

**Økonomiske aspekter ved
sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler**

En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004

Anne Line Bretteville-Jensen

SIRUS rapport nr. 4/2005
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2005

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS
Oslo 2005

ISBN 978-82-7171-275-6
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen&Jensen a.s.

Forord

Denne rapporten er en del av et større prosjekt med formål å studere det illegale narkotikamarkedet generelt og heroinmarkedet i Oslo spesielt. Kunnskapen om narkotikamarkedet og markedets aktører har vært relativt mangelfull både i norsk og internasjonal sammenheng. Manglene skyldes først og fremst vansker med å skaffe relevante data. Økt kunnskap vil være nyttig for å øke forståelsen av sammenhenger på narkotikaområdet og for å sette i verk mer effektive tiltak i forhold til narkotikapolitiske målsettinger.

Fokuset i rapporten er rettet mot kjøperne/brukerne av såkalte ”tunge” stoffer. Dette gjøres gjennom analyser av et stort antall intervjuer gjort med sprøytemisbrukere som har oppsøkt den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo i perioden 1993-2004. I tillegg til å beskrive trekk ved narkotikakjøperne, vektlegges de økonomiske aspektene ved sprøytemisbruket. Antall aktører på markedet vil ikke bli estimert her, men en egen rapport med anslag over antall sprøytemisbrukere i Norge er under utarbeidelse ved SIRUS. Analyser av selgersiden av narkotikamarkedet er påbegynt og vil bli arbeidet videre med gjennom bruk av intervjumaterialet som nå foreligger, samt data innhentet fra andre kilder. Resultater om selgersiden vil bli publisert senere.

Rapporten er skrevet med tanke på at den skal være av interesse for så vel fagfolk, politikere og studenter som andre med interesse for narkotikafeltet.

Prosjektet er initiert og finansiert av SIRUS.

Det rettes en stor og oppriktig takk til alle som har latt seg intervjuet i dette prosjektet. De har gitt av sin tid og kunnskap selv i kalde kveldstimer når isvinden jaget gjennom sentrumsgatene. En varm takk også til alle som gjennom prosjektperioden har vært med som intervjuere, uten dere hadde det blitt lite data å analysere. Til sist en stor takk til Astrid Skretting og Jostein Rise, Øyvind Alver, Frid Fjose Berg og Nada Halabi, samt øvrige kollegaer ved SIRUS, for verdifulle hjelp og kommentarer til manuset. Chris Saunders har oversatt sammendraget til engelsk.

Anne Line Bretteville-Jensen, Oslo, november 2005.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 7 |
| 1 Innledning | 13 |
| 2 Materiale og metode | 17 |
| 2.1 Datainnsamlingen | 17 |
| 2.1.1 Representativitet | 21 |
| 2.1.2 Reliabilitet og validitet | 25 |
| 2.2 Metode | 28 |
| 3 Beskrivelse av utvalget | 31 |
| 3.1 Kjønn | 31 |
| 3.2 Alder | 32 |
| 3.3 Utdanning | 33 |
| 3.4 Sprøytedebut | 33 |
| 3.5 Opphold i sprøytemisbruket | 36 |
| 3.6 Etnisitet | 38 |
| 3.7 Boforhold | 39 |
| 3.8 Kort oppsummering av kapittel 3 | 41 |
| 4 Forbruk av rusmidler | 43 |
| 4.1 Frekvens og mengde stoff til injeksjon | 44 |
| 4.1.1 Mest brukte rusmidler for injeksjon | 44 |
| 4.1.2 Antall bruksdager per måned | 46 |
| 4.1.3 Antall injeksjoner per dag og stoffmengde per injeksjon | 47 |
| 4.1.4 Samlet månedlig forbruk av heroin og amfetamin | 50 |
| 4.2 Bruk av andre rusmidler | 53 |
| 4.2.1 Alkoholbruk | 55 |
| 4.2.2 Hasjbruk | 57 |
| 4.2.3 Tablettbruk | 59 |
| 4.2.4 Kokain, LSD og Ecstasy | 65 |
| 4.3 Heroinrøyking | 69 |
| 4.4 Bruken av Metadon og Subutex | 74 |
| 4.5 Overdoser og dødelighet | 78 |
| 4.5.1 Ikke-fatale overdoser | 79 |
| 4.5.2 Fatale overdoser og dødelighet | 82 |
| 4.6 Kort oppsummering av kapittel 4 | 84 |
| 5 Narkotikapriser og forbruksutgift | 87 |
| 5.1 Hvorfor er prisene på narkotika interessante? | 87 |
| 5.2 De narkotiske stoffenes renhet | 89 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.3 | Priser på heroin, amfetamin, hasj og tabletter | 91 |
| 5.3.1 | Heroin | 91 |
| 5.3.2 | Amfetamin..... | 93 |
| 5.3.3 | Cannabis..... | 95 |
| 5.3.4 | Tabletter..... | 96 |
| 5.3.5 | Priser ved kjøp av større mengder stoff..... | 98 |
| 5.4 | Estimerte utgifter til rusmidler | 99 |
| 5.5 | Kort oppsummering av kapittel 5 | 105 |
| 6 | Finansiering av narkotikamisbruket | 107 |
| 6.1 | Type inntektskilder | 110 |
| 6.2 | Omfang av inntekt fra ulike finansieringskilder | 116 |
| 6.3 | Sammenstilling av forbruksutgifter og inntekter..... | 123 |
| 6.4 | Betalingsmåter | 124 |
| 6.5 | Salg av narkotika ("dealing") | 126 |
| 6.5.1 | Beskrivelse av stoffselgerne | 127 |
| 6.5.2 | Beregning av inntekt for stoffselgere..... | 128 |
| 6.6 | Kort oppsummering av kapittel 6 | 130 |
| 7 | Etterspørsel etter heroin og amfetamin..... | 133 |
| 7.1 | Hvorfor er sammenhengen mellom narkotikaforbruk og økonomiske faktorer interessant? | 134 |
| 7.1.1 | Tiltak for å redusere forbruket av narkotika..... | 134 |
| 7.2 | Analyseresultater | 139 |
| 7.3 | Avkriminalisering/legalisering av narkotika | 142 |
| 7.4 | Kort oppsummering av kapittel 7 | 146 |
| 8 | Avsluttende kommentarer | 147 |
| | Appendiks..... | 153 |
| A.1 | Oversikt over spørsmål brukt i undersøkelsen | 153 |
| A.2 | Kort om sprøyteutdelingen i Oslo | 155 |
| A.3 | Indikatorer for narkotikasituasjonen i undersøkelsesperioden..... | 157 |
| A.4 | Publiserte arbeider der data fra undersøkelsen er brukt..... | 161 |
| | Referanser..... | 163 |
| | English summary | 169 |

Sammendrag

Datamaterialet i denne rapporten er unikt i norsk og internasjonal sammenheng ved at vi over et langt tidsrom har gjennomført mange intervjuer (n=3829) med tunge rusmiddelmissbrukere om forbruk, finansiering og priser på illegale rusmidler. Antall intervjuede personer er lavere enn antall intervju da enkelte missbrukere trolig er blitt intervjuet mer enn en gang i løpet av årene undersøkelsen har pågått. Rekrutteringen har foregått ved den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo, dvs. til forskjell fra studier basert på fengsels- eller behandlingspopulasjoner, er missbrukerne her rekruttert fra et ikke-kontrollert miljø. Formålet har blant annet vært å beskrive gruppen av aktive sprøytemissbrukere og deres rusmiddelforbruk, samt analysere hvordan økonomiske og andre faktorer påvirker dette forbruket. Vi presenterer data om hvilke, hvordan og hvor mye rusmidler sprøytemissbrukerne bruker, og analyserer hvordan dette endrer seg med endringer i priser og pengebeløp de disponerer. Vi beskriver hvordan de skaffer seg inntekt og hvor mye penger de får fra ulike inntektskilder. De økonomiske variablenes innvirkning på forbruket er sentrale, men også andre faktorerets betydning for rusmiddelbruken er tatt med.

Sentrale funnene i studien kan deles i fire grupper og vi vil spesielt trekke fram:

Om utvalget

- Gjennomsnittsalderen på de intervjuede steg med nesten 5 år i løpet av undersøkelsesperioden fra 29,1 i 1993 til 33,8 i 2004. Gjennomsnittsalderen var høyere blant de som hovedsakelig bruker amfetamin (34,0 år) enn blant de som oppga å stort sett bruke heroin (31,7 år).
- Gjennomsnittsalderen for første sprøyte har steget med nesten 10 år når man sammenligner de som debuterte på 1970-tallet med de som har debutert siden 1995 (15,8 år versus 25,1 år).
- Omtrent halvparten begynte å injisere regelmessig samme år de satte sin første injeksjon, drøyt 80 prosent var regelmessige injeksjonsmissbrukere innen tre år etter ”jomfruskuddet”.
- Stadig flere begynner direkte å injisere heroin uten først å ha injisert amfetamin.

- Over 90 prosent av de intervjuede siden 2003 var født i Norge. Blant de med foreldre som ikke var født i Norge, var flest av foreldrene fra Afrika.
- Relativt mange (35,5 prosent) oppga at de bor under forhold som er utilfredsstillende på lengre sikt (hospits/UFB). En større andel blant kvinnene enn blant mennene levde i egen bolig (leid eller selveid), mens en større andel menn enn kvinner bodde hos foreldre eller var uten fast bopel (UFB).
- 65 prosent rapporterte om erfaring med overdose der de måtte ha hjelp av andre for å komme til bevissthet igjen. I snitt har de med slik erfaring hatt 7 overdoser.
- Flere kvinner enn menn rapporterte om ikke-fatale overdoser, og spesielt kvinner under 25 år synes å ha en risikofylt atferd. Dataene viste at blant unge kvinner med overdoseerfaring, hadde disse i snitt hatt 3,5 overdoser siste år, mens menn i tilsvarende alder hadde hatt 0,7.
- Oppfølging av et utvalg som ble intervjuet i 1997 (n=172), viste en årlig dødelighet de to første årene på vel 5 prosent.

Forbruk av rusmidler

- 84 prosent av utvalget injiserte hovedsakelig heroin, 12 prosent amfetamin, 3 prosent begge og 1 prosent andre stoffer.
- Andelen som oppga amfetamin som mest hyppige injeksjonsstoff, har økt i undersøkelsesperioden fra et gjennomsnitt på 10 prosent for årene 1993-1999 til 17 prosent for årene 2000-2004.
- Vi fant store individuelle variasjoner innenfor samme tidsperiode og stor økning over tid i den gjennomsnittlige mengden som injiseres per ”skudd”.
- Det gjennomsnittlige månedsforbruket av heroin har mer enn doblet seg i undersøkelsesperioden, fra litt over 8 gram til rundt 20 gram, mens det gjennomsnittlige amfetaminforbruket på samme tid har økt fra 17 til 20 gram.
- De kvinnelige misbrukers rapporterte månedsforbruk av heroin overstiger menns rapporterte forbruk (20,3 gram for kvinner mot 17,2 gram for menn). Kvinnene injiserte i snitt flere dager per måned, satte flere skudd per dag og injiserte større doser enn det mennene i utvalget gjorde.

- Heroinmisbrukerne brukte i gjennomsnitt drøyt 5 gram amfetamin i måneden i tillegg til heroinen de injiserte. Amfetaminmisbrukerne brukte i gjennomsnitt nesten 6 gram heroin per måned.
- De som injiserte heroin og amfetamin oppga også et omfattende misbruk av andre rusmidler som ble drukket, spist, røykt eller sniffet/"snortet". I måneden forut for intervjuet i perioden 2000-2004 brukte omlag:
 - 75 prosent hasj
 - 85 prosent piller
 - 50 prosent alkohol
 - 20 prosent kokain, 8 prosent ecstasy, 3 prosent LSD
- Blant de som startet å injisere etter 1994 hadde 70 prosent røykt heroin før de injiserte stoffet, mens bare vel 15 prosent hadde røykt først blant de som debuterte før 1980.
- 25 prosent av de spurte etter 2001 (n=600) hadde prøvd Metadon eller Subutex i løpet av de fire siste ukene før intervjuet. 10 prosent oppga daglig eller nesten daglig bruk av disse stoffene.
- 14 prosent av amfetaminmisbrukerne og 8 prosent av heroinmisbrukerne som er spurt siden 2002, var LAR-pasienter. Sammenlignet med ikke-pasienter brukte heroinmisbrukende LAR-pasienter om lag halvparten så mye heroin i snitt, mens det ikke var signifikant forskjell mellom pasienter og ikke-pasienter i LAR i amfetaminbruken blant amfetaminmisbrukerne.

Inntekt

- Hele 85 prosent av utvalget hadde mottatt trygd eller sosialhjelp, 45 prosent hadde tjent penger på stoffsalg og hver fjerde hadde begått vinningskriminelle handlinger i løpet av de fire siste ukene før intervjuet.
- Det var stor forskjell på hvordan kvinner og menn blant sprøytemisbrukerne tjente penger. Betydelig flere kvinner oppga inntekt fra prostitusjon (43,5 versus 1,5), mens flere menn enn kvinner rapporterte inntekt fra arbeid (17,5 versus 6,0) og vinningskriminalitet (30,0 versus 15,5).
- Måten å skaffe penger på varierte med alder, og det var forskjeller i inntektsgenerering mellom heroin- og amfetaminmisbrukerne.

- Måter å skaffe penger på endret seg i løpet av undersøkelsesperioden. En mindre andel enn tidligere oppga å ha benyttet illegale finansieringskilder som vinningskriminalitet og stoffsalg, andelen med inntekt fra prostitusjon har også falt. Andelen som oppga "annet" har økt i perioden.
- Samlet månedsinntekt falt betydelig i undersøkelsesperioden fra et gjennomsnitt på 43.600 for årene 1993-1995 til 27.700 for årene 2000-2004. Både inntektene fra stoffsalg, prostitusjon og vinningskriminalitet var omtrent halvert fra 1993 til 2004, mens reduksjonen i inntekt fra "annet" var noe mindre.
- Kvinnene tjente i gjennomsnitt vel 30 prosent mer enn mennene (46.700 versus 34.900). Hovedforskjellen gjaldt inntekt fra prostitusjon, der kvinnene i snitt tjente 12.000 mer enn mennene samtidig som veldig mange flere kvinner oppga denne inntektskilden. Fra de øvrige inntektskildene viser dataene for kvinner og menn stort sett samme gjennomsnittsinntekt.
- 85 prosent av de spurte (n=2372) oppga at de betalte kontant forrige gang de skaffet seg stoff, 8 prosent satte seg i gjeld, mens 7 prosent ga en eller annen form for gjenytelse istedenfor penger. En mindre andel blant amfetaminmisbrukere enn blant heroinmisbrukere betalte kontant (70 versus 87 prosent) og en større andel blant amfetaminmisbrukere satte seg i gjeld (16 versus 7 prosent).
- Heroinmisbrukernes utgifter er redusert med ca 1/3 del i perioden 1998-2004. Daglige utgifter i 2004 var 760 kroner. Amfetaminmisbrukernes utgifter er redusert med ca 40 prosent fra 1998 til 2004, og de måtte i 2004 i snitt ut med 290 kroner daglig.

Priser og konsekvenser av pris- og inntektsendringer

- Prisen på narkotika kan ha betydning for hvor mye som brukes av det enkelte stoff, hvor mye som brukes av andre narkotiske stoffer, hvordan stoffene inntas, for nyrekruttering og prisendringer kan si noe om markedsforholdene.
- Heroinprisen har falt med vel 70 prosent siden 1993, mens amfetaminprisen har falt med ca 60 prosent i samme periode.
- Prisen per gram er 2,5 ganger så høy dersom man kjøper i enkeltdoser av heroin eller amfetamin i forhold til å kjøpe 5 gram samtidig.

- Realprisen på hasj har falt noe selv om den nominelle prisen har vært stabil. Prisen på enkelte tabletter (blant annet Rohypnol) har økt i perioden.
- Dataene viser at også sprøytemisbrukere endrer sitt forbruk av rusmidler dersom prisene endres. Analyser tyder på at dersom prisen på heroin øker med 10 prosent, vil trolig etterspørselen gå ned med 12 prosent (6 prosent blant de som selv selger stoff).
- Dersom inntekten øker med 10 prosent, vil trolig etterspørselen øke med om lag 5 prosent blant heroinmisbrukerne.
- En avkriminalisering av narkotika vil sannsynligvis medføre økt bruk fordi prisene vil bli lavere. Mye av problemene knyttet til narkotika henger sammen med hvor mye som forbrukes, slik at dette problemomfanget trolig også vil øke dersom forbruket økes. En samlet vurdering av totale kostnader og gevinster må imidlertid foretas før en kan konkludere om en endring av narkotikalovgivningen i liberal retning skulle være ønskelig.

1 Innledning

Narkotikamarkedet og etterspørselen etter narkotiske stoffer er en side av den økonomiske virkelighet i Norge som det er lite systematisert kunnskap om. Rusmiddelmisbruk, og herunder narkotikamisbruk, medfører mange typer av problemer og koster årlig, både samfunn og enkeltpersoner, store summer. Som følge av enkelte personers misbruksadferd øker blant annet belastning på politi-, fengsels- og rettsvesen og samfunnet får økte utgifter til helsetjenester, behandling, sosialhjelp osv. Rusmiddelmisbruk medfører også ofte store negative konsekvenser for den enkelte misbruker og for berørte ikke-misbrukere. Norske myndigheter har en uttalt målsetting om å redusere de negative konsekvensene av rusmiddelbruk og å redusere rusmiddelmisbruket (Regjeringens handlingsplan 2003-2005).

Mange indikatorer viser imidlertid at narkotikaproblemet i lang tid har vært økende (se appendiks A3). Effektive tiltak på narkotikaområdet forutsetter blant annet at man har grunnleggende kjennskap til rusmiddelmisbrukerne og hva som påvirker deres rusmiddelbruk. En målsetting i dette SIRUS-prosjektet er å bidra til å øke kunnskapen om disse forholdene når det gjelder sprøytemisbrukere. Sprøytemisbrukere er en spesielt hardt belastet gruppe ved at de har en høyere sykkelighet og dødelighet enn andre rusmiddelmisbrukere og i samfunnet for øvrig. Mennesker som injiserer narkotika er ofte mer sosialt forkomne og synes også å ha større problemer med selve avhengigheten til stoffene enn andre misbrukere.

Tidligere forskning relatert til sprøytemisbrukere har gjerne tatt utgangspunkt i de som har søkt behandling for sitt misbruk eller som er arrestert av politiet. Forskning har vist at sprøytemisbruk ikke rammer tilfeldig, men at misbrukerne gjerne har kjennetegn som problematiske oppvekstvilkår (vokst opp med bare én forelder, foreldre som ruset seg, fysisk og seksuelt misbruk, problemer på skolen osv.) og generell sårbarhet overfor avvik (se for eksempel Skretting og Skog 1989, Lauritzen et al 1997, Melberg et al 2003). I denne rapporten vil vi ikke legge så stor vekt på bakgrunnsvariable, behandlingsutfall eller diskutere årsakene til at de begynte med rusmidler, men analysere selve forbruket av rusmidler og hva som påvirker dette.

I følge økonomisk teori vil etterspørselen etter en vare være påvirket av blant annet tilgjengelighet. Tilgjengelighet brukes her i vid forstand, dvs.

det inkluderer både fysisk, legal, kulturell og økonomisk tilgjengelighet. Fysisk tilgjengelighet varierer for både legale og illegale varer, men en målsetting i rusmiddelpolitikken er å gjøre narkotika vanskelig tilgjengelig for potensielle kjøpere. Alkohol er legalt tilgjengelig, mens narkotiske stoffer er forbudt her i landet. Med kulturell tilgjengelighet menes blant annet hvor akseptert rusmiddelbruken er i samfunnet generelt og i den enkeltes vennekrets og nærmiljø. Det er imidlertid særlig de økonomiske aspektene ved rusmiddelmisbruket som vil være i fokus i denne studien.

Vi er med andre ord interessert i hvilke, hvordan og hvor mye rusmidler sprøytemisbrukerne bruker og ønsker å se hvordan dette endrer seg i forhold til endringer i priser og pengebeløpene de disponerer. Vi ønsker å vite hvordan de skaffer seg inntekt og hvor mye penger de får fra ulike inntektskilder. De økonomiske variablenes innvirkning på forbruket er sentrale, men også andre faktorerets betydning for rusmiddelbruken er tatt med. Vi har flere formål med rapporten:

- beskrive gruppen av aktive sprøytemisbrukere
- beskrive og analysere økonomiske variable relatert til sprøytemisbruket
- analysere hvordan økonomiske og andre faktorer påvirker sprøytemisbrukernes forbruk av rusmidler

Som nevnt baserer tidligere studier seg ofte på data fra behandlings- eller fangepopulasjoner. Denne studien har samlet inn data fra personer som var aktive misbrukere på intervjutidspunktet. Data er innhentet ved intervjuing av et utvalg av sprøytemisbrukerne som oppsøkte sprøyteutdelingen i Oslo i perioden 1993-2004. Kapittel 2 beskriver datainnsamlingen og diskuterer representativiteten i utvalget. Dataenes reliabilitet og validitet blir også vurdert.

For å se nærmere på utvalget av sprøytemisbrukere, vil vi blant annet beskrive det i forhold til kjønns- og aldersfordeling, utdanningsnivå, sprøyte debut, etnisitet o.a., og vise hvordan disse faktorene har endret seg over tid. Kapittel 3 inneholder interessante funn om blant annet bosituasjonen for de intervjuede, endring i debutalderen for sprøyter, erfaring med ikke-fatale overdoser og annet, funn som i seg selv genererer nye spørsmål og problemstillinger det kan/bør forskes på. I denne

sammenhengen vil funnene imidlertid kun bli presentert som et bakteppe for de resultatene som legges fram videre i rapporten.

Kapitlene 4-6 tar for seg spørsmålene som gjelder henholdsvis forbruk av ulike rusmidler, priser og inntekt. Vi har spurt sprøytemisbrukerne hvor mye de bruker av rusmidler og hva de betaler for ulike typer og kvanta av narkotika, hvor mye penger de bruker per dag på rusmidler, hvordan de finansierer misbruket, hvilke betalingsmåter de bruker (kontant, på krita, ved gjenyttelser eller annet) og lignende. Vi har ønsket å undersøke om det er forskjeller i disse variablene mellom mannlige og kvinnelige sprøytemisbrukere, mellom aldersgrupper og mellom de som hovedsakelig injiserer heroin og de som injiserer amfetamin. Vi har i tillegg vært interessert i å undersøke om det har skjedd vesentlige endringer i disse faktorene over tid. Resultatene i hvert kapittel blir presentert og diskutert for seg.

I kapittel 7 analyseres forbruket av heroin- og amfetamin sammen med de øvrige variablene. Her presenteres resultater fra multivariate analyser der ulike faktorer som innvirker på heroin- og amfetaminforbruket ses på samtidig og i forhold til hverandre. Vi er spesielt opptatt av hvorvidt forbruket av narkotiske stoffer er sensitivt overfor endringer i priser og inntekt. Eksempler på hvordan slike resultater kan brukes i utformingen av narkotikapolitiske tiltak eller i legaliseringsdebatten presenteres. Selv om resultatene blir kommentert etter hvert i de enkelte kapitlene, gis det i siste kapittel (8) oppsummerende kommentarer til enkelte av funnene i studien.

Hvert kapittel inneholder mye informasjon, og vi har derfor laget et oppsummeringsavsnitt etter hvert hovedkapittel. For å bedre lesbarheten har vi valgt en moderat bruk av referanser, men en liste over referansene som er brukt, finnes bak i rapporten. I appendiks A1 finnes en oversikt over typer av spørsmål som er brukt i undersøkelsen samt tidsrommet for når de er brukt. Enkelte endringer i antall og valg av spørsmål er gjort underveis. A2 gir en kort redegjørelse for sprøyteutdelingen i Oslo der intervjuobjektene er rekruttert fra. For å gi en indikasjon på hvordan narkotikaproblemet har utviklet seg i løpet av undersøkelsesperioden, presenterer vi i appendiks A3 ulike figurer som illustrerer dette. Figurene er laget på basis av offentlig statistikk om narkotikadødsfall, narkotikabeslag, anmeldte narkotikalovbrudd med mer. For de som er interessert i å lese mer om resultater basert på data fra dette prosjektet, gir appendiks A4 en oversikt over hva som er publisert til nå.

2 Materiale og metode

2.1 Datainnsamlingen

Dataene til denne undersøkelsen er samlet inn gjennom intervjuer av personer som har oppsøkt den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo. Tiltaket deler ut gratis sprøyter og kondomer, og har også som formål å drive opplysende helsearbeid og formidling til det øvrige hjelpeapparatet. Sprøyteutdelingen ble opprettet i 1988 som et ledd i myndighetenes HIV/AIDS-forebyggende arbeid. Fra 1988 til mars 2003 foregikk utdelingen fra en buss innkjøpt til formålet (av brukerne kalt "Sprøytebussen" eller bare "Bussen"), og bussen ble kjørt til faste områder i sentrum av Oslo der målgruppen lett kunne nå den. Fra mars 2003 har sprøyteutdelingen hatt fast tilholdssted i Tollbugaten 3. Fram til da var Bussen, kun med enkelte unntak, eneste utdelingssted for gratis sprøyter i Oslo. Nå deles det i tillegg ut sprøyter fra flere hospitser og "væresteder" i byen, men vi har i all hovedsak rekruttert blant de som oppsøkte Bussen og sprøyteutdelingen i Tollbugaten 3.

De første intervjuene ble foretatt i juni 1993 og fram til og med september 2004 ble 3829 intervjuer gjennomført. To til fire intervjuere har stått i umiddelbar nærhet av sprøyteutdelingen og henvendt seg til aktuelle personer etter at disse først har vært og mottatt rene sprøyter og annet utstyr ved utdelingen. Det at en person mottok sprøyter synliggjorde at vedkommende var i vår målgruppe og ikke bare tilfeldigvis oppholdt seg i nærheten av sprøyteutdelingen. Vi prøvde å henvende oss til så mange som mulig de kveldene vi var ute, men personer som virket svært beruset eller viste en aggressiv atferd unnlot vi å spørre.

Før datainnsamlingen startet vurderte vi alternative arenaer for informasjonsinnhenting. Mange sprøytemisbrukere vil før eller siden komme i kontakt med politiet og mange oppsøker behandlingstiltak. Vi vurderte om ikke fengsler eller behandlingsinstitusjoner kunne brukes som rekrutteringsarenaer for undersøkelsen, men antok at man da ville få ulike typer skjevheter ved materialet. For det første er det trolig en viss seleksjon i hvem som tas av politiet og hvem som søker behandling. Det synes også rimelig at de som kommer i kontakt med disse instansene gjør det et stykke ut i "karrieren" – man søker trolig ikke behandling før misbruket har vart en stund. Det er tilsvarende større sannsynlighet for å bli tatt av politiet jo lengre man har holdt på med virksomheter som politiet interesserer seg for.

For det tredje vil folk i fengsel eller i behandling ha mindre "ferske" opplysninger enn folk som er aktive misbrukere på intervjutidspunktet. Dersom en misbruker allerede har sittet inne et par år da intervjuet skal foretas, vil hans eller hennes opplysninger om priser og andre forhold ved misbruket være mindre oppdaterte og aktuelle. I tillegg vil sannsynligheten for feilaktige opplysninger være større som følge av at de spurte ikke husker nøyaktig det de har foretatt seg flere måneder tidligere ("recall-bias").

På den annen side ville intervjuer i fengsel eller behandling kunne gitt mer omfattende opplysninger, samt informasjon over et større spekter av områder, siden man da ville ha mer tid til rådighet. En viss oppfølging kunne da i visse tilfeller også være mulig. Når vi valgte å intervju folk i "det fri" og dessuten utendørs, satte det visse begrensninger for både innhold og lengde på intervjuet. Likevel valgte vi sprøyteutdelingen som rekrutteringsarena fordi vi mente at vi her ville komme i kontakt med det største antallet tunge misbrukere og fordi disse ville ha "ferskest" mulig opplysninger som i minst mulig grad var påvirket av "recall-bias". En vurdering av hvor representative de vi intervjuet er i forhold til hele gruppen av sprøytemisbrukere i Oslo, gis i avsnitt 2.1.1.

Intervjuene er foretatt i løpet av 2-3 kvelder innenfor en måneds tidsrom (en intervjesesjon). Da prosjektet startet visste vi lite/ingenting om hvor raskt eller ofte narkotikapriser, eller andre ting vi var interessert i, endret seg. Det første året intervjuet vi derfor folk hver måned. Vi erfarte imidlertid at endringene ikke var så raske på dette markedet og gikk fra september 1994 over til kvartalsvise intervjurunder. Fra mars 2001 har vi intervjuet halvårlig, det vil si i mars og september hvert år. Vi har bare intervjuet på ukekvalder. Det betyr at vi sannsynligvis først og fremst har intervjuet de mer regelmessige misbrukerne, mens eventuelle sporadiske sprøytemisbrukere, som kanskje mest injiserer i helgene, ikke i særlig grad har kommet med i utvalget. Omfanget av eventuelle sporadiske misbrukere er ukjent, og det diskuteres i fagmiljøene om vi i Norge har en gruppe mennesker som over lengre tid opprettholder et sprøytemisbruk kun på helgebasis.

Tabell 1 viser hvor mange intervju som ble foretatt de enkelte år i undersøkelsesperioden.

Tabell 1. Antall intervjuer i perioden 1993-2004

| 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 497 | 555 | 343 | 363 | 363 | 319 | 339 | 260 | 192 | 206 | 192 | 200 |

Det høyeste antall av intervjuer ble foretatt i 1993/94 da man fra juni-93 til juni-94 hadde månedlige intervjuer. De siste årene har antall intervju ligget omkring 200, med rundt 100 intervju fra hver av de to intervjuerundene.

Intervjuene er anonyme, det vil si at vi ikke har spurt om navn, fødselsnummer eller andre ting som kunne identifisere de spurte. Dette anså vi som nødvendig for å kunne stille de spørsmålene vi gjorde om illegale aktiviteter som narkotikabruk, vinningskriminalitet og stoffsalg. Anonymiteten medførte imidlertid at vi ved en intervjuerunde ikke kunne skille ut personer som hadde deltatt i undersøkelsen tidligere. For undersøkelsens del spiller dette ingen rolle såfremt de samme personene ikke deltok flere ganger i samme intervjuerunde. Gjengangere i samme undersøkelsesrunde mener vi at vi i all hovedsak har unngått. Anonymiteten betyr imidlertid at antall personer som er intervjuet trolig er lavere enn antall intervju, uten at vi kan anslå hvor stort antall intervjuede personer er.

Et unntak fra prinsippet om anonymitet ble gjort i en periode i 1997 da vi, med tillatelse fra Datatilsynet, også spurte om de intervjuede ville være interessert i å delta i en tilsvarende undersøkelse ett år etter det første intervjuet. Samtykket de i det, ba vi om personlige opplysninger som ville gjøre oss i stand til å gjenfinne dem 12 måneder senere. En stor andel av de spurte (60 prosent) i denne perioden var positive til forespørselen, og 172 navn, adresser og andre opplysninger ble registrert. Disse dataene er brukt til spesielle problemstillinger som kontinuitet i misbruksmønsteret og estimering av årlig dødelighet i gruppen.

På intervjukveldene har vi stått ved sprøyteutdelingen i det meste av åpningstiden. Åpningstidene har variert noe i løpet av årene undersøkelsen har pågått, men stort sett har vi intervjuet fra klokken fem på ettermiddagen til nærmere midnatt. Brukerne av sprøyteutdelingen kommer ofte flere sammen, slik at det å henvende seg til alle med forespørsel om intervju, ikke har vært mulig. Selv om svært mange har villet delta i undersøkelsen, har også mange av ulike grunner ikke ønsket å besvare

spørsmålene. Grunner de da uoppfordret har oppgitt, har gått på at de har så sterke abstinensplager at de hurtigst mulig ønsker å ”sette seg et skudd”, de har ”kunder” som venter (horekunder eller folk som skal kjøpe stoff), de har det for travelt av andre årsaker eller de rett og slett ikke ønsker å delta. Deltakerne er ikke blitt tilbudt penger eller annen kompensasjon for å besvare spørsmålene, men de har fått en sigarett, og i de første årene også en kopp kaffe når de deltok.

Som nevnt, er lengden på spørreskjemaet blant annet begrenset av at intervjuene foregår utendørs. Selv med heroin i kroppen er det kaldt å stå stille for å la seg intervjuet i vintermånedene. Hvor lang tid det tok å gjennomføre et intervju varierte mye fra et intervjuobjekt til det neste. Noen har hatt mye å fortelle, også om ting vi ikke direkte spør om, noen har brukt lengre tid på å bestemme seg for en svarkategori eller rekapitulere hvor ofte han eller hun har brukt de ulike rusmidlene sist måned. Under utarbeidelsen av spørreskjemaet har vi bevisst prøvd å unngå spørsmål som med større sannsynlighet kunne sette følelser i sving, siden vi verken hadde kompetanse eller mulighet til å følge opp eventuelle følelsesmessige reaksjoner hos de intervjuede (vi har eksempelvis ikke spurt om deres barndomsopplevelser eller hvorvidt de har egne barn). I gjennomsnitt har et intervju tatt ca 10 minutter å gjennomføre, det vil si omtrent like lang tid som de har brukt på å røyke opp sigaretten.

Undersøkellesperioden har strukket seg over 12 år og mange forhold som påvirker narkotikafeltet har endret seg underveis. En fordel med undersøkelsen har vært at vi har kunnet endre spørreskjemaet når vi har følt behov for viten om nye forhold. Stort sett har vi tatt ut enkelte spørsmål når vi har lagt til andre. Eksempelvis skjønte vi snart at det ikke holdt å spørre heroinmisbrukerne kun om antall injeksjoner for å få et bilde på misbruksomfanget, da vi erfarte at det var svært store variasjoner i hvor mye heroin hver injeksjon inneholdt (mer om dette i kapittel 4). Et nytt spørsmål om mengde heroin i forrige injeksjon ble derfor lagt til. I en periode stilte vi detaljerte spørsmål om injisering av Rohypnol (et sedativt medikament) sammen med heroin. Dette fordi en av hypotesene som ble framsatt for å forklare det økte antallet narkotikadødsfall, spesielt fra 1995 og utover, var at nettopp denne kombinasjonen var blitt vanlig blant misbrukerne. I de senere år har vi inkludert spørsmål om respondentenes bruk og erfaring med Metadon, noe som var lite aktuelt å spørre om da undersøkelsen startet. Tverrsnittsundersøkelser som foretas bare en gang, har ikke denne muligheten til å korrigere og endre spørsmålene underveis.

Spørsmålene som er brukt i undersøkelsen kan grovt deles i fire kategorier:

- 1) *Personopplysninger og tidligere erfaringer*: kjønn, alder, utdanning, fødeland og etnisk bakgrunn, debutalder for sprøyte, debutstoff, nåtidige boforhold, behandlingssønsker, eventuelle overdoseerfaringer, antall og lengde på opphold i misbruket med mer
- 2) *Forbruk*: hva, hvordan og hvor mye de har brukt av ulike typer legale og illegale rusmidler
- 3) *Priser*: hva de har betalt for ulike typer og kvanta av rusmidlene de har brukt sist måned
- 4) *Inntekt*: hvordan de har finansiert misbruket sitt sist måned, hvor mye inntekt de har hatt fra de ulike inntektskildene samt nærmere om eventuelle erfaringer med stoffsalg

Når det gjelder rusmiddelbruken har vi brukt ulike tidsvindu. Først spurte vi om antall bruksdager i måneden forut for intervjuet. Deretter ba vi respondentene opplyse om hvor mange injeksjoner ("skudd"), tabletter, flasker øl osv. de hadde inntatt "i går" – eller forrige dag de brukte rusmiddelet. I tillegg spurte vi heroinbrukerne om mengden heroin siste injeksjon inneholdt. En oversikt over spørsmålene finnes i appendikset (A1).

2.1.1 Representativitet

For å kunne si om funnene i denne undersøkelsen bare gjelder de som faktisk er intervjuet eller om forholdene som avdekkes har en noe mer generell gyldighet, må vi vurdere representativiteten til utvalget. Er de sprøytemisbrukerne som er med i undersøkelsen representative for hele gruppen av sprøytemisbrukere i Norge, og kan man eventuelt avdekke noen forhold eller sammenhenger som har gyldighet for tunge stoffmisbrukere også utenfor landets grenser?

Ideelt sett burde alle sprøytemisbrukere ha blitt intervjuet, men her som i andre sammenhenger, må vi nøye oss med et utvalg. Fra utvalgsteorien vet vi imidlertid at dersom utvalget er valgt ut på en måte som hindrer systematiske skjevheter (systematisk over- eller underrepresentasjon av grupper med spesielle kjennetegn), kan de resultatene man finner i utvalg med stor sannsynlighet antas å gjelde for hele gruppen (populasjonen) som utvalget er trukket fra. Et krav er at alle i populasjonen har en kjent sannsynlighet for å bli med i utvalget. I praksis gjennomføres dette gjerne

ved at man for generelle befolkningsundersøkelser trekker et tilfeldig utvalg fra folkeregisteret og undersøker disse. Når det gjelder gruppen av sprøytemisbrukere, finnes det naturlig nok ikke et aktuelt, sentralt register, og dermed er man ikke sikret at de som er med i utvalget representerer alle sprøytemisbrukere på en fullt ut tilfredsstillende måte. Det kan være at de som oppsøker sprøyteutdelingen og som lar seg intervju på ulike måter atskiller seg fra sprøytemisbrukere som skaffer sprøytene sine på annen måte, og de som sier nei til intervju.

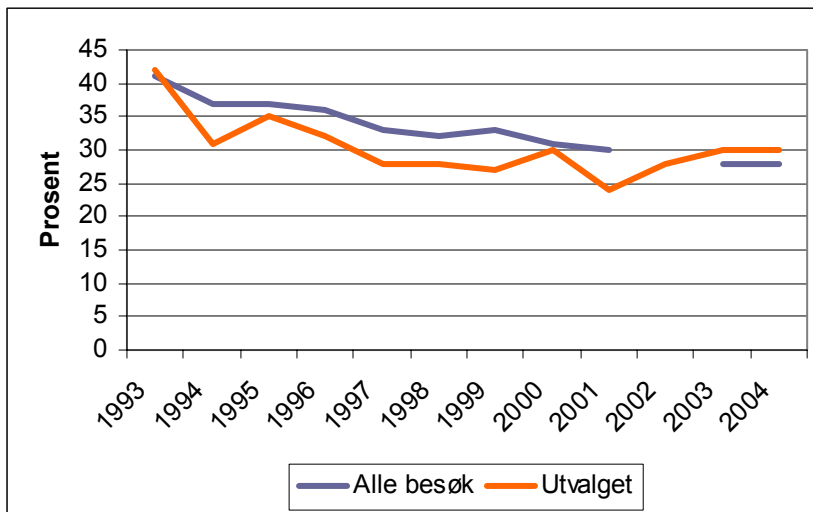
Selv om det uten et komplett register ikke er mulig å trekke et utvalg på en teoretisk korrekt måte, kan en utvalgsundersøkelse som denne likevel ha stor verdi. Vi kan dessuten gjøre visse undersøkelser for å finne ut om det utvalget vi har, skiller seg vesentlig fra det vi ellers vet om gruppen av sprøytemisbrukere. I vårt tilfelle kan vi blant annet sammenligne kjønns- og alderssammensetningen i utvalget med det vi kjenner fra andre undersøkelser på feltet.

Det er særlig to spørsmål en må ta stilling til for å vurdere utvalgets representativitet:

- 1) skiller utvalget seg fra de øvrige personene som oppsøkte sprøyteutdelingen?
- 2) skiller de som oppsøkte sprøyteutdelingen seg fra andre sprøytemisbrukere?

For å vurdere det første spørsmålet har vi to muligheter for sammenligning. Den ene er sprøyteutdelingens egen registrering av samtlige besøk. For hvert besøk registreres kjønn og hva som deles ut til den enkelte (antall sprøyter eller kondomer). Figur 1 viser kvinneandelen i de enkelte år for alle registrerte ved sprøyteutdelingen og i utvalget.

Figur 1. Andelen kvinner blant alle som har oppsøkt sprøyteutdelingen og blant undersøkelsens utvalg, 1993-2004*.



* Kvinneandel for 2002 mangler for sprøyteutdelingens totaltelling.

Kvinneandelen i utvalget ligger i de fleste årene noe under kvinneandelen blant alle de som oppsøker sprøyteutdelingen. I snitt utgjør forskjellene 3 prosentpoeng. Dette kan indikere at kvinner er noe underrepresentert i utvalget, men forskjellen kan imidlertid delvis forklares ved at en del av kvinnene som oppsøker sprøyteutdelingen kun henter kondomer og derved ikke var aktuelle for intervjuing til dette prosjektet.

Det andre holdepunkt for vurdering er de fem brukerundersøkelsene som har vært foretatt i regi av sprøyteutdelingen i årene 1992, 1994, 1997, 2000 og 2002. I disse undersøkelsene er alle innenfor et visst tidsrom blitt spurt om å delta, og kjønn og alder ble notert også for de som ikke ønsket å besvare spørreskjemaet. Gjennomsnittsalderen i brukerundersøkelsene og denne undersøkelsen for tilsvarende år stemmer godt overens (se tabell 2). Begge viser en økende snittalder blant de spurte.

Tabell 2. Gjennomsnittsalder blant intervjuede i sprøyteutdelingens brukerundersøkelse og i SIRUS-undersøkelsen.

| | Gjennomsnittsalder | |
|-----------|----------------------|---------------------|
| | Brukerundersøkelsene | SIRUS-undersøkelsen |
| 1992 (93) | 29 | 29 |
| 1994 | 31 | 30 |
| 1997 | 32 | 32 |
| 2000 | 34 | 33 |
| 2002 | 35 | 35 |

Sammenfallet i kvinneandel og gjennomsnittsalder øker tiltroen til at utvalget er representativt for gruppen av misbrukere som oppsøker sprøyteutdelingen.

Diskusjonen om hvorvidt, eller i hvilken grad, brukerne av sprøyteutdelingen er representative for sprøytemisbrukere generelt, er vanskelig. En sammenligning med andre undersøkelser av sprøytemisbrukere rekruttert i behandlingsapparatet eller fra fengsler vil ikke i særlig grad kunne bidra til en vurdere representativitet, da ulike former for utvalgsskjevhet også vil kunne prege disse utvalgene.

Det synes imidlertid rimelig at med et årlig antall besøk på godt over 100.000 og rundt 2 millioner utdelte sprøyter, benyttes sprøyteutdelingen av en stor andel av Oslos sprøytenarkomane. Sprøyter kan imidlertid også kjøpes på apotek. Den relativt høye og stigende gjennomsnittsalderen tyder på at de helt unge misbrukerne oppsøker sprøyteutdelingen i noe mindre grad enn de mer etablerte. Det kan være slik at unge i større grad kjøper sprøyter eller skaffer seg brukerstyr gjennom eldre og mer garvede venner i misbruksmiljøet. Unge kan dermed være noe underrepresentert i denne undersøkelsen. Personer som ofte oppsøker sprøyteutdelingen kan, på den andre siden, være overrepresentert. Denne feilkilden blir mindre dersom de som injiserer ofte og de mer etablerte misbrukere i noe mindre grad ønsker å delta i undersøkelsen. Årsakene mange av de spurte oppga for ikke å ville delta (har ikke tid, har kunder som venter etc.) kan tyde på at det er tilfelle.

Vår tids sprøytemisbruk hadde trolig sitt utspring i Oslo, men indikatorer for misbruksutviklingen viser at det for lengst har spredd seg også til andre deler av landet. Vi har imidlertid få holdepunkter for sammenligning av

misbrukere i Oslo og resten av landet, da det har vært få undersøkelser med fokus på misbruksatferd utenfor hovedstaden. Oslo vil ha flere misbrukere med lang fartstid som tunge heroin- eller amfetaminmisbrukere, og en kan tenke at bedre stofftilgjengelighet har medført at de som bor i Oslo i snitt bruker mer enn sprøytemisbrukere på andre steder. For øvrig er det lite som skulle tilsi store forskjeller mellom sprøytemisbrukere i ulike deler av landet.

Når det gjelder sprøytemisbrukere i Norge versus andre land, kan man tenke at forskjellene er større. Stoffmisbruket foregår innenfor en sosial og kulturell kontekst, og det synes rimelig at kulturelle forskjeller vil gjøre seg gjeldende for hvilke stoffer som misbrukes og hvordan de inntas. Vi vet eksempelvis at heroinmisbrukere i Nederland og England i større grad røyker stoffet enn å injisere det (Grund og Blanken 1993, Strang et al. 1992). I hvilken grad sprøytemisbrukere i disse landene atskiller seg fra de norske, varierer trolig i forhold til faktorene man ser på. Hvor viktige ulike finansieringsmåter er, vil eksempelvis avhenge av narkotikaprisene (utgiftsnivået) og hvor mye misbrukerne får fra offentlige stønadsordninger. I hvilken grad misbrukes forbruk påvirkes av endringer i prisene, kan imidlertid være av mer allmenngyldig karakter.

2.1.2 Reliabilitet og validitet

Som ved andre spørreundersøkelser, er det mulig at svarene som gis på spørsmålene vi stiller, ikke gir et helt korrekt bilde av virkeligheten. Dette kan skyldes bevisst eller ubevisst omgåelse av sannheten eller de kan ha problemer med å huske ting som ligger bakover i tid. Enkelte kan ha problemer med å huske hvor mange injeksjoner de satte i går eller om de var 14 eller 15 år første gang de prøvde heroin. Andre kan oppgi å ha brukt rusmidler de i realiteten ikke har brukt (falske positive), overdrive bruken av de rusmidlene de har benyttet siste måned eller underslå bruken av rusmidler de faktisk har konsumert (falske negative). Fordi spørsmålene i denne undersøkelsen gjelder til dels ulovlige og stigmatiserende aktiviteter, kan man tenke seg at tendensene til feilaktig rapportering muligens gjør seg sterkere gjeldene her enn i undersøkelser som omhandler mindre problematiske ting. Slike eventuelle systematiske målefeil vil innebære over- eller underrapportering av det vi er interessert i å vite noe om.

Reliabilitet omhandler i hvilken grad det som måles/spørres om vil kunne gjenfinnes dersom man overfor samme intervjuobjekt bruker andre intervjuere eller andre "instrumenter"/spørsmål for å undersøke det samme. Vi har ikke gjort egne reliabilitetstester her, men i en gjennomgang av litteraturen på narkotikaområdet hevder Darke (1998) at re-intervjuer ofte samsvarer godt med tidligere intervjuer. Når man skal vurdere denne undersøkelsens validitet, går det på om spørsmålene faktisk gir svar på det man har ment å undersøke. Dersom vi eksempelvis med "overdose" mener en situasjon der et rusmiddelinntak har medført at misbrukeren har trengt hjelp fra andre for å komme tilbake til bevissthet igjen, mens de som blir spurt definerer begrepet mindre snevert, vil ikke spørsmål om vedkommende har erfart overdose gi god validitet. "Overdose" ble av den grunn definert for de intervjuede, og vi mener det er få andre begrep i det benyttede spørreskjemaet som gir opphav til tilsvarende tolkningsmuligheter.

Selv om intervjuet er anonymt, vil det imidlertid kunne være grunner til at respondentene er tilbakeholdne med de "sanne" svar på spørsmålene. Spesielt gjelder det i dette tilfelle spørsmål som finansiering av stoffbruken, der straffbare handlinger utgjør en viktig del av inntektsgrunnlaget for mange. Dessuten vil det kunne være vansker med å fortelle om prostitusjon, spesielt for mannlige prostituerte, da de også innad i misbrukergruppen trolig er mer stigmatiserte enn de kvinnelige prostituerte. Falske negative (her: personer som unnlater å oppgi faktiske inntektskilder eller narkotikabruk) vil gjøre at resultatene fra undersøkelsen undervurderer de riktige størrelsene.

På den andre siden kan man ha intervjuobjektets ønske om å være "vellykket" eller svare slik de tror intervjueren ønsker. Det kan for enkelte være slik at ønsket om å være "vellykket" i rollen som misbruker fører til at man f.eks. oppgir å bruke mer stoff enn det som er tilfelle (falske positive). I den grad slike faktorer spiller inn, vil resultatet overestimere det virkelige forbruket. For spørreundersøkelser om narkotikabruk i generelle befolkningsstudier konkluderer Skog (1992) med at falske positive kan være et større problem enn falske negative når det gjelder stoffer som kun en liten del av befolkningen har brukt. I denne studien, der inklusjonskriteriet er injisering av narkotika, kan problemet med falske positive være knyttet til andre, mer lavfrekvente hendelser som bruk av LSD og Ecstasy.

Det kan tenkes at rusmiddelmissbrukere, som følge av deres ofte uorganiserte livssituasjon, mer enn andre vil ha problemer med å huske hva

de har brukt, tjent osv. Dette er det delvis forsøkt å veie opp for ved at det for hvert rusmiddel er spurt spesielt om *forrige døgns* forbruk, i tillegg til frekvensen siste måned. På den andre siden vil bruken av rusmidler og finansiering av bruken trolig være av større betydning for en rusmiddelmissbruker enn det forbruket av dagligvarer er for folk flest. Slik sett kan det være grunn til å tro at misbrukerne husker og kan gi korrekte svar på disse spørsmålene.

Denne undersøkelsen skiller seg fra mer generelle undersøkelser i befolkningen ved at mange av intervjuobjektene vil være beruset under intervjuet. Åpenbart ”steine” personer skal ikke ha blitt intervjuet, men mange har besvart spørsmålene mens de var under påvirkning av ulike typer legale og illegale rusmidler. Kan vi likevel stole på svarene de gir? Det er gjort ulike undersøkelser for å sjekke om opplysninger stoffmisbrukere har gitt i undersøkelser, faktisk stemmer med virkeligheten. Eksempelvis har man i etterkant sjekket urin- eller hårprøver for å analysere rusmiddelbruken og så sammenholdt dette med hva personen faktisk har oppgitt om dette (se for eksempel Hansen et al. 2004). Man har også sjekket politiets registreringer av lovbrudd og straff mot det de intervjuede har rapportert. Generelt mener man at validiteten er tilfredsstillende (Darke 1998), det vil si at man stort sett kan stole på de opplysningene som gis. Men dette vil naturlig nok variere med utvalgets type og sammenheng, samt hva det spørres om. I denne undersøkelsen bør man muligens feste noe mindre lit til svarene på spørsmål som gjelder hvor mye de har tjent på de ulike inntektskildene enn eksempelvis til svarene på spørsmålet om antall år med utdanning etter grunnskolen.

Spørsmålenes karakter og mulig beruselse hos respondenten kan være problematisk i denne undersøkelsen. Samtidig kan det være forhold som gjør at enkelte feilkilder vil være mindre framtrepende enn det man i utgangspunktet kunne tenke. Det at undersøkelsen foregår i nærheten av sprøyteutdelingen og etter at vedkommende har hentet gratis sprøyter, skulle eksempelvis gi mindre incentiv til å undersøke det illegale misbruket enn om undersøkelsen hadde foregått i omgivelser som ikke var relatert til rusmiddelmissbruket. Når det gjelder faktiske misforståelser av spørsmålene undersøkelsen stiller, er det vanlig å anta at feilkildene er mindre ved intervju enn ved tilsendte spørreskjema som respondenten skal fylle ut selv. Når svar som ble gitt under intervjuet åpenbart var grunnet på misforståelser, ble spørsmålet stilt på nytt og forklart ytterligere. Det er ingen grunn til å tro at feilkildene ved intervjuerens utfylling eller ved registreringen av data er større her enn ved andre intervjuundersøkelser.

2.2 Metode

Sentralmål

Sentralmål skal beskrive en typisk, representativ verdi fra datasettets variable. Vanligvis brukes gjennomsnittet for en slik beskrivelse, men fordi vi av og til i dette materialet står overfor variable med enkelte svært store eller svært lave verdier i forhold til de øvrige, velger vi noen ganger å bruke medianen som sentralmål. Medianen er den verdien som ligger i midten av datasettet når alle verdiene er sortert. Det er den ”typiske” verdien for denne variabelen.

Sammenligning av grupper

Mange av problemstillingene vi vil undersøke i denne rapporten gjelder om det er forskjeller mellom kvinner og menn, mellom heroin- og amfetaminmisbrukere, mellom selgere og ikke-selgere osv. Eksempelvis er det 77 prosent av kvinnene og 71 prosent av mennene som oppgir at de har brukt piller i måneden forut for intervjuet. For å avgjøre om denne forskjellen er statistisk signifikant, dvs. større enn den forskjellen man kan forvente rent tilfeldig i utvalget, bruker vi den såkalte Mann-Whitney-Willcoxon-testen (se Løvås 1999 for nærmere beskrivelse av denne ikke-parametriske testen). Forkastningsnivået er satt til 5 prosent, og dersom ikke annet står i teksten, er sammenligningene som gjøres signifikant forskjellige på dette nivået. Fordi enkelte spørsmål er tatt med eller tatt ut av spørreskjemaet underveis, og fordi enkelte har unnlatt å svare på noen av spørsmålene som er blitt stilt, vil grunnlaget for sammenligningen (antall innkomne svar = n) variere fra problemstilling til problemstilling.

Deflatering

Undersøkelsen har pågått over et langt tidsrom (1993-2004). For å gjøre priser og inntekter for de enkelte år mer sammenlignbare, er disse deflatert med konsumprisindeksen fra SSB. Basisåret for denne er 1998, dvs. 1998=100.

Multivariate analyser

I kapitlene 3-6 undersøker vi mange bivariate sammenhenger som for eksempel forholdet mellom kjønn og forbruk av ulike rusmidler, aldersgrupper og inntektskilder, heroinpris og tid. En viktig målsetting har imidlertid vært å undersøke hva det er som påvirker etterspørselen etter tunge stoffer som heroin og amfetamin. For å utføre grundigere analyser av denne etterspørselen, må vi samtidig inkludere flere faktorer vi mener påvirker etterspørselen. Hvordan forbruket forandres med priser kan

eksempelvis avhenge av inntekten de har, av kjønn, alder osv. Multivariate analyser gjør det mulig å analysere forholdet mellom forbruk og pris og samtidig ta hensyn til de øvrige kjennetegnene ved personene. Resultatene som presenteres i kapittel 7, er framkommet gjennom til dels avanserte statistiske metoder og det henvises til lærebøker som Greene (2000), Kennedy (2003) og Gujarati (2003) for mer informasjon om de anvendte metodene (multivariat lineær regresjonsanalyse, logistisk regresjon, paneldataanalyser, tidsserieanalyser, ”switching regression”, etc.).

3 Beskrivelse av utvalget

I dette kapittelet beskrives utvalget gjennom å presentere sentrale variable som kjønn, alder, utdanning, alder ved første sprøyte, opphold fra sprøytemisbruket, etnisitet og boforhold. Som tidligere nevnt, vil antall intervju, ikke antall personer, være basis for fordelinger og beregninger. Fordi det er mange trekk ved sprøytemisbrukere og deres liv som er ukjent, vil en beskrivelse i seg selv ha verdi. I tillegg vil mange av disse variablene brukes i den multivariate analysen som presenteres i kapittel 7.

3.1 Kjønn

Kjønn er ofte en viktig variabel når man skal analysere rusmiddelmisbruk, fordi kvinner og menn gjerne har ulikt forbruk av rusmidler. Ulikhetene kan gjelde både mengde som brukes, type stoffer som foretrekkes og hvordan de brukes (oralt, intravenøst, ved inhalering eller røyking). I Norge antar man at kvinnene utgjør ca. 1/3 av de tyngre narkotikamisbrukerne (Bretteville-Jensen og Ødegård 1999). Kvinneandelen i dette utvalget varierer noe fra år til år, men for hele materialet er andelen på 31 prosent. Det er lavere andel kvinner blant de som hovedsakelig bruker amfetamin (20 prosent) enn blant de som hovedsakelig bruker heroin (33 prosent).

Kvinneandelen faller med stigende alder (tabell 3). Blant de aller yngste er to av tre misbrukere kvinner, mens blant de eldste, over 40 år, ser vi at kvinneandelen har sunket slik at knapt 1 av 5 misbrukere er kvinner. Denne tendensen har holdt seg over tid. Det kan være flere årsaker til at det blir en lavere andel kvinner i eldre aldersgrupper, blant annet er det hevdet at kvinner lettere kommer seg ut av misbruket og at flere menn enn kvinner begynner å sette sprøyter etter de har fylt 30 år (Bretteville-Jensen 1998; Ødegård og Bretteville-Jensen 2002). Andelen kvinner blant de aller yngste er overraskende høy, men skyldes trolig at kvinner starter å misbruke rusmidler tidligere enn menn (se avsnitt 3.4).

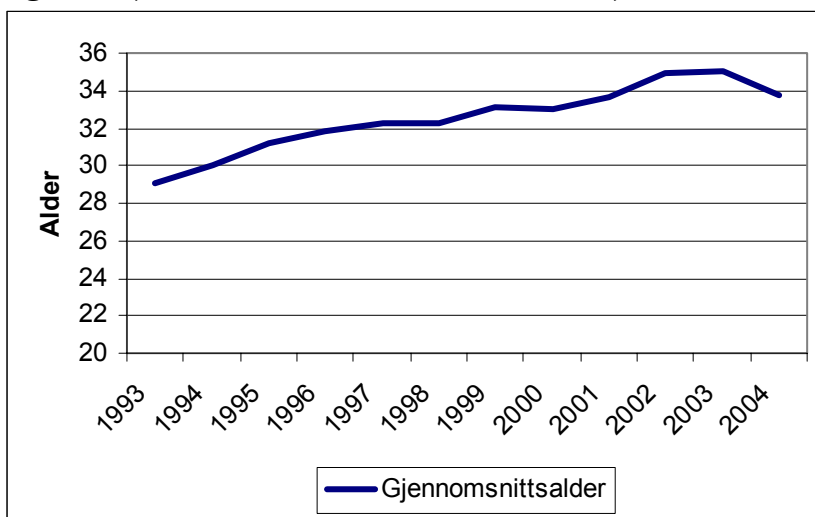
Tabell 3. Andelen kvinner i ulike aldersgrupper

| | <20 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | ≥40 | Totalt |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Andel kvinner | 68 | 46 | 36 | 28 | 26 | 18 | 31 |
| Totalt antall intervjuer | 75 | 526 | 889 | 957 | 796 | 576 | 3819 |

3.2 Alder

For få tiår siden ble narkotikamisbruk ansett for å være et ungdomsfenomen. Dagens narkotikamisbrukere er imidlertid blitt vesentlig eldre, både som følge av at enkelte etter hvert har holdt på i mange år, og fordi mange nå starter sitt misbruk i en høyere alder enn tidligere. Gjennomsnittsalderen for de som er intervjuet i denne undersøkelsen er forholdsvis høy, 32 år. De yngste i utvalget var 16 år på intervjutidspunktet, de eldste 59. Kvinnene er i snitt 3 år yngre enn mennene (29,8 versus 32,9).

Figur 2. Gjennomsnittsalderen blant de intervjuete, 1993-2004.



Gjennomsnittsalderen stiger med nesten 5 år i løpet av undersøkelsesperioden fra 29,1 i 1993 til 33,8 i 2004 (se figur 2). Da dette er en utvalgsundersøkelse, vil man forvente noe variasjon i alderen på de som er med i utvalget i de ulike årene, men tendensen om stigende alder er statistisk signifikant. Dette gjelder imidlertid ikke nedgangen i gjennomsnittsalder fra 2003 til 2004. Vi kan dermed ikke si om det virkelig har vært et fall i gjennomsnittsalder blant misbrukerne det siste året slik det ser ut i figur 2. Gjennomsnittsalderen er høyere blant de som hovedsakelig bruker amfetamin (34,0 år) enn blant de som oppgir å stort sett bruke heroin (31,7 år).

3.3 Utdanning

Informasjon om utdanningsnivået blant rusmiddelmissbrukere er interessant av flere grunner. Det kan blant annet brukes for å gi en indikasjon på hvor lett det vil være å komme tilbake til normalsamfunnet da lite eller manglende utdanning vil gjøre det vanskeligere å få inntektsgivende arbeid. Valg av utdanning og utdanningens lengde er i enkelte sammenhenger også benyttet som en indikator på personenes framtidsretting og evne til langsiktig planlegging.

Utvalget er fra desember 1995 spurt om utdanning. Som forventet er utvalget en gruppe med relativ lav utdanning. Omtrent 1/3 av de spurte (775) oppgir at de ikke har gjennomført grunnskolen eller at de kun har denne. Gjennomsnittlig antall år utdanning utover grunnskolen er 2,1. Det er imidlertid også en del med lengre utdanning, eksempelvis studenten vi intervjuet som oppga at han skulle feire psykologieksamen han hadde tatt den dagen med et "skudd" heroin. Omtrent 10 prosent oppgir å ha mer enn 5 års tilleggsutdanning. Det er ikke forskjell i mengden utdanning mellom kvinner og menn. Antall år med utdanning øker svakt med økende alder. Selv om forskjellen mellom amfetamin- og heroinmissbrukerne er signifikant, har amfetaminmissbrukere i snitt bare 0,5 års lengre utdanning enn de som hovedsakelig misbruker heroin. Utdanningsnivået har ikke endret seg over tid i undersøkelsesperioden.

3.4 Sprøytdebut

Personenes alder når de prøver et rusmiddel første gang er av interesse. Dette gjelder også for alkohol, der man har funnet en sammenheng mellom alder for oppstart og senere alkoholkonsum (Pedersen og Skrondal 1998). Forskning har vist at de som begynner å drikke tidlig (før gjennomsnittlig debutalder) har et vesentlig høyere forbruk ved 20 års alderen enn de som starter etter de har passert den lovsatte aldersgrensen for kjøp av alkohol. Hvorvidt det er det faktum at de har begynt å ruse seg tidlig som forårsaker et senere høye forbruket, eller om det er en bakenforliggende faktor som både påvirker tidlig oppstart og senere høyt forbruk, diskuteres i litteraturen både når det gjelder alkohol og narkotika. Når det gjelder narkotika, er man i tillegg opptatt av at svært unge mennesker trolig ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til mulige framtidige konsekvenser av å teste ut ulike avhengighetsskapende stoffer. Unge mennesker tenker mer kortsiktig og er i større grad influert av venner og omgivelser enn det mer voksne

mennesker vanligvis er. Det er i denne undersøkelsen stilt spørsmål om debutalder for sprøytemisbruk, type stoff de debuterer med i sprøyta og hvor lang tid det gikk fra første sprøyte til regelmessig injeksjonsmisbruk.

Mange av de intervjuete var unge da de begynte å injisere narkotiske stoffer. I materialet finner vi en gjennomsnittlig debutalder for sprøyter på 19 år (n=2494). Jentene var i snitt et drøyt år yngre enn guttene første gang de injiserte illegale stoffer (18,1 versus 19,4), og de som nå i hovedsak injiserer heroin var i gjennomsnitt yngre enn de som nå injiserer amfetamin (18,1 år mot 20,1 år). Gjennomsnittsalderen for sprøyte debut blant de intervjuete har steget noe i løpet av undersøkelsesperioden (fra 18,6 i 1993 til 19,7 i 2004).

En mer markant endring framkommer imidlertid når vi deler opp materialet etter hvilket år/periode respondentene startet sitt sprøytemisbruk, se tabell 4.

Tabell 4. Endring i gjennomsnittsalder for sprøyte debut over tid. Utvalget inndelt etter periode for sprøyte debut.

| | ≤1979 | 1980-1989 | 1990-1994 | ≥1995 |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Alder | 15,8 | 17,8 | 21,0 | 25,1 |
| Antall | 730 | 874 | 479 | 409 |

Tabellen viser at den gjennomsnittlige debutalderen har steget med nesten 10 år når man sammenligner de som debuterte på 1970-tallet med de som har debutert siden 1995. Dette kan tyde på at det har skjedd store forandringer blant de som rekrutteres til sprøytemisbruk. Man må imidlertid tolke disse tallene med noe varsomhet da de kan være påvirket av en viss seleksjon i materialet. Seleksjon kan forekomme dersom de som debuterer med sprøyter svært unge, har en høyere sannsynlighet enn de som debuterer i mer voksen alder for å bli værende som misbrukere. En seleksjon av denne typen er en mulig forklaring på at gjennomsnittsalderen er lavere blant de som debuterte på 1970-tallet.

En sammenligning av tallene i tabell 4 med debutalder i undersøkelser foretatt på 1980- og 1990-tallet tyder imidlertid på at en slik seleksjonsmekanisme trolig ikke har vært særlig framtreddende. Den såkalte "Stikkmerkeundersøkelsen" (Skretting og Skog 1989) var den første norske studien som undersøkte debutalder blant sprøytemisbrukere. I

undersøkelsen som ble foretatt i 1987, fant de en gjennomsnittlig debutalder på 16 år. En analyse av data samlet inn blant pasienter ved 14 behandlingstiltak i Oslo i 1990/1991 fant en gjennomsnittlig debutalder på 17,5 år (Arner et al. 1995), mens en nasjonal undersøkelse som er antatt å være representative for misbrukere i behandling i 1992/93 rapporterer 17,9 år som debutalder (Lauritzen et. al 1997). Ved Sprøytebussen ble det også foretatt en intervju-undersøkelse i 1992, og da fant man en debutalder på 18 år (Skretting et al. 1993). Disse undersøkelsene foretatt tidligere, stemmer godt overens med resultatene for ulike perioder i denne undersøkelsen, og de ser dermed ut til å bekrefte at debutalderen var lavere før. Det synes derfor som det har skjedd en betydelig endring i når mange setter sin første sprøyte. I Skretting og Skogs (1989) undersøkelse oppga kun 10 prosent av utvalget at de hadde startet å injisere etter et de hadde fylt 21 år. Til sammenligning rapporterer de som startet injiseringen etter 1994 i vår studie at nesten 40 prosent var 25 år eller eldre første gang, mens hele 28 prosent hadde fylt 30 år da de satte sin første sprøyte.

Siden 1999 er det også spurt om hvor gamle respondentene var da de regelmessig begynte å ta stoff med sprøyte, dvs. injiserte en gang i uka eller oftere. For manges vedkommende viser intervjuene at det ikke gikk lang tid fra den første sprøyte ble satt til de var regelmessige misbrukere. Av de drøyt 1300 som er stilt spørsmålet, oppga litt under halvparten (46,5 prosent) samme alder, mens 82 prosent ble regelmessige injeksjonsmisbrukere innen tre år etter "jomfruskuddet". I gjennomsnitt gikk det to år, og dataene viser ikke noen forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder hvor raskt de etablerte et regelmessig misbruk. Dataene tyder imidlertid på at tiden mellom det første "skuddet" og et etablert misbruk er kortere nå enn på 1970- og 80 tallet. Dette kan ha sammenheng med at debutalderen for injeksjonsmisbruk er gått opp i perioden.

Amfetamin regnes som et litt mindre "tungt" stoff enn heroin. I vestlige land har de fleste som nå bruker heroin først startet med alkohol og eventuelt sniffing, så hasj, deretter ulike sentralstimulerende midler (ecstasy, amfetamin og lignende). Mange har oppgitt at de bruker injiserbare stoffer oralt før de injiserte dem. Derfor er det ikke overraskende at blant de rundt 800 intervjuene som inkluderte spørsmål om type stoff i første sprøyte, finner vi nesten 60 prosent som oppgir amfetamin som det første stoffet de injiserte, mens 32 prosent oppgir heroin. Det er signifikant flere kvinner enn menn som debuterte med heroin (38 versus 30 prosent). Hvilket stoff man injiserte først har imidlertid forandret seg over tid og tabell 5 viser

andelene for de ulike stoffene i forhold til perioden de startet sitt sprøytemisbruk.

Tabell 5. Hvilket stoff i første sprøyte i ulike tidsperioder for sprøytedebut (i prosent).

| | ≤1979 | 1980-1989 | 1990-1994 | ≥1995 | Samlet |
|-----------|-------|-----------|-----------|-------|--------|
| Heroin | 8 | 25 | 36 | 57 | 32 |
| Amfetamin | 73 | 69 | 55 | 40 | 59 |
| Morfin | 17 | 4 | 8 | 1 | 7 |
| Annet | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| Antall | 177 | 229 | 154 | 224 | 789 |

Tabellen viser at en stadig større andel begynner direkte å injisere heroin uten å gå veien om amfetamin først (8 før 1980 versus 57 prosent etter 1995). Likevel er det fremdeles 40 prosent blant de som har startet i løpet av de siste 10 årene som oppgir at debutsprøyten inneholdt amfetamin. At andelen som først begynte å injisere heroin er så lav på 1970-tallet, kan delvis forklares med at heroin først ble tilgjengelig på det norske markedet mot slutten av tiåret. Morfin synes derimot å ha vært et mer vanlig injeksjonsstoff på den tiden, og hele 17 prosent av de som startet på 1970-tallet sier at den første sprøyten de brukte inneholdt dette stoffet. Dette står i kontrast til de som har startet injeksjonsmisbruket sitt siden 1995, der kun en prosent oppgir morfin som debutstoff.

3.5 Opphold i sprøytemisbruket

Selv om mange oppgir at de injiserer daglig (se kapittel 4.1), er det likevel mange som ikke bruker stoff hver dag hele året. Rusfrie perioder grunnet eget ønske, mangel på penger eller påtvunget utenfra (fengsling) er ikke uvanlig i en misbrukers hverdag. Da de fleste spørsmålene stilt i denne undersøkelsen dreier seg om rusmiddelforbruket siste måned, kan vi ikke si så mye om forbruket utover dette tidsvinduet. Fra desember 1995 er det imidlertid stilt to spørsmål om opphold fra vedvarende sprøytemisbruk. Det første gjelder antall ganger de har hatt opphold som har vart lengre enn en måned fra sprøytemisbruket. Eventuelle fengselsopphold skulle da ikke medregnes. Siden varigheten på oppholdet ble satt til minst en måned, bortfalt kortere perioder med selvpålagte "hvite dager", og de fleste

oppsummerte da antall lengre behandlingsopphold de hadde hatt. Det andre spørsmålet gjaldt samlet lengde, i måneder, på disse oppholdene. Da vi ikke direkte har spurt om oppholdene kun knyttes til behandling, kan vi ikke tolke tallene slik, men vi kan med forsiktighet bruke dem som en indikator for tidligere behandlingserfaring.

Av de spurte oppgir 67,5 prosent (1700) at de har hatt ett eller flere opphold i stoffbruken av minst en måneds varighet siden de begynte å ta stoff med sprøyte. Mer enn halvparten av disse hadde hatt ett eller to opphold mens snittet lå på i overkant av tre. Det er ingen forskjell mellom kjønnene når det gjelder antall rapporterte opphold. Som forventet reduseres antall opphold med nærhet i tid siden sprøyte debut, det vil si at de med lengst "fartstid" som sprøytemisbrukere, også er de som rapporterer om flest opphold i stoffbruken. Sammenhengen mellom alder og antall opphold er ikke like klar fordi stadig flere voksne personer de siste årene har begynt å misbruke narkotika med sprøyte (se kapittel 3.2). Forskjellen mellom nåværende amfetamin- og heroinmisbrukere er statistisk signifikant, men likevel har amfetaminmisbrukere i gjennomsnitt bare 0,4 færre opphold enn heroinmisbrukere.

Dataene viser store forskjeller i hvor lenge misbrukerne totalt sett har vært borte fra misbruket, noe som gjenspeiler at det også er store forskjeller i hvor lenge de har vært misbrukere. Blant de som har hatt opphold, varierer antall måneder fra 1 til 300, mens gjennomsnittet er 28 (n=1807). Den totale gjennomsnittslengden på oppholdene er likt for kvinner og menn og for nåværende heroin- og amfetaminmisbrukere. På samme måte som for antall opphold, stiger også total lengde på oppholdene med lengden på misbruket, mens sammenhengen mellom total lengde og alder er noe svakere.

Det er imidlertid ikke bare behandling som gir opphold av en viss varighet fra misbruket. Spesielt for menn medfører også soning i fengsel lengre avbrekk. På bakgrunn av en oppfølgingsundersøkelse av et underutvalg av de intervjuete (172 personer intervjuet i 1997 hvorav 138 ble gjenfunnet etter 1 år), kan vi si noe om dette forholdet. Oppfølgingen avdekket at ett år etter det første intervjuet var flere i fengsel (14 personer) enn i behandling (11 personer), mens 1 person var pasient i et somatisk sykehus. Vi fant for øvrig at 8 personer levde rusfritt og hele 10 personer hadde dødd. Blant de 34 vi ikke fikk kontakt med året etter, er det sannsynlig at flertallet av disse fortsatt var i aktivt rusmiddelmisbruk. Tallene viser at 68

prosent av de vi fikk opplysninger om, levde som aktive misbrukere på gjenfinningstidspunktet (n=138).

3.6 Etnisitet

Personer med ulik etnisk og religiøs bakgrunn har ulike tradisjoner for bruk og misbruk av rusmidler. Eksempelvis vet vi at muslimer har et lavt alkoholforbruk, mens man i enkelte deler av Asia har lange tradisjoner for røyking av opium. Den økte mobiliteten siden annen verdenskrig har blant annet influert rusmiddelbruk også i vår del av verden (Amundsen et al. 2005), og økt forekomst av heroinrøyking er et eksempel på dette (Strang et al. 1997). Etnisk tilhørighet er også interessant fordi etniske minoriteter synes å benytte det offentlige hjelpeapparatet i mindre grad enn andre. Forskning tyder dessuten på at folk med innvandrerbakgrunn kan ha vansker med å dra nytte av den behandling som tilbys (Berg 2003).

Den norske populasjonen av sprøytemisbrukere har tradisjonelt hatt et relativt lite innslag av etniske minoriteter. Det ble derfor lenge ikke stilt spørsmål om eget og foreldres fødeland under intervjuene i denne undersøkelsen. Det visuelle inntrykket av de som oppsøkte sprøyteutdelingen, var da også at andelen som ikke hadde etnisk norske foreldre var relativt liten, men dette har endret seg noe i løpet av undersøkelsesperioden. Først i 2003 ble spørsmål om eget og foreldrenes fødeland inkludert (n=301). Da svarte 91 prosent at de var født i Norge (272) mens 2 kvinner og 26 menn oppga andre fødeland. Det at nesten en av ti personer som oppsøker sprøyteutdelingen ikke er født her i landet er et relativt nytt trekk. Tatt i betraktning at fremmedkulturelle også synes å ha en noe større motstand mot å la seg intervjue, er andelen høyere enn forventet. I sprøyteutdelingens egne undersøkelser foretatt i 1992, 1994, 1997, 2000 og 2002 har de spurt om statsborgerskap, og resultatene for disse viser en stabil andel på rundt 95 prosent for norske statsborgere (Ervik, upublisert notat). Da mange av de som i vår undersøkelse oppga at de ikke var født i Norge nå kan ha norsk statsborgerskap, kan funnene i denne og brukerundersøkelsene begge gi et riktig bilde av situasjonen.

Av de 87 kvinnene som ble stilt spørsmål om foreldrenes fødeland i denne undersøkelsen, svarte 6 av kvinnene at mødrene deres var født utenfor Norge mens 7 kvinner hadde en ikke-norskfødt far (se tabell 6). Tilsvarende var det 27 menn som oppga at mor var født utenfor Norge og 37 som oppga at far var født utenfor Norge (totalt 214 menn ble stilt

spørsmålet). Tabellen viser at blant de med ikke-norskfødte foreldre, er det flest med foreldre fra afrikanske land.

Tabell 6. Foreldrenes fødeland, i prosent. Antall personer i parentes.

| | Kvinner (n=87) | | Menn (n=214) | |
|---------------|----------------|---------|--------------|----------|
| | Mor fra | Far fra | Mor fra | Far fra |
| Norge | 93 (81) | 91 (79) | 87 (187) | 83 (177) |
| Europa+USA | 1 (1) | 1 (1) | - | - |
| Afrika | 3 (3) | 6 (5) | 6 (13) | 10 (22) |
| Latin-Amerika | 2 (2) | 1 (1) | 4 (8) | 4 (9) |
| Asia | - | 1 (1) | 3 (6) | 3 (6) |

Utvalget som er stilt spørsmål om etnisitet er lite i statistisk sammenheng, det vil si at forskjellene mellom gruppen av norskfødte og de øvrige må være store før de blir statistisk signifikante. Vi finner da heller ingen forskjell i variable som alder, utdanning eller alder for sprøyt debut mellom norskfødte og de intervjuete som ikke er født her i landet.

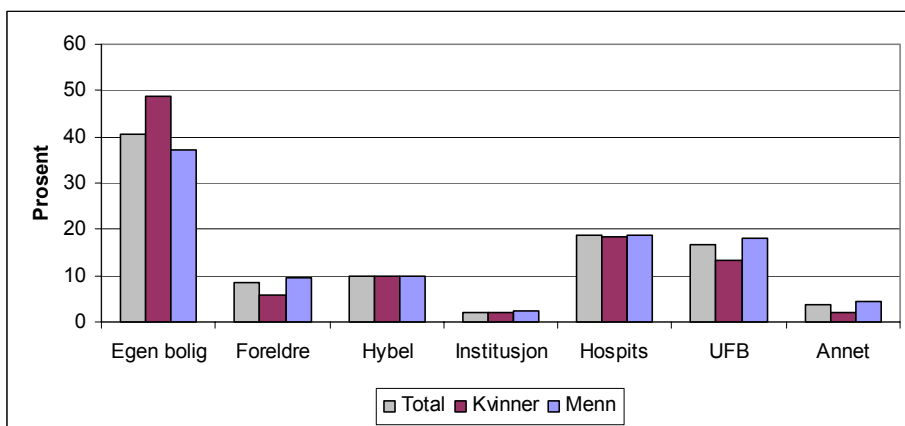
3.7 Boforhold

Sprøytemisbrukere beskrives ofte som en forkommen gruppe med dårlig fysisk og psykisk helse (Welle-Strand 1998, Kurtze og Eide 2003). I tillegg til å øke behandlingsskapasiteten, har myndighetene de senere år satt i gang ulike lavterskeltiltak med tilbud om helsesjekk og hjelp til forskjellige forhold i dagliglivet før å bedre situasjonen for denne gruppen. Også privatpersoner og frivillige organisasjoner bidrar gjennom engasjement i matutdeling, omsorgstilbud og annen hjelp. Et eksempel på et relativt nytt tilbud i Oslo er "gatejuristen", som i regi av Kirken Bymisjon og Fransiskushjelpen yter gratis juridisk bistand til denne gruppa.

En viktig faktor for misbrukernes levekår er boforholdene. Uten et trygt og stabilt sted å sove, et hjem, er det vanskeligere å ta i tu med problematiske sider ved livet. Manglende tilbud eller boevne har medført at enkelte ikke har fast bopel, men sover tidvis ute, overnatter hos venner, familie eller i ulike provisoriske ordninger. Disse registreres å være uten fast bopel (UFB). Andre lever i lange perioder (år) på hospits av varierende kvalitet.

Vi har siden 1999 spurt sprøytemisbrukere som oppsøkte sprøyteutdelingen (n=1375) om deres bosituasjon i måneden forut for intervjuet, og figur 3 viser svarene fordelt på de ulike kategoriene.

Figur 3. Andelen kvinner og menn som oppgir ulike typer boforhold i måneden forut for intervjuet (n=1375).



Figuren viser at en større andel blant kvinnene enn blant mennene lever i egen bolig (leid eller selveid), mens en større andel menn enn kvinner bor hos foreldre eller er uten fast bopel (UFB). Derimot er det ingen forskjell i andelene av kvinner og menn som bor på hybel, institusjon eller hospits. Vi ser at samlet sett er det relativt mange (35,5 prosent) som bor under forhold som er utilfredsstillende på lang sikt (hospits/UFB).

3.8

Kort oppsummering av kapittel 3

- Kvinneandelen i utvalget var 31 prosent. Den var 20 prosent blant amfetaminmisbrukerne og 33 prosent blant heroinmisbrukerne.
- Kvinneandelen faller sterkt med stigende alder. Blant de under 20 år var andelen kvinner 68 prosent mens den blant de over 40 år var 18 prosent.
- Gjennomsnittsalderen var 32 år (aldersspenn fra 16 til 59). Kvinnene i utvalget var i snitt 3 år yngre enn mennene.
- Gjennomsnittsalderen steg med nesten 5 år i løpet av undersøkelsesperioden, fra 29,1 i 1993 til 33,8 i 2004. Gjennomsnittsalderen var høyere blant de som hovedsakelig brukte amfetamin (34,0 år) enn blant de som oppga å stort sett bruke heroin (31,7 år).
- Sprøytemisbrukerne hadde relativt lav utdanning med et gjennomsnitt på 2,1 års utdanning utover grunnskolen. Omtrent 1/3 hadde kun grunnskolen eller ikke gjennomført denne. 10 prosent hadde mer enn 5 års tilleggsutdanning.
- Gjennomsnittlig debutalder for sprøyter var 19 år. Jentene var i snitt et drøyt år yngre enn guttene første gang de injiserte illegale stoffer (18,1 versus 19,4), og de som på intervjudtidspunktet i hovedsak injiserte heroin var i gjennomsnitt yngre enn de som på intervjudtidspunktet hovedsaklig injiserte amfetamin (18,1 år mot 20,1 år).
- Gjennomsnittlige debutalderen har steget med nesten 10 år når man sammenligner de som debuterte på 1970-tallet med de som har debutert etter 1994 (15,8 år versus 25,1 år).
- Omtrent halvparten begynte å injisere regelmessig samme år de satte sin første injeksjon, drøyt 80 prosent var regelmessige injeksjonsmisbrukere innen tre år etter ”jomfruskuddet”.
- Stadig flere begynner direkte å injisere heroin uten å først ha injisert amfetamin.
- To av tre misbrukere har hatt frivillig opphold på minst en måneds varighet siden de begynte å injisere regelmessig. I gjennomsnitt har disse hatt 3 slike opphold med en samlet lengde på 28 måneder.
- Over 90 prosent av de intervjuede siden 2003 var født i Norge. Blant de med foreldre som ikke var født i Norge, var flest av foreldrene fra Afrika.

- Relativt mange (35,5 prosent) oppga at de bor under forhold som er utilfredsstillende på lengre sikt (hospits/UFB). En større andel blant kvinnene enn blant mennene levde i egen bolig (leid eller selveid), mens en større andel menn enn kvinner bodde hos foreldre eller var uten fast bopel (UFB).

4 Forbruk av rusmidler

Sprøytemisbrukerne er en heterogen gruppe også når det gjelder forbruk av rusmidler. Det eksisterer store forskjeller misbrukerne imellom når det gjelder hvor mye den enkelte bruker, hvilke stoffer og kombinasjoner som foretrekkes, hvordan og hvor ofte de inntar stoffene osv. Dette innebærer store forskjeller i risikoatferd og forskjeller i hvordan de ulike misbrukere vil reagere på intervensjoner fra myndighetenes side for å redusere bruken. Vi vil i dette kapittelet først analysere forbruket av stoffene som injiseres, dvs. undersøke hvor ofte og hvor mye som brukes av heroin og amfetamin (avsnitt 4.1). Deretter vil vi se på forbruket av andre rusmidler separat for gruppene som oppgir at de hovedsakelig injiserer henholdsvis heroin og amfetamin, samt undersøke eventuelle forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper og over tid (avsnitt 4.2). Sprøytemisbrukerne rapporterer en omfattende bruk av hasj og piller, mange også av alkohol, mens kokain, LSD og Ecstasy brukes i et noe mindre omfang.

All bruk av narkotiske stoffer er ikke like skadelig, og forskjellige måter å bruke det samme stoffet på har ulik risiko i forhold til helse- og tredjepartskader. Det er f.eks. mindre helserisiko forbundet med å røyke heroin enn å sette heroin intravenøst, mens det å kombinere heroin og Rohypnol er antatt å være mer risikofyllt enn å bruke stoffene hver for seg. Verken i den generelle befolkningen eller i særlig utsatte grupper vet man så mye om utbredelsen av heroinrøyking i Norge (Bretteville-Jensen og Skretting 2005). I avsnitt 4.3 presenteres imidlertid hva sprøytemisbrukerne rapporterer om fenomenet. Parallelt med økning i antall pasienter i legemiddellassistert behandling her i landet, var det en økning blant misbrukerne ved sprøyteutdelingen som oppga at de nå brukte mindre stoff enn før fordi de inntok Metadon eller Subutex. I 2003 inkluderte vi spørsmål om bruken av disse stoffene, og avsnitt 4.4 viser at en ikke ubetydelig andel av de intervjuede oppga bruk av Metadon eller Subutex i måneden forut for intervjuet. Respondentenes erfaringer med ikke-fatale overdoser presenteres i avsnitt 4.5. I samme avsnitt beskrives den høye dødeligheten til en undergruppe av intervjuede som ble fulgt over tid.

4.1 **Frekvens og mengde stoff til injeksjon**

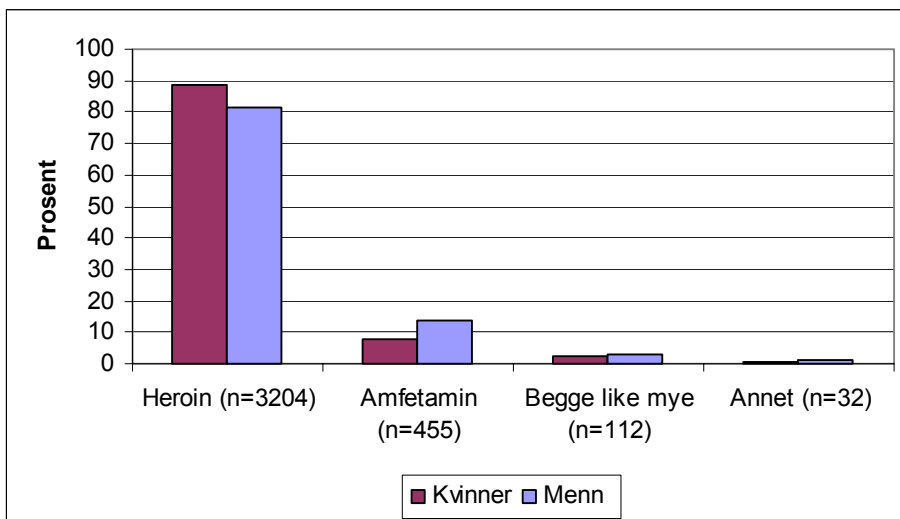
Stort sett er det heroin (tilhører gruppen av opiater) og amfetamin (tilhører gruppen av sentralstimulerende midler) som tas intravenøst i Norge i dag. Heroin produseres på grunnlag av morfin, som utvinnes av opiumsvalmuen. Stoffet kan røykes, sniffes, tas oralt og injiseres. Opiumsstoffer brukes i en del legale smertestillende medikamenter, og også før heroin ble tilgjengelig i Norge på slutten av 1970-tallet, var det et visst misbruk av morfin her i landet (Statens klinikk for narkomane, Hov i Land, ble åpnet allerede i 1961). Amfetamin er et syntetisk stoff som vanligvis injiseres eller tas oralt. Det omsettes illegalt i pulverform. Stoffet øker aktiviteten i nervesystemet og får brukerne til å føle seg mer energiske og våkne.

Vi vil i det følgende omtale heroin og amfetamin som hovedrusmiddel for misbrukerne i utvalget, og med dette mene det stoffet de hyppigst oppgir å bruke til injisering. Begrepet brukes slik selv om enkelte intervjuede likevel oftere enn de injiserer narkotika, kan innta tabletter som ikke er foreskrevet til dem eller oftere drikke store mengder alkohol. De intervjuete er spurt om hvor mange dager siste måned (siste 4 uker) de har injisert disse rusmidler, hvor mange injeksjoner de satte foregående dag, og for heroin er det også spurt om hvor mye heroin siste sprøyte inneholdt.

4.1.1 **Mest brukte rusmiddel for injeksjon**

Blant de intervjuete sprøytemisbrukerne ved sprøyteutdelingen er fordelingen av hovedrusmiddel som vist i figur 4. En andel på 84 prosent injiserer hovedsakelig heroin. Drøyt en av ti injiserer hovedsakelig amfetamin (12 prosent), tre prosent injiserer begge stoffene like mye mens en prosent injiserer hovedsakelig andre stoffer (morfin). Det er verdt å merke seg at selv om respondentene oppgir at de injiserer mest av eksempelvis heroin, har hele 50 prosent av disse også brukt amfetamin i måneden forut for intervjuet. Det tilsvarende tallet for heroinbruk blant de som hovedsakelig injiserer amfetamin er 34 prosent. Dermed er det ikke "rene" heroin- og amfetaminmisbrukere vi omtaler når vi i det følgende ser nærmere på forskjeller mellom disse gruppene. For enkelthets skyld vil gruppene likevel kalles heroinmisbrukere og amfetaminmisbrukere.

Figur 4. Hovedrusmiddel for injeksjon for kvinner og menn, i prosent.



Som vist i figur 4, er andelen som hovedsakelig injiserer heroin høyere blant kvinner enn blant menn (89 prosent kvinner versus 81 prosent menn), mens det blant amfetaminmisbrukere er 8 prosent kvinner og 14 prosent menn.

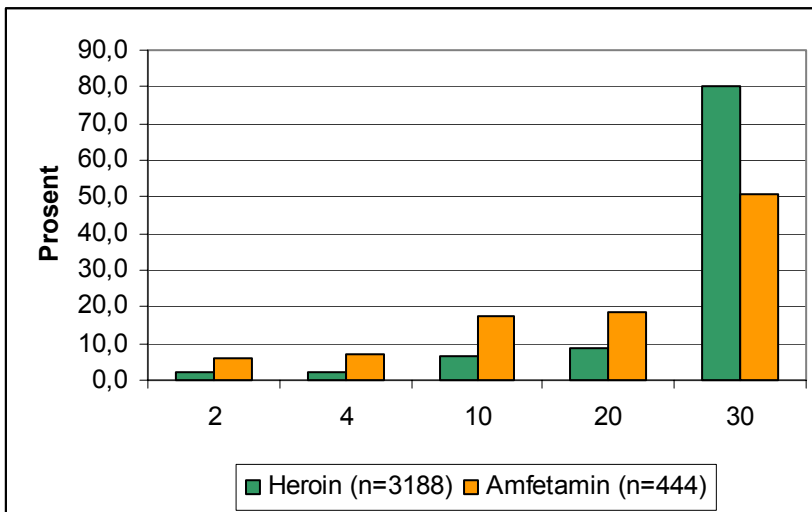
Det er flere blant de yngste (under 30 år) som oppgir heroin som hovedrusmiddel (88 prosent versus 82 prosent). Den høyere andelen med heroin blant de yngste kan delvis forklares med den høyere frekvensen av heroinbruk blant kvinnene, som i snitt er tre år yngre enn mennene. Det er verdt å merke seg at andelen som oppgir amfetamin som hovedrusmiddel har økt i undersøkelsesperioden fra et gjennomsnitt på 10 prosent i årene 1993-1999 til 17 prosent for årene 2000-2004. En økning i amfetaminbruken i denne gruppen stemmer for øvrig overens med den sterke økningen i amfetaminbeslag som politi- og tollvesenet rapporterer (se appendiks A3). I 1993 ble det foretatt 983 slike beslag i Norge, mens det tilsvarende antallet i 2004 var 4213, noe som tilsvarer en økning på ca 330 prosent. Antall heroinbeslag økte med 17 prosent i undersøkelsesperioden, fra 1193 i 1993 til 1399 i 2004. I 1998 ble det foretatt 2675 heroinbeslag, som er det høyeste beslagstallet for heroin i Norge.

4.1.2 Antall bruksdager per måned

De intervjuete ble bedt om å oppgi antall dager den foregående måneden de hadde brukt ulike stoffer, og svarene var delt inn i 6 kategorier: "Ikke brukt"=0 dager, "sjeldnere enn en dag per uke"=2 dager, "en dag per uke"=4 dager, "2-3 dager per uke"=10 dager, "nesten hver dag"=20 dager eller "hver dag"=30 bruksdager. Spørsmål om bruksfrekvens og inndelingen i disse kategoriene er brukt for alle typer rusmidler vi har spurt om. For heroinmisbrukerne fant vi et gjennomsnitt på 26,6 dager per måned. Kvinner oppga nesten to bruksdager mer enn mennene, dvs. 27,6 dager i snitt for kvinner og 26,0 dager for menn. Blant heroinmisbrukerne som også oppga amfetaminmisbruk, finner vi et gjennomsnittlig antall bruksdager på 8.

Amfetaminmisbrukerne har et lavere gjennomsnittlig antall bruksdager (21,1) for amfetamin, men også her har kvinner i snitt 2 flere bruksdager per måned. Det at det er relativt få amfetaminmisbrukere, bidrar imidlertid til at denne forskjellen ikke er statistisk signifikant. De amfetaminmisbrukerne som også injiserer heroin har et gjennomsnittlig antall bruksdager av heroin på nesten 15 per måned.

Figur 5. Bruksdager per måned for heroin- og amfetaminmisbrukere, i prosent.



Figur 5 viser at selv om begge gruppene av misbrukere har over 20 bruksdager i snitt, atskiller de seg noe i hvordan bruksdagene fordeler seg.

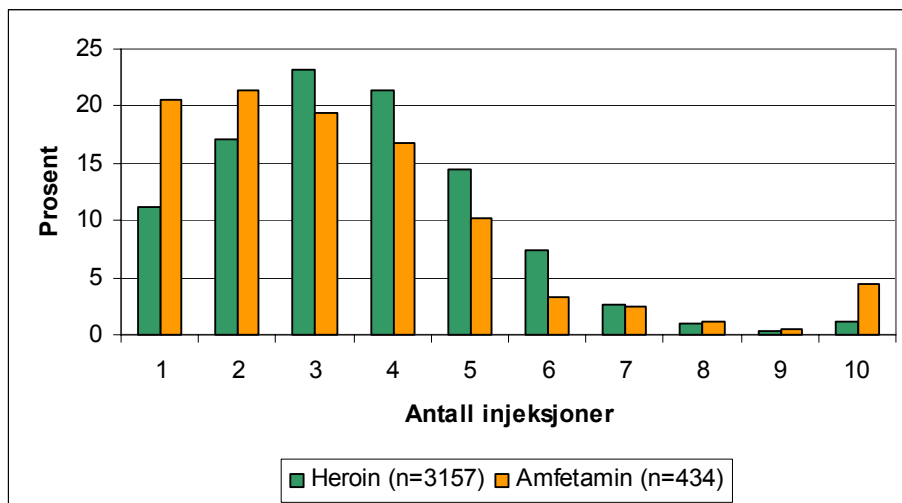
Hele 80 prosent av heroinmisbrukerne oppgir at de har 30 bruksdager per måned mot omtrent 50 prosent blant amfetaminmisbrukerne. Det er dermed en større andel blant amfetaminmisbrukerne som oppgir at de hadde 20 dager eller færre med amfetamin i måneden forut for intervjuet. Dette indikerer at det ikke er slik at når man først har begynt å sette stoff med sprøyte, "må" man injisere hver dag. En ikke ubetydelig andel, spesielt blant de som hovedsakelig injiserer amfetamin, injiserer sjeldnere og 13 prosent oppgir å ha 4 eller færre bruksdager siste måned. Det tilsvarende tallet for heroinmisbrukere er 4 prosent.

Blant heroinmisbrukerne er det ikke forskjell i gjennomsnittlige antall bruksdager per måned for ulike aldersgrupper eller for enkelte år i undersøkelsesperioden. Blant amfetaminmisbrukerne derimot har antall bruksdager steget med tre dager i gjennomsnitt fra gruppen under 25 år til gruppen over 35 år og gått opp fra et gjennomsnitt på 18 dager i årene 1993-1995 til 23 dager i årene 2000-2004. Så i tillegg til at andelen som bruker amfetamin som hovedrusmiddel har økt de siste årene, brukes også amfetamin oftere/flere dager per måned enn tidligere.

4.1.3 Antall injeksjoner per dag og stoffmengde per injeksjon

Virkingen endringer i antall bruksdager kan ha på totalt månedlig forbruk, kan oppveies eller forsterkes av endringer i antall injeksjoner per dag. Vi har spurt sprøytamisbrukerne hvor mange injeksjoner de satte dagen før intervjuet (eller forrige dag de injiserte).

Figur 6. Antall injeksjoner per dag for heroin- og amfetaminmisbrukere, i prosent.

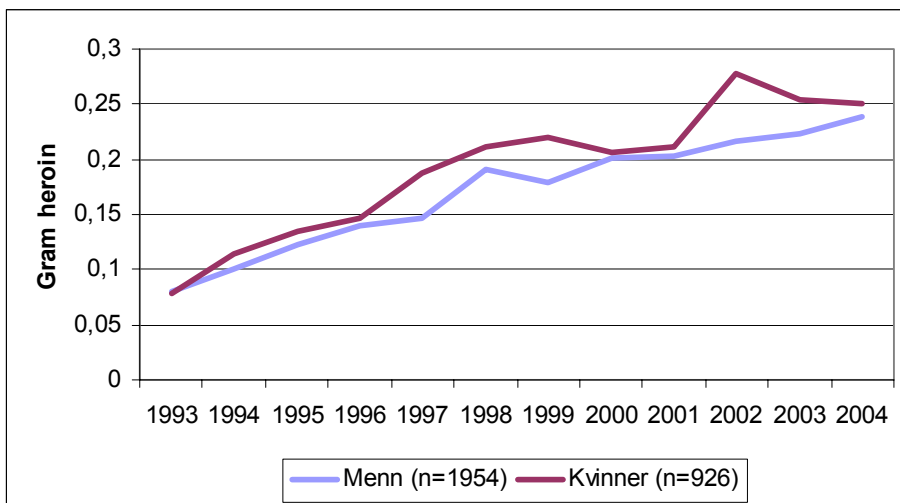


Figur 6 viser at vel 40 prosent av amfetaminmisbrukerne og nesten 30 prosent av heroinmisbrukerne setter 2 eller færre injeksjoner per dag i snitt, de døgn de injiserer. Gjennomsnittet for gruppene er henholdsvis 3,6 for heroinmisbrukerne og 3,4 for amfetaminsmisbrukerne.

Kvinnelige heroinmisbrukere setter litt flere skudd per dag i snitt enn mannlige misbrukere (forskjell på 0,3 per dag) og yngre (under 30 år) setter litt flere skudd enn eldre (over 30 år). Det er ingen endring i gjennomsnittlig antall skudd blant heroinmisbrukerne i løpet av undersøkelsesperioden.

For å få et samlet estimat av totalt forbruk per måned, er det også viktig å undersøke hvor mye heroin den enkelte bruker per injeksjon. I motsetning til hva som synes å gjelde for amfetaminmisbrukere, viste det seg at forestillingen om at det finnes en "brukerdose" som er fast for alle heroinmisbrukere, ikke stemte. Vi finner derimot store individuelle variasjoner innenfor samme tidsperiode i mengden heroin som injiseres per "skudd" og store endringer i den gjennomsnittlige injeksjonsmengden over tid. Innenfor samme intervjurunde opplyser noen at de setter en "halv nullener" (tilsvarende 0,05 gram), mens andre sier de setter ti ganger så mye (0,5 gram). Figur 7 viser hvordan gjennomsnittlig mengde for kvinner og menn har utviklet seg over tid.

Figur 7. Gjennomsnittlig mengde heroin i gram per injeksjon for kvinner og menn over tid.



Gjennomsnittlig mengde tredobles fra 0,08 gram per injeksjon i 1993 til 0,24 gram per injeksjon i 2004. Den store mengdeøkningen indikerer at misbrukere har stor evne til å utvikle toleranse for heroin, men økningen kan også være påvirket av endringer i styrken, eller renheten, til heroinet som omsettes. Fra et relativt stabilt nivå på 1990-tallet synes den gjennomsnittlige renheten å ha falt betydelig de siste årene (se avsnitt 5.2). Kvinner setter i snitt større mengder heroin enn menn (0,18 gram versus 0,16 gram) og misbrukere over 35 år setter større doser enn de under 25 år (forskjell på 0,03 gram i gjennomsnitt). Også mengdeenhetene heroin omsettes i på gatenivå, har endret seg mye siden 1993. Minsteenheden var da 1/24 gram mens den i 2004 var økt til 0,1 gram.

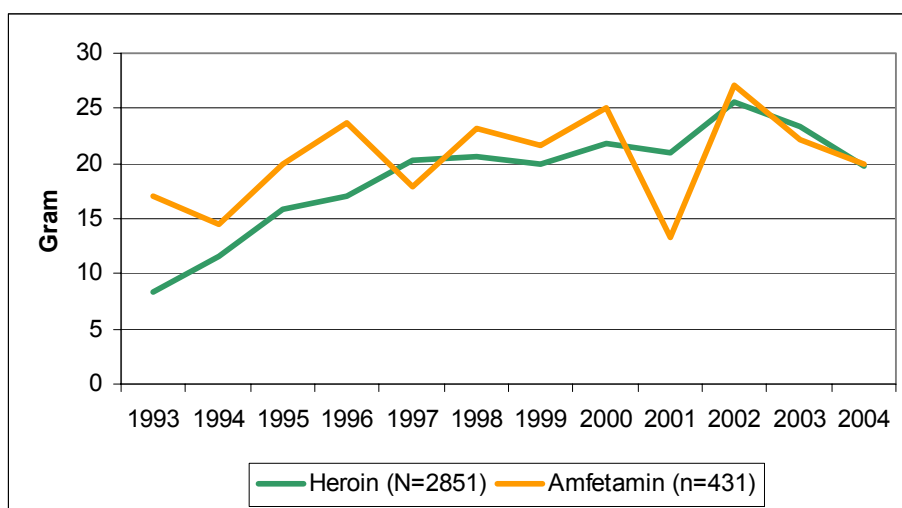
Selv om vi ikke har spurt systematisk om mengde amfetamin per injeksjon, tyder opplysningene vi har innhentet på at dette ikke varierer i særlig grad. Misbrukerne injiserer ofte en "kvartering" som tilsvarer ca 1/4 gram. Kvaliteten på amfetamin har ikke endret seg i perioden (personlig kommunikasjon, KRIPOS). Det er ingen forskjell mellom kvinnelige og mannlige amfetaminmisbrukere i forhold til sprøytefrekvens per dag og ingen sammenheng mellom antall injeksjoner per dag og alder. Derimot ser vi at antall amfetamininjeksjoner har økt over tid, fra et gjennomsnitt på 2,9 injeksjoner per dag i perioden 1993-1995, til 3,6 for årene 2000-2004. En større andel med amfetamin som hovedrusmiddel, flere bruksdager per måned og flere injeksjoner per dag i snitt over tid tyder på at

amfetaminmisbruket har økt i gruppen av sprøytemisbrukere, slik vi også viser i figur 8 i neste avsnitt.

4.1.4 Samlet månedlig forbruk av heroin og amfetamin

Ved å multiplisere antall bruksdager per måned med antall injeksjoner satt dagen før intervjuet og multiplisere dette med mengden heroin satt i forrige injeksjon, finner vi et anslag på antall gram heroin respondentene har brukt i måneden forut for intervjuet. For å beregne antall gram amfetamin, multipliserer vi antall bruksdager med antall injeksjoner for amfetamin og dividerer videre med 4, under antakelsen om at hver injeksjon inneholdt 0,25 gram amfetamin. Figur 8 viser hvordan det gjennomsnittlige månedsforbruket har utviklet seg over tid.

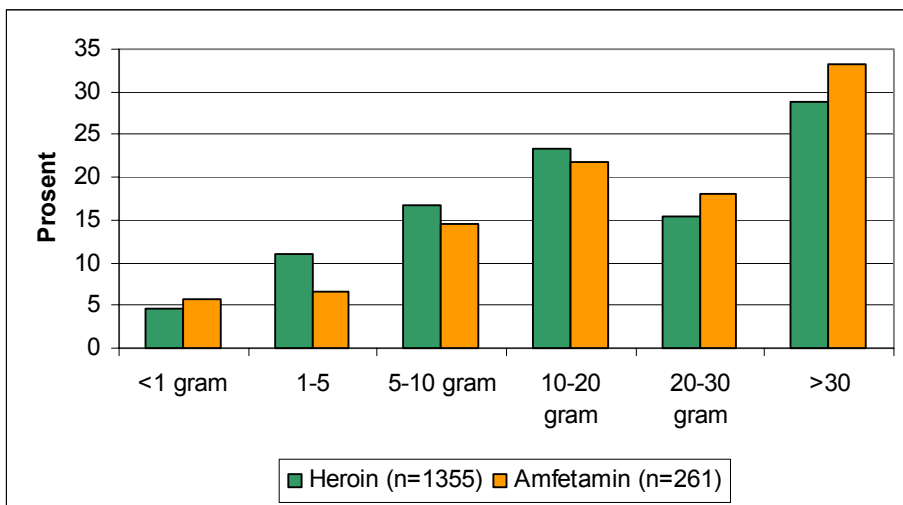
Figur 8. Gjennomsnittlig forbruk i gram per måned av heroin og amfetamin, 1993-2004.



Det er færre observasjoner i de enkelte år for amfetamin enn for heroin, noe som kan forklare hvorfor det gjennomsnittlige forbruk av dette stoffet varierer mer fra et år til et annet enn det heroinforbruket gjør. Det gjennomsnittlige forbruket av heroin har mer enn doblet seg i perioden, fra litt over 8 gram til rundt 20 gram, mens det gjennomsnittlige amfetaminforbruket har økt med 3 gram fra 1993 til 2004, dvs. fra ca 17 gram til 20 gram i måneden.

Ser vi på forbruket blant de som er intervjuet etter 1997, finner vi at drøyt 15 prosent av heroinmisbrukerne oppgir å bruke 5 gram heroin eller mindre i måneden, se figur 9. Nesten 30 prosent oppgir et forbruk over 30 gram i måneden, noe som altså tilsvarer mer enn et gram heroin i gjennomsnitt per dag. Blant amfetaminmisbrukerne er det en enda høyere andel som rapporterer om et slikt gjennomsnittsforkbruk (33 prosent). Den gjennomsnittlige stoffmengden av amfetamin per skudd er imidlertid noe høyere enn hva som er gjennomsnittet for heroin, slik at et gram amfetamin i prinsippet tilsvarer færre rusdoser enn et gram heroin.

Figur 9. Prosentvis fordeling av heroin- og amfetaminforbruket i gram per måned, 1998-2004.



Kvinnens samlede månedsforbruk av heroin overstiger menns rapporterte forbruk. Kvinnelige heroinmisbrukere rapporterer et gjennomsnittlig forbruk på 20,3 gram mot 17,2 gram blant mennene. Funnet er overraskende sett på bakgrunn av at kvinnelige problemdrikkere alltid rapporterer et lavere alkoholforbruk enn mannlige (York og Welte 1994). Lavere alkoholforbruk forklares med blant annet lavere kroppsvekt og derav mindre toleranse for alkohol, og man kunne tenke seg at det tilsvarende ville gjelde for heroin. Kvinnens lavere kroppsvekt kan trolig bli oppveid av toleranseutviklingen når det gjelder heroin. Dersom kvinner av ulike grunner øker forbruket over litt tid, vil kroppen kunne tilvennes et forbruk som er stort, sett i forhold til egen kroppsvekt. Men selv om det fysisk sett er mulig, hvorfor skulle kvinner ha et høyere forbruk enn menn?

Mulige forklaringer kan deles i minst tre kategorier. For det første kan årsakene være av psykologisk art ved at kvinner eksempelvis føler de har mer å "medisinere bort". Andre studier har vist at kvinnelige misbrukere rapporterer mer problemer i forhold til partner, egne barn, foreldre, seksuelt misbruk (Lauritzen et al. 1997, Melberg et al. 2003; Anglin et al. 1987). Alternativt kan det være fysiske grunner til at kvinner bruker mer dersom kvinner trenger mer heroin for å oppnå samme rus. Denne hypotesen får en viss støtte i medisinsk litteratur og kvinnelige heroinister får i gjennomsnitt også større doser Metadon enn menn for å bli stabile. En tredje mulighet, som viser seg å få støtte i dataene her, er at kvinnelige misbrukere i gjennomsnitt har høyere inntekt enn mannlige og derved kan finansiere et større forbruk. Vi kommer tilbake til kjønnsforskjeller i inntektsgenerering i kapittel 6. Alle tre forklaringene kan imidlertid bidra samtidig, og dataene som foreligger er ikke omfattende nok til å framheve enkelte forklaringer framfor andre.

Ved siden av kjønn, er det også en annen dimensjon som er interessant å undersøke når det gjelder heroinforbruk. Vi vet at mange av heroinmisbrukerne oppgir at de selger stoff (mest heroin) for helt eller delvis å finansiere eget misbruk, mens andre bare bruker stoffet og finansierer forbruket på andre måter (heretter kalt "selgere" og "ikke-selgere"). Da selgerne vil ha bedre tilgang på heroin, både fysisk og økonomisk, er det å forvente at disse også vil ha et høyere gjennomsnittsforbruk. Dataene avdekker at selgernes gjennomsnittlige forbruk er over 30 prosent høyere enn ikke-selgernes (22,2 gram versus 14,9 gram i måneden). Når vi i kapittel 7 foretar estimeringer der vi ser på hvordan endringer i eksempelvis priser og inntekt påvirker forbruket, er det derfor viktig å ta hensyn til forskjellene mellom selgere og ikke-selgere i analysene.

Selv om flere nå enn tidligere debuterer som sprøytemisbrukere senere i livet, er det fortsatt sterk korrelasjon mellom misbrukslengde og alder. Utviklingen av toleranse for heroin medfører at man derfor vil forvente at de eldste misbrukerne bruker mest heroin i gjennomsnitt. Dataene viser at det også er tilfelle. I gruppen 35 år og over er gjennomsnittsforbruket 2 gram høyere per måned enn blant de som er under 25 år. Sammenhengen mellom misbrukslengde og forbruk kommer klarere fram når vi sammenligner de som har vært misbrukere i 5 år eller mindre (regnet fra alder for første sprøyte til alder på intervju tidspunkt) med de som har vært misbrukere i mer enn 20 år. Den første gruppa har et gjennomsnittlig

heroinforbruk på 14,9 gram i måneden, mens de sistnevnte har et snitt på 22,5 gram.

Det kan i tillegg være verdt å merke seg at mange heroin- og amfetaminmisbrukere også injiserer andre stoffer enn "hovedrusmiddelet" sitt. Heroinmisbrukerne bruker i gjennomsnitt 5,4 gram amfetamin i måneden i tillegg til heroinen de injiserer. Amfetaminmisbrukere bruker i gjennomsnitt 5,6 gram heroin i måneden.

4.2 Bruk av andre rusmidler

De som injiserer heroin og amfetamin oppgir også et omfattende misbruk av andre rusmidler som drikkes, spises, røykes eller sniffes/"snortes". Samtidig inntak av ulike rusmidler kan øke risikoen for overdoser og andre negative konsekvenser av rusmiddelmisbruket. For å få et bilde av den totale rusmiddelbruken, ble sprøytemisbrukerne derfor bedt om å oppgi forbruket av alkohol, hasj, ulike piller, kokain, LSD og Ecstasy. De ble spurt om bruksfrekvensen siste måned samt om hvor mye de hadde brukt dagen før intervjuet (eller forrige døgn det enkelte rusmiddel ble brukt). Tabell 7 viser prosentandelen som oppgir å ha brukt de ulike rusmidlene siste måned. Prosentene summeres til over hundre da en person kan ha brukt flere typer rusmidler.

Tabell 7. Prosent av de spurte som oppgir å ha brukt ulike rusmidler siste måned, i tillegg til stoffene de injiserer, fordelt på type hovedrusmiddel.

| | Heroin | Amfetamin |
|-------------------|--------|-----------|
| Alkohol | 49 | 52 |
| Hasj | 74 | 78 |
| Piller | 77 | 47 |
| Kokain | 11 | 16 |
| LSD | 2 | 6 |
| Ecstasy | 4 | 17 |
| Antall spurte (n) | 3204 | 455 |

Vi ser at begge gruppene har en omfattende bruk av rusmidler i tillegg til de stoffene som injiseres. Henholdsvis 74 og 78 prosent av heroin- og amfetaminmisbrukerne oppgir at de har brukt hasj siste måned, og blant heroinmisbrukerne er andelen som har brukt piller på et tilsvarende høyt

nivå. Blant amfetaminmisbrukerne er det litt under halvparten som sier de har brukt piller. Det kan synes noe overraskende at alkohol, som en legal vare og det rusmiddel befolkningen i hovedsak ellers bruker, har såpass liten utbredelse. Til tross for at intervjuerne understreket at spørsmålet gjaldt enhver form for alkoholbruk, dvs. også mindre inntak som et glass øl til mat o.l., var det likevel omtrent halvparten blant begge gruppene som svarte at de ikke hadde brukt alkohol siste måned. Amfetaminmisbrukerne oppgir en mer omfattende bruk av kokain, LSD og Ecstasy enn heroinmisbrukerne.

Tabell 8 viser prosentandeler for ulike kombinasjoner av to eller flere rusmidler i tillegg til heroin eller amfetamin. Blant heroinmisbrukerne er det 58 prosent som også oppgir bruk av hasj og piller og hele 30 prosent brukte både alkohol, hasj og piller i tillegg til stoffene de injiserte siste måned. Mer enn 40 prosent av amfetaminmisbrukerne har brukt alkohol og hasj ved siden av amfetaminet, og vi ser igjen at de også har en litt større tendens til å ha brukt kokain, LSD og Ecstasy. Få sprøytemisbrukere oppgir å ha brukt alle de nevnte rusmidlene i tillegg, og forskjellen mellom heroin- og amfetaminmisbrukernes andeler er ikke signifikant.

Tabell 8. Prosent av de spurte som oppgir ulike kombinasjoner av rusmidler de har brukt siste måned, i tillegg til stoffene som injiseres, fordelt på type hovedrusmiddel.

| Tilleggsrusmidler | Heroin | Amfetamin |
|--|--------|-----------|
| Alkohol+hasj | 38 | 43 |
| Alkohol+piller | 38 | 26 |
| Hasj+piller | 58 | 40 |
| Alkohol+hasj+piller | 30 | 24 |
| Alkohol+hasj+piller+kokain | 3,9 | 4,8 |
| Alkohol+hasj+piller+LSD | 1,2 | 1,5 |
| Alkohol+hasj+piller+Ecstasy | 1,8 | 5,3 |
| Alkohol+hasj+piller+kokain +LSD+Ecstasy | 0,2 | 0,7 |
| Antall spurte (n) | 3204 | 455 |

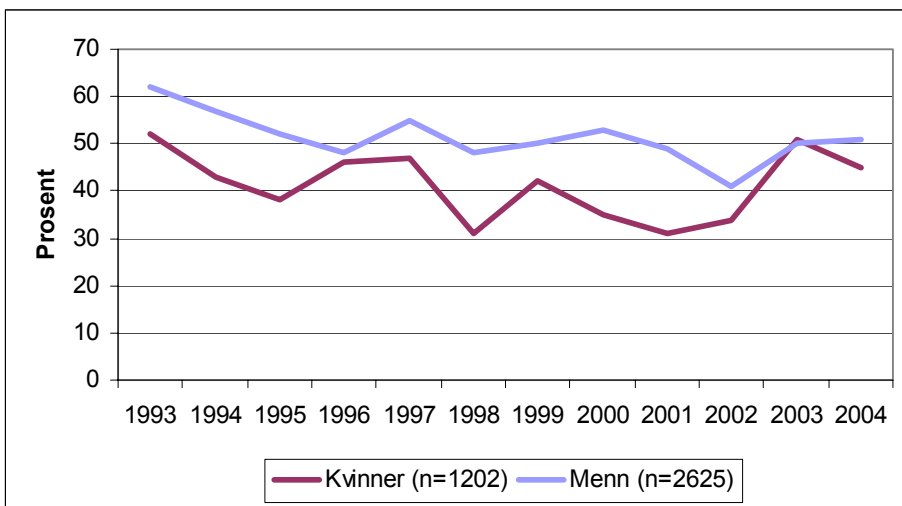
Vi vil nå se litt på hvert av rusmidlene for seg og starter med alkohol.

4.2.1 Alkoholbruk

Som tabell 7 viste, brukes alkohol av om lag 50 prosent av både heroin- og amfetaminmisbrukerne. Alkohol synes imidlertid å være et rusmiddel som er mer brukt blant mannlige enn blant kvinnelige sprøytemisbrukere. Blant kvinnene var det 42 prosent som oppga å ha drukket alkohol sist måned mens den tilsvarende andelen blant menn var 52 prosent. Andelene for kvinner og menn var omtrent like store blant heroin- og amfetaminmisbrukere, og innenfor de ulike aldersgruppene.

Figur 10 viser utviklingen i andelen kvinner og menn som bruker alkohol over undersøkelsesperioden. Figuren viser at det er en tendens til at andelen alkoholbrukere har gått ned i løpet av de årene undersøkelsen har pågått, og det har vært en nedgang fra 53 prosent i perioden 1993-1995 til 46 prosent i perioden 2000-2004. Nedgangen er bare statistisk signifikant for menn, men antall kvinner som oppgir alkoholbruk er relativt lavt slik at det er vanskeligere å oppnå signifikante resultater.

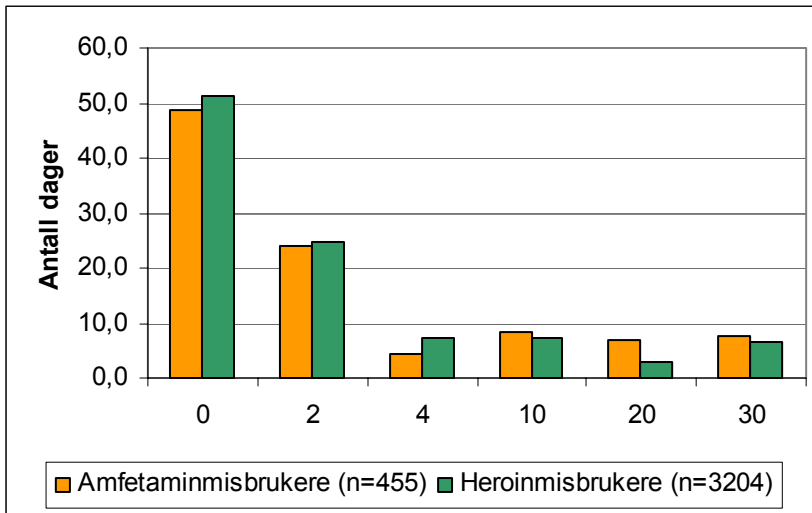
Figur 10. Prosentvis andel blant kvinner og menn som oppgir å ha brukt alkohol i måneden forut for intervjuet.



Mens halvparten av de spurte altså ikke har drukket alkohol sist måned, viser figur 11 at blant de som bruker alkohol, oppgir de fleste at de drikker

sjeldnere enn en gang per uke. Vel 6 prosent av heroinmisbrukerne og 7 prosent av amfetaminmisbrukerne oppgir daglig inntak av alkohol.

Figur 11. Antall dager med bruk av alkohol i måneden forut for intervjuet blant heroin- og amfetaminmisbrukere.



Det gjennomsnittlige antall dager med alkohol i måneden er 4,2 dager blant alle sprøytemisbrukerne. Mannlige sprøytemisbrukere drikker i gjennomsnitt to dager flere per måned enn kvinnelige (4,7 dager versus 3,0 dager). Andelen med daglig drikking er høyere blant de over 35 år enn blant de under 25 år (8,2 prosent versus 3,8 prosent). Amfetaminmisbrukerne rapporterer signifikant flere dager med alkohol enn heroinmisbrukerne (5,2 dager versus 4,0 dager). Alkohol kan tas i tillegg til rusmidlene som injiseres eller brukes de dagene man ikke injiserer. Begge forholdene kan forklare at amfetaminmisbrukerne har et høyere antall dager med alkohol, da alkohol som rusmiddel nok "passer" mer sammen med amfetamin enn heroin og amfetaminmisbrukerne i gjennomsnitt injiserer færre dager enn heroinmisbrukerne.

Det gjennomsnittlige antall drikkedager var høyere i tidsrommet 1993-1995 (5,2 dager i snitt) enn i de påfølgende tidsperioder (1996-1999: 4,0 dager, 2000-2004: 3,1 dager). Samlet sett ser vi altså en reduksjon i antall drikkedager og i andelen som drikker alkohol over undersøkelsesperioden. I samme tidsrom har forbruket av heroin og amfetamin gått betydelig opp, slik vi så i avsnitt 4.1. Alkohol ser med andre ord ut til å i noen grad ha

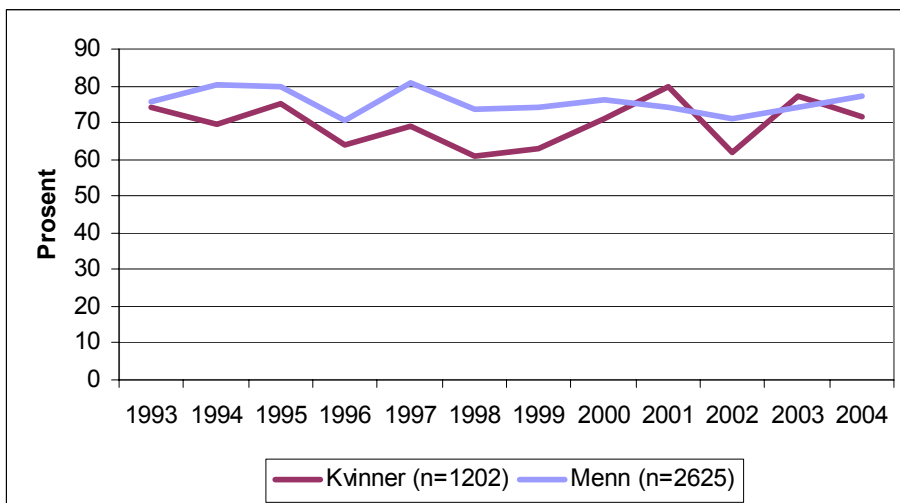
blitt byttet ut til fordel for en økning i forbruket av injiserbare, illegale stoffer.

4.2.2 Hasjbruk

Det er kjent at sprøytenarkomane ikke bare bruker ett stoff, men har et omfattende og samtidig misbruk av mange typer stoffer de ruser seg på. Cannabis kan røykes, inhaleres og spises. Cannabisplanten har en hovedstengel og mange grener med smale, takkete blad. I USA brukes i hovedsak marihuana, som er tørkede planteprodukter. I Norge brukes mest hasj, som er plantedeler som er presset til klumper og plater. Cannabis kan også omsettes som olje. Det antatte virkestoffet i planten kalles THC (tetra-hydro-cannabinol).

Som tabell 7 viste, er andelen hasjbrukere høy både blant heroin- og amfetaminmisbrukere. Tre av fire sprøytemisbrukere bruker også hasj. Blant sprøytemisbrukerne er det en signifikant større andel blant menn enn blant kvinner som oppgir å ha brukt hasj i måneden forut for intervjuet (76 prosent versus 70 prosent). Ser vi i forhold til hovedrusmiddelet som injiseres, viser det seg imidlertid at det bare er blant heroinmisbrukerne vi finner disse kjønnsforskjellene. Vi finner ingen forskjeller mellom ulike aldersgrupper i andelene som oppgir hasjbruk sist måned.

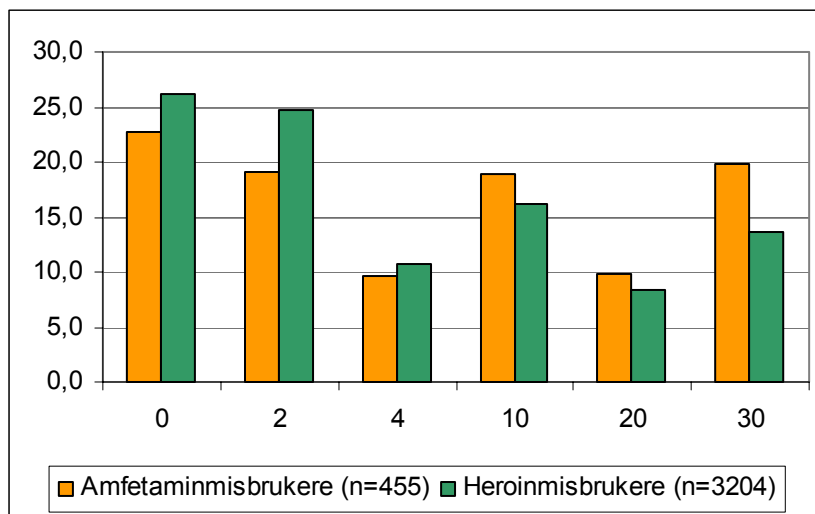
Figur 12. Prosentvise andeler blant kvinner og menn som oppgir å ha brukt hasj i måneden forut for intervjuet.



Figur 12 viser at det i løpet av undersøkelsesperioden heller ikke har vært særlig endring i andelene som oppgir hasjbruk.

Figur 13 viser fordelingen av antall bruksdager med hasj. En stor andel av sprøytemisbrukerne, både de som misbruker heroin og amfetamin, har brukt hasj relativt få dager siste måned (hhv. 25 og 19 prosent oppgir 2 bruksdager). En av sju heroinmisbrukere og en av fem amfetaminmisbrukere oppgir imidlertid daglig bruk av stoffet. Totalt sett oppgir de intervjuede å bruke hasj 8,7 dager i gjennomsnitt, hvorav gjennomsnittet for amfetaminmisbrukerne er 10,6 bruksdager og for heroinmisbrukerne 8,3 dager per måned. Hasjbruken blant de som hovedsakelig injiserer amfetamin synes dermed å være mer omfattende enn blant heroinmisbrukerne siden også andelen brukere er høyere (78 prosent versus 74 prosent). Avsnitt 4.2.1 viste at også alkoholbruken var større blant amfetaminmisbrukerne.

Figur 13. Antall dager med bruk av hasj i måneden forut for intervjuet blant heroin- og amfetaminmisbrukere, i prosent.



Mannlige sprøytemisbrukere som også røyker hasj har et høyere gjennomsnittlig antall dager med hasjbruk per måned enn kvinnelige (9,5 dager for menn versus 6,8 dager for kvinner). Det er blant heroinmisbrukerne vi finner kjønnsforskjellene da kvinnelige og mannlige amfetaminmisbrukere i snitt oppgir omtrent like mange dager med hasj. I motsetning til hva vi fant for alkohol, er antall bruksdager høyere blant de yngste (under 25 år) sammenlignet med de eldste (over 35 år). Forskjellen er på nesten 3 dager (10,7 dager versus 7,9 dager).

I løpet av undersøkelsesperioden har det gjennomsnittlige antall dager med hasj steget 9,2 dager i 1993-1995 til 9,6 dager i 2000-2004, mens i den mellomliggende perioden, 1996-1999, oppga de intervjuede et gjennomsnittlig antall bruksdager på 7,4.

4.2.3 Tablettbruk

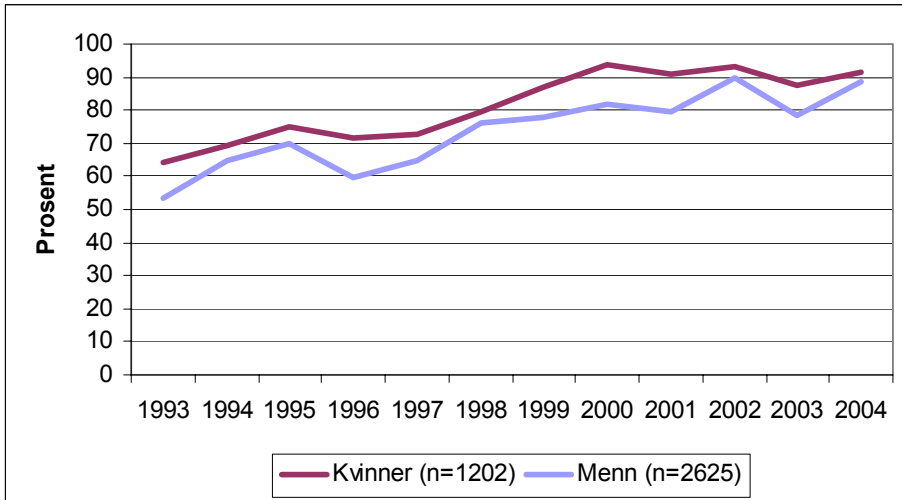
Tabletter misbrukes i stort omfang ved at misbrukerne inntar piller som ikke er foreskrevet til dem, eller tar større doser enn det legen har foreskrevet, slik at de får en rusvirkning. Det foregår illegal omsetning av piller som i utgangspunktet var legalt foreskrevet og det importeres ulovlig betydelige mengder tabletter fra utlandet. Politi og toll beslaglegger årlig store kvanta, og både antall beslag og mengde beslaglagte tabletter har

vært sterkt økende (se appendiks A3). Tabell 7 viste at mer enn tre av fire heroinmisbrukere og nesten halvparten av amfetaminmisbrukerne oppga å ha brukt piller i måneden forut for intervjuet.

Sprøytemisbrukernes pillebruk har vært gjenstand for spesiell oppmerksomhet etter at det årlige antall narkotikadødsfall begynte å stige på 1990-tallet. En mulig årsak til økningen kan være at særlig kombinasjonen av heroin og Rohypnol ble populær. Rohypnol, som egentlig er et innsovningsmedikament, spises eller injiseres sammen med heroin. Flunipam er en tablett med tilsvarende virkestoffer, men produsert av et annet legemiddelfirma. I følge misbrukerne forsterker og forlenger disse tablettene virkningen av heroinet. Kombinasjonen kan ha fatale konsekvenser, blant annet som følge av at stoffene har ulik nedbrytningstid i kroppen. Rohypnol og Flunipam brytes saktere ned enn heroin. Dersom misbrukeren ikke tar tilstrekkelig hensyn til dette, kan et stadig inntak av både piller og heroin gi en opphopning av virkestoffene til Rohypnol/Flunipam i kroppen. Overdose kan for enkelte bli resultatet. Vival/Valium/Stesolid er beroligende medikamenter mens Paralgin Forte er smertestillende. Temgesic og Dolcontin inneholder større mengder morfin eller lignende stoffer enn Paralgin Forte. Ved inntak betydelig over anbefalt døgndose gir alle disse medikamentene en ruseffekt.

Flere kvinner enn menn oppgir pillebruk, men forskjellen mellom kjønnene er kanskje ikke så stor som forventet (77 prosent versus 71 prosent, se figur 14). Forskjellene gjelder heroinmisbrukere, mens vi ikke finner forskjell i kvinnelige og mannlige amfetaminmisbrukeres pillebruk.

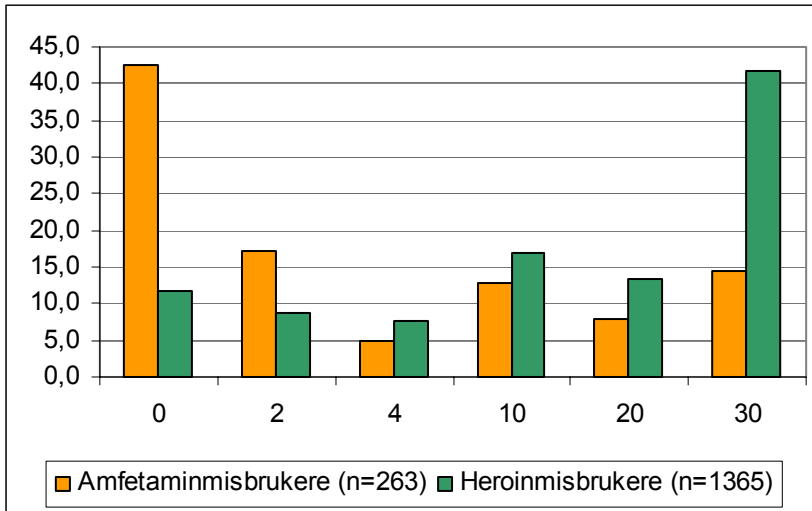
Figur 14. Prosentvise andeler blant kvinner og menn som oppgir å ha brukt piller i måneden forut for intervjuet.



Figur 14 viser andelene blant kvinnelige og mannlige sprøytemisbrukere som oppgir bruk av tabletter. I hele perioden ligger andelen for kvinner over andelen for menn. Det er en høyere andel blant de yngste (under 25 år) som oppgir pillebruk sammenlignet med de over 35 år (75 prosent versus 69 prosent). Andelen pillebrukere har økt betydelig over tid. I perioden 1993-1995 oppga 65 prosent at de hadde brukt piller, mens det tilsvarende tallet for perioden 2000-2004 var 86 prosent.

Først fra 1998 ble det også spurt om hvor mange dager vedkommende hadde brukt piller den siste måneden. Figur 15 viser at blant heroinmisbrukerne oppgir over 40 prosent at de konsumerer piller daglig. Denne prosentandelen er tre ganger så høy som blant amfetaminmisbrukerne (42 prosent versus 14 prosent). Det er tydelig at misbrukerne av amfetamin har et mer lavfrekvent bruk av piller, da nesten 65 prosent oppgir 4 eller færre bruksdager med piller i måneden forut for intervjuet.

Figur 15. Antall dager med bruk av piller i måneden forut for intervjuet blant heroin- og amfetaminmisbrukere, i prosent.



Det gjennomsnittlige antall dager for hele gruppen av sprøytemisbrukere er 15,7 dager. Dataene viser at kvinnelige sprøytemisbrukere i gjennomsnitt bruker piller fem dager mer per måned enn mannlige (19,3 dager versus 14,3 dager). Kjønnforskjellene forsterkes ved at også andelen pillebrukere er høyere blant kvinner. Gjennomsnittlig antall bruksdager for heroinmisbrukerne er 17,3 dager mot amfetaminmisbrukernes 7,8 dager. Sprøytemisbrukere under 25 år bruker i snitt piller flere dager per måned enn misbrukere over 35 år (18,1 dager versus 13,6 dager). Sammenligner vi årene 1998-1999 med perioden 2000-2004 finner vi at det gjennomsnittlige antall dager med pillebruk har økt fra 13,4 dager til 17,1 dager. Når også andelen pillebrukere har økt i perioden, indikerer dette at misbruket av medikamenter har hatt en negativ utvikling blant de sprøytenarkomane. Pillemisbruk øker risikoen for ytterligere helseproblemer og abstinensplagene er betydelige.

Ved siden av spørsmålet om antall bruksdager, spurte vi de som oppga pillebruk, om hvilke typer tablett og hvor mange de hadde tatt dagen før intervjuet (eller forrige dag de brukte piller). Dette for å gi et bilde av misbruksomfanget av tablett på en enkel, tilfeldig dag. Over en noe lengre tidsperiode vil mange ha misbrukt flere typer tablett ("de spiser de tablettene de kommer over"), men vi har kun spurt spesifikt om en angitt dag. Vi fant at om lag 70 prosent av pillebrukerne oppga at de hadde brukt kun en type tablett dagen før intervjuet, mens en av fire oppga to typer

tabletter og 4 prosent oppga tre eller flere pilletyper. Tabell 9 viser hvilke tabletter de intervjuede oppga å ha brukt siste dag de enten spiste tablettene eller injiserte dem.

Tabell 9. Tabletttype, prosent brukere samt gjennomsnittsfbruk siste bruksdøgn brukt blant sprøytemisbrukere som oppga pillebruk. Antall intervjuer i parentes.

| Tabletttype | Prosent brukere | Gjennomsnittsansall pr. dag ¹ |
|----------------|-----------------|--|
| Rohypnol | 82 (2278) | 5,6 (2181) |
| Flunipam | 6 (170) | 6,0 (156) |
| Mogadon | 1 (28) | 4,4 (22) |
| Valium | 23 (637) | 7,5 (581) |
| Stesolid | 7 (183) | 7,4 (182) |
| Sobril | 2 (51) | 5,5 (48) |
| Vival | 2 (65) | 7,0 (58) |
| Temgesic | 1 (27) | 4,2 (24) |
| Dolcontin | 2 (65) | 2,5 (62) |
| Paralgin Forte | 2 (78) | 6,0 (70) |
| Annet | 4 (107) | 7,7 (99) |
| Totalt | n=2786 | N=2697 |

- 1) Antall intervjuede som oppgir bruk av de ulike tablettene er forskjellig fra antallet som oppgir mengde brukt. Dette skyldes at en del kun oppga hvilke tabletter de hadde brukt uten at de oppga det nøyaktige antall tabletter. Gjennomsnittlig antall av de ulike tablettene er beregnet med basis i de som oppga antallet.

Tablettenes styrke og farmakologiske virkning er svært forskjellig, slik at en direkte sammenligning ved kun å se på gjennomsnittlig antall, ikke vil gi et riktig bilde av tablettenes ruspotensiale. Tabellen viser at Rohypnol er den tablett-typen som er brukt av flest intervjuede sprøytemisbrukere i Oslo. Over 80 prosent av pillemisbrukerne (2278) oppga at de hadde brukt denne tablett forrige gang de brukte piller og de hadde i gjennomsnitt brukt 5,6 stykker forrige døgn. Flunipam oppgis brukt av 6 prosent og gjennomsnittsfbruken i dette underutvalget tilsvarer det for Rohypnol. De beroligende medikamentene Valium og Stesolid kommer

også høyt opp på listen over medikamenter som brukes hyppig. Som for Vival, oppgir misbrukerne et høyt gjennomsnittlig dagsforbruk av disse tablettene (et gjennomsnitt på vel 7 tabletter). Rundt 2 prosent av pillemisbrukerne oppgir bruk av de smertestillende medikamentene Dolcontin, Temgesic og den noe svakere, Paralgin Forte. Tallene kan tyde på at legal foreskriving eller illegal bruk av slike medikamenter ikke har et særlig stort omfang blant sprøytemisbrukerne.

Som nevnt har antall narkotikadødsfall økt betydelig i løpet av undersøkelsesperioden og en av forklaringshypotesene har vært at flere misbrukere kombinerer bruken av heroin og Rohypnol/Flunipam. 69 prosent av alle heroinmisbrukere oppgir å ha brukt disse tablettene sist døgn de brukte tabletter (60 prosent av alle intervjuede). I perioden 1993-1995 oppgir 55 prosent av heroinmisbrukerne nylig å ha brukt Rohypnol/Flunipam, mens den tilsvarende andelen for årene 2000-2004 er 84 prosent.

For å undersøke denne bruken nærmere ble intervjueskjemaet endret i en periode fra 1994 til og med 1998 ved at det ble lagt inn flere spørsmål om sprøyteatferd og samtidig injisering av piller og heroin. Drøyt 2000 spørreskjema inneholder slike spørsmål. Vi fant at 47 prosent av de spurte (974) svarte at de aldri blandet piller og heroin, men 36 prosent sa at de blandet oftere enn hver tiende injeksjon. Fem prosent av de spurte oppga at de alltid brukte piller og heroin i samme injeksjon. Det var ingen forskjell mellom kvinner og menn, men det var flere blant de yngre (under 25 år) enn blant de over 35 år (57 prosent versus 45 prosent). Sprøytemisbrukere med denne praksisen rapporterte at de i gjennomsnitt brukte to tabletter i hver injeksjon.

Fordi det i perioder har vært fokus på den økte helserisikoen ved slik sprøyteatferd, kan enkelte ha unnlatt å rapportere om en atferd de vet er spesielt risikofylt og uønsket fra helsemyndighetenes side. Problemet med falske negative kan derfor være noe større her enn for enkelte andre spørsmål i undersøkelsen, dvs. de oppgitte tallene kan være noe lavere enn det som faktisk er tilfelle. Tallene indikerer uansett at det fortsatt kan være mange sprøytemisbrukere som har en spesielt risikofylt atferd. Den høye og økende bruken av Rohypnol/Flunipam blant heroinmisbrukerne kombinert med at nesten halvparten hadde injisert tablettene sammen med heroin, kan trolig ha bidratt til økningen i antall narkotikadødsfall i perioden.

Mange av de spurte har gitt uttrykk for at Rohypnol til tider er vanskelig tilgjengelig, noe som kan bety at enda flere ville ha brukt kombinasjonen dersom de hadde fått tak i pillene. Heroin på den annen side, var det etter sigende ingen problemer med å få kjøpt. Som en misbruker uttrykte det; "det er lettere å få kjøpt heroin enn melk". Også politiet bekrefter den store tilgjengeligheten av heroin i undersøkelsesperioden.

4.2.4 Kokain, LSD og Ecstasy

Kokain, LSD og Ecstasy er rusmidler som farmakologisk ikke har så mye til felles, men som i denne sammenheng samles i et avsnitt. Dette blant annet fordi disse rusmidlene tradisjonelt ikke har hatt så stor utbredelse blant sprøytemisbrukere i Norge.

Kokain er, som amfetamin, et såkalt sentralstimulerende stoff med en hurtig og relativt kortvarig virkning. Stoffet utvinnes fra bladene på kokabusken, og omsettes vanligvis i pulverform. Kokain kan inntas med sprøyte, "snortes" (suges opp i nesen gjennom et rør) eller røykes. Få mennesker i Norge oppsøker behandlingsapparatet som følge av problemer kun med kokain, og det har vært antatt at stoffet hovedsaklig brukes blant ressurssterke personer i kunstmiljøer og academia. Andre europeiske land, blant annet Nederland, rapporterer om en ikke ubetydelig bruk av stoffet også blant sprøytenarkomane og at kokain da injiseres sammen med heroin i såkalte "snowballs". Enkelte vi har intervjuet har også fortalt om en slik praksis, men det virker ikke som om bruken av "snowballs" er et utbredt fenomen i Norge.

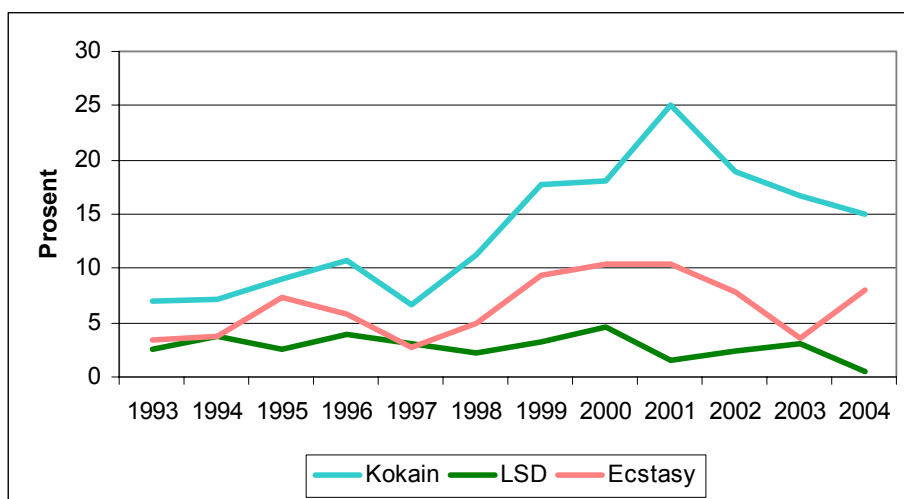
LSD (Lyserg-Syre-Dietylamid) og Ecstasy, eller rettere sagt MDMA (Metylen-Dioksy-Met-Amfetamin), er begge syntetisk stoff. LSD omsettes som pulver, løses opp i vann og tas så gjennom munnen. Det er et såkalt hallusinogent stoff som kan gi falske og forvrengte sanseinntrykk. Mange misbrukere selv omtaler stoffet som "for farlig" på grunn av de uforutsigbare virkningene som i noen tilfeller kan vare lenge og ha problematiske ettervirkninger. LSD har derfor i lange perioder hatt liten utbredelse blant sprøytemisbrukere i Norge.

Ecstasy omsettes i form av tabletter. Stoffet kom til Norge rundt 1990 og var knyttet til house-kulturen. Ecstasy beskrives av og til som en krysning mellom amfetamin og LSD, men er både kjemisk og i virkninger nærmest

amfetamin. Stoffet gir en følelse av økt energi og våkenhet og brukes i stor grad som såkalt party-dop. Enkelte "gamle" narkomane vi har snakket med, forklarer hvorfor de selv ikke bruker Ecstasy med at dette er et stoff for de "unge" – og ikke et stoff for dem som "ikke orker å stresse rundt men bare ønsker å gi kroppen sin nok stoff til å bli frisk". Som tabell 7 viste, er det likevel ikke en ubetydelig andel sprøytenarkomane som oppgir bruk av både kokain og ecstasy i måneden forut for intervjuet.

Figur 16 viser at spesielt bruken av kokain har økt betydelig i løpet av undersøkelsesperioden. Fra et nivå på rundt 7 prosent i 1993 steg andelen som nylig hadde brukt kokain, til nesten 25 prosent i 2001 før det sank mot 15 prosent i 2004. Økningen i andelen kokainbrukere stemmer relativt godt overens med tidspunkt for økningen i kokainbeslag gjort av politi- og tollvesenet (se appendiks A3).

Figur 16. Prosentvis andel av de intervjuede som oppgir å ha brukt henholdsvis kokain, Ecstasy og LSD siste 4 uker, 1993-2004.



Det er en like stor andel blant kvinner og menn som oppgir kokainbruk. Andelen blant de under 25 år er fire prosentpoeng høyere enn blant de over 35 år, dvs. 15 prosent versus 11 prosent. Som forventet, siden virkningen av kokain og amfetamin kan sammenlignes, var det flere blant amfetaminmisbrukerne enn blant heroinmisbrukerne som oppga kokainbruk, men forskjellen var bare på 5 prosentpoeng (16 prosent

versus 11 prosent). Dette understreker igjen det store omfanget av blandingsmisbruk blant sprøytemisbrukere.

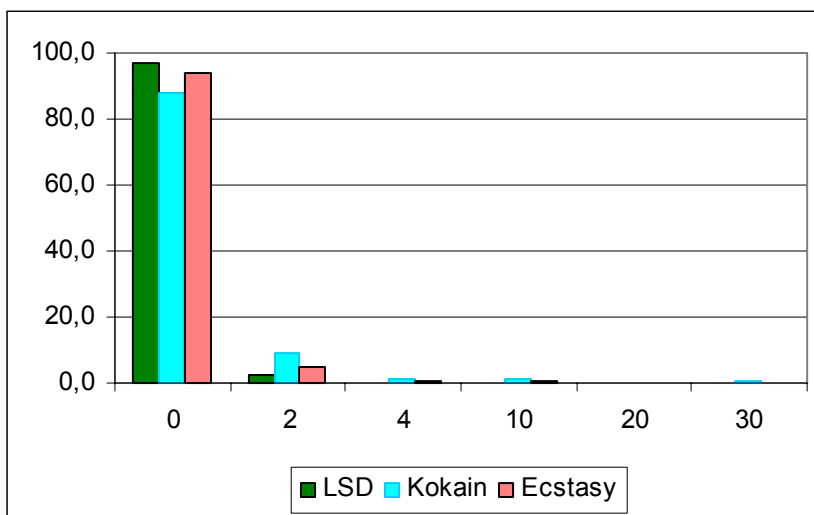
Ecstasybruken har også økt i løpet av undersøkelsesperioden, men ikke så mye som bruken av kokain. I gjennomsnitt oppga 5 prosent i årene 1993-1995 at de hadde brukt ecstasy sist måned, mens det tilsvarende tallet for de som ble intervjuet i perioden 2000-2004 var 8 prosent. 1999-2001 var de årene da flest intervjuede hadde brukt stoffet. Det er en større andel menn enn kvinner som rapporterer om bruk av Ecstasy, henholdsvis 7 prosent og 5 prosent, og dataene bekrefter at stoffet er mer utbredt blant de under 25 år enn de som er noe eldre (9 prosent blant disse har brukt ecstasy versus 4 prosent blant de over 35 år). Som vist tidligere i tabell 7, går den største forskjellen likevel mellom heroin- og amfetaminmisbrukere ved at det skiller 13 prosentpoeng i andelen som oppgir bruk av stoffet (4 prosent versus 17 prosent).

Gjennom hele undersøkelsesperioden har det vært en relativt lav andel som har oppgitt bruk av LSD, ved at den hele tiden har ligget under 5 prosent. Forskjellene mellom kjønnene er statistisk signifikant, men ikke særlig stor tallmessig da 2,0 prosent av kvinnene oppgir LSD-bruk mot 3,4 prosent blant mennene. Det er større forskjeller mellom ulike aldersgrupper. Blant de over 35 år er det kun 1,8 prosent som oppgir relativt nylig bruk av stoffet, noe som for så vidt understøtter at erfarne misbrukere ikke ser på LSD som et særlig aktuelt rusmiddel. Blant intervjuede under 25 år finner vi at 6,7 prosent oppgir LSD-bruk i ukene før intervjuet. Den høyere andelen kan muligens skyldes at mange av disse også har brukt Ecstasy i perioden, og at disse har tenkt at Ecstasy nok inneholder LSD, slik at de av den grunn rapporterer bruk av dette stoffet også uten at de har tatt LSD separat. Den høyere andelen kan imidlertid også reflektere at det faktisk er en større bruk av dette stoffet blant de yngste sprøytemisbrukerne. Andelen som oppgir bruk av LSD er noe lavere blant heroinmisbrukerne enn blant amfetaminmisbrukerne (2,3 prosent versus 6,2 prosent).

Et felles trekk for alle disse tre stoffene er at det er svært få sprøytemisbrukere som har en høyfrekvent bruk. De aller fleste som oppgir nylig bruk av stoffene, har bare brukt dem et par ganger i løpet av de siste fire ukene. Figur 17 viser den prosentvise fordelingen for ulike antall bruksdager i måneden forut for intervjuet. Kokain er det stoffet som har den mest høyfrekvente bruken av disse tre, ved at ca 350 misbrukere (rundt 9 prosent) oppga at de brukte stoffet daglig eller nesten daglig, men

likevel er det bare 3 prosent av sprøytemisbrukerne som oppgir at de bruker stoffet 1 gang per uke eller oftere. Det var ingen av Ecstasy- eller LSD-brukerne som oppga daglig eller nesten daglig bruk, og kun 1 og 0,4 prosent av sprøytemisbrukerne rapporterer at de bruker henholdsvis Ecstasy og LSD på ukentlig basis eller oftere.

Figur 17. Antall dager med bruk av kokain, Ecstasy og LSD i måneden forut for intervjuet, i prosent.



Vi finner ingen forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder frekvensen i bruk av kokain, ecstasy eller LSD, og heller ikke mellom yngre og eldre sprøytemisbrukere. For Ecstasy og LSD har ikke antall bruksdager per måned endret seg i løpet av undersøkelsesperioden. Derimot har det gjennomsnittlige antall bruksdager med kokain for hele gruppen av sprøytemisbrukere steget fra 0,3 dager i perioden 1993-1995 til 1,0 dager i 2000-2004. Med andre ord, i tillegg til at andelen kokainbrukere har økt vesentlig utover i undersøkelsesperioden (fra 8 til 19 prosent i snitt), har også antall bruksdager økt.

Det er flere indikatorer på at kokainbruken har økt i Norge, også blant andre enn de sprøytenarkomane. Ved siden av økte beslag, ser vi at andelen som bekrefter kokainbruk i SIRUS sin ungdomsundersøkelse (omfatter aldersgruppen 15-20 år) har økt i samme tidsrom, selv om andelene fremdeles er relativt lave (Appendiks A3). Som forventet finner vi høyere andeler i de to undersøkelsene SIRUS har gjennomført blant 21-

30 åringer i Oslo. I 1998 svarte rundt 7 prosent i Oslo-utvalget at de noen gang hadde brukt kokain, mens den tilsvarende andelen steg til vel 10 prosent i 2002 (Bretteville-Jensen og Skretting 2005).

4.3 Heroinrøyking

Inntaksmåten av heroin har vært gjenstand for en del oppmerksomhet. Dette henger først og fremst sammen med den økte risikoen for helseskader ved dårlig sprøytehygiene og injiseringsteknikk, samt faren for infeksjonssykdommer som HIV og hepatitt C, hvis misbrukerne deler sprøyter. Også faren for overdoser er vesentlig større ved injeksjon av stoffet enn ved andre inntaksmåter. Mye av helsefaren ved heroinbruk er med andre ord relatert til at stoffet injiseres. Fra et helseperspektiv kan derfor en overgang fra injisering til røyking/sniffing av heroin ses på som en forbedring.

Man kjenner til at enkelte grupper av etniske minoriteter i Vesten i stor grad har beholdt tradisjonen med å røyke opiatet heller enn å injisere dem. Etter tiår med innvandring har man ellers i Europa erfart at også ikke-innbyggere kan foretrekke å røyke stoffet. I Nederland har man lenge rapportert om økning i opiatrøyking (Grapendaal 1992), det samme gjelder England (Griffiths et al 1994) og også fra land som Danmark rapporterer myndighetene om økning i beslag av det brune heroinet (heroinbase), som er vel egnet for røyking. Gossop et al (1988) fant at blant misbrukergruppen de undersøkte foretrakk 54 prosent å injisere heroin, mens 44 prosent foretrakk å røyke stoffet. Den mest vanlige måten å ”røyke” heroin på er den såkalte ”chasing the dragon (jage dragen)” – metoden. Heroinet varmes da opp i sølvfolie eller lignende over åpen flamme og osen som stiger opp inhaleres, gjerne gjennom en trakt av papir eller gjennom et rør til nesa. Man ”jager” da osen som stiger opp som en ”drage”. Ifølge Strang et al. (1997) oppsto denne metoden i eller ved Hong Kong på 1950-tallet og spredde seg via Asia til Europa. Den ble observert i Nederland før 1980, så i England, Spania og Sveits på 1980-tallet og nådde USA og Australia på 1990-tallet.

Norge har tradisjonelt hatt en sterk kultur for sprøytebruk når det gjelder inntak av heroin, men har det også her i landet funnet sted en endring av inntaksmåtene de senere år? I perioden 1993 til 2000 spurte vi brukerne av sprøyteutdelingen om hvordan de vanligvis inntar heroinet. Siden spørsmålet ble stilt ved et utdelingssted for sprøyter, svarte, ikke uventet,

de aller fleste at de vanligvis injiserte heroinet (98,9 prosent). Kun 0,4 prosent svarte at de vanligvis sniffet heroinet, mens 0,6 prosent oppga at de oftest pleide å røyke stoffet. En promille svarte at de like ofte brukte begge de sistnevnte inntaksmåtene heller enn å injisere.

Resultatene indikerer at andre måter å bruke heroin på ikke er særlig utbredt blant misbrukerne som ble intervjuet her. Vi får imidlertid et annet inntrykk fra et av de øvrige spørsmålene om heroinrøyking. Av nesten 1400 spurte siden 1999 oppga 65 prosent at de har prøvd å røyke heroin. De 1400 inkluderte både de som i hovedsak injiserte heroin og de som i hovedsak injiserte amfetamin. To av fem oppga at de hadde røykt heroin første gang de prøvde stoffet (n=1328). Vi fant at gjennomsnittsalder for debut med heroinrøyking var høyere enn gjennomsnittsalder for første gangs bruk av heroin uavhengig av bruksmåte (23,9 år versus 20,9 år), så samlet sett ser det ut til at de fleste har brukt heroin ved injeksjon før de har røykt eller sniffet stoffet. Gjennomsnittsalder for sprøytdebut, uavhengig av stoff for injeksjon, er 19,4 år for de spurte.

For å se om andelen med erfaring fra heroinrøyking har endret seg over tid, delte vi igjen inn de intervjuede etter det tiåret de debuterte med sprøyte. Tabell 10 viser at det er en økende andel som har erfaring med heroinrøyking jo færre år det er siden de debuterte med sprøyter. Så på tross av at de som debuterte tidligst har hatt flest år å prøve heroinrøyking på, er andelen som har røykt heroin vesentlig høyere blant de som har startet siden 1990 enn blant de som startet på 1970-tallet (73 prosent versus 55 prosent). Vi ser også at det er en sterkt økende andel som har røykt eller sniffet heroin *før* de senere har injisert stoffet. Blant de som debuterte som injeksjonsmisbrukere på 1970-tallet var det kun 16 prosent som hadde røykt/sniffet heroin først. Det tilsvarende tallet for de som har debutert etter 1995 er nesten 70 prosent.

Parallelt med en økende andel som først har røykt heroin, ser vi også at gjennomsnittsalderen for heroinrøykedebut synker noe når man sammenligner sprøytdebutanter på 1970-tallet med de som debuterte i årene etter. Når man sammenholder dette med den synkende andelen som er over 30 år første gang de røyker heroin, bekrefter dette funnet at heroinrøyking kommer tidligere i misbrukerkarrieren enn den gjorde før. Tabell 4 i avsnitt 3.4 viste på den annen side at stadig flere var over 30 år første gang de satte en sprøyte, så utviklingen i debutalder når det gjelder injeksjon og røyking av heroin har gått i motsatt retning. Det er verdt å merke seg at den gjennomsnittlige debutalder for heroin, uavhengig av

inntaksmåte, har økt med nesten 10 år når man sammenligner de som debuterte med sprøyter på 1970-tallet med de som debuterte etter 1995.

Tabell 10. Heroinbruk blant de intervjuede i perioden 1999-2004 i prosent.

| | Før 1980 | 1980- 1989 | 1990- 1994 | 1995- 2004 | Totalt |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Erfaring med heroinrøyking | 55 (334) | 64 (452) | 74 (274) | 72 (319) | 65 (1389) |
| Røykt eller sniffet heroin ved første bruk | 16 (324) | 30 (434) | 55 (264) | 69 (302) | 40 (1328) |
| Gjennomsnittsalder for første heroinrøyking | 27,9 (184) | 23,8 (292) | 21,3 (202) | 23,2 (229) | 23,9 (907) |
| Over 30 år første gang man røykte heroin | 39 (184) | 19,5 (292) | 7,5 (202) | 12 (319) | 19 (907) |
| Gjennomsnittlig debutalder for heroin (uavh. av inntaksmåte) | 15,7 (334) | 17,6 (452) | 20,3 (274) | 25,0 (319) | 19,4 (1381) |

Det er ingen forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder erfaring med heroinrøyking, men som forventet er det en større andel blant de som nå hovedsakelig injiserer heroin i forhold til de som hovedsakelig injiserer amfetamin, som har prøvd heroin med denne inntaksmåten (69 prosent versus 52 prosent). Det at over halvparten av amfetaminmisbrukerne har erfaring med heroinrøyking kan tyde på et visst spredningspotensiale da heroinrøykingen for de fleste vedkommende kom etter amfetaminbruken i tid. Samlet sett er det 78 prosent blant de yngste (under 25 år) som har prøvd å røyke heroin, mens andelen er nede i 59 prosent blant de over 35 år. Alder er imidlertid korrelert med tiår for sprøyte debut, slik at mange av de eldste debuterte med sprøyter i en tid da heroinrøyking ikke var særlig utbredt i vår del av verden.

En av grunnene til at heroinrøyking er viet stor oppmerksomhet, også internasjonalt, er blant annet frykten for økt rekruttering til heroinmisbruk og at heroinrøykerne senere skal begynne å injisere stoffet. En av

hypotesene for oppstart av tungt misbruk er den såkalte "trappetrinnshypotesen" (se for eksempel Kandel 2002). Den bygger på stabile empiriske funn om at unge mennesker først begynner å bruke tobakk og alkohol før de eventuelt senere går over til stoffer som hasj og piller. Injeksjon av amfetamin og heroin rager på toppen av "trappa". Hypotesen går ut på at bruken av et stoff som hasj øker risikoen for senere bruk av andre og tyngre stoffer. Hypotesen har vært omstridt, blant annet fordi det alternativt kan hevdes at det kan være bakenforliggende årsaker som øker risikoen for både hasj- og heroinbruk, og ikke stoffbruken i seg selv. Men uavhengig av synet på en eventuell kausal sammenheng mellom stoffene, kan det synes som "trappa" de siste årene har fått et nytt "trinn", heroinrøyking, når så mange som to av tre nå oppgir at de har røykt stoffet før de injiserer det.

Hvordan utbredelsen av røyking eller sniffing av heroin er blant ikke-injiserende narkotikamisbrukere, kan vi ikke få vite noe om ut fra denne studien. Det kan eksempelvis tenkes at disse mindre risikofylte måtene å bruke heroin på er utbredt blant visse grupper av innvandrere og etniske nordmenn. Det vil i tilfelle bety at antallet heroinmisbrukere er vesentlig høyere enn anslaget for de som tar stoff med sprøyte. Beregninger tyder på at antallet injeksjonsmisbrukere doblet seg på 1990-tallet (Bretteville-Jensen og Ødegård 1999) og at det også siden har steget noe (SIRUS 2004). Det anslås i rapporten at det i 2003 fantes mellom 11.000 og 15.000 injeksjonsmisbrukere i Norge. Blant disse mener man at 12-15 prosent i hovedsak injiserer amfetamin, resten heroin. Det ukjente antallet av rene heroinrøykere kommer i tillegg til disse.

SIRUS har også andre undersøkelser som inkluderer ulike typer heroinbruk. SIRUS sin årlige spørreundersøkelse blant et representativt utvalg av ungdom i Oslo mellom 15 og 20 år viser ingen signifikant økning i andelen som har prøvd heroin fra undersøkelsen startet i 1975 og fram til nå (Bryhni 2004). Andelen har ligget stabilt rundt 1 prosent. Heller ikke de to SIRUS-undersøkelsene foretatt blant 21-30 åringer fra Oslo i 1998 og 2002, indikerer noe stort eller økende omfang av heroinmisbruket (Bretteville-Jensen og Skretting 2005). En fant imidlertid at blant dem som oppga å ha brukt heroin, var det signifikant flere som hadde røykt stoffet i 2002 enn det var i 1998. Undersøkelsene antyder at en "røyke-epidemi" ikke har nådd Oslo-ungdommen, men skjevheter i forhold til hvem som svarer på slike spørreskjema kan gjøre at en økning i heroinmisbruket likevel ikke kan utelukkes.

Tar man den høye risikoen for helseskader og overdoser ved injisering i betraktning, kan det synes overraskende at ikke flere har gått over til å røyke stoffet. På spørsmål om dette svarer sprøytemisbrukerne ofte at røyking er alt for dyrt, og hevder man behøver tre ganger så mye heroin når man røyker som ved injeksjon for å oppnå samme effekt. Man kan derfor spørre om et fortsatt prisfall på heroin (se nærmere om prisutviklingen på heroin i kapittel 5.3) vil gjøre røyking mer økonomisk tilgjengelig for etablerte brukere og samtidig øke sannsynligheten for at foreløpige ikke-brukere introduseres til heroin? Griffiths et al. (1994) fant at nesten alle som hadde startet med heroin i London de siste årene, hadde startet ved å røyke det. Blant de som hadde startet med å røyke heroin, hadde 31 prosent gått over til å injisere, mens 69 prosent fortsatt foretrakk å røyke. Blant røykerne var det også 16 prosent som tidligere hadde vært sprøytemisbrukere, slik at overgang fra en inntaksmåte til en annen gikk i begge retninger.

Blant faktorer som taler mot at det vil skje en storstilt overgang fra injisering til røyking blant etablerte misbrukere, er imidlertid påstanden om at man ved røyking ikke får det "kikket" som et raskt opptak av heroin ved injisering gir. Når stoffet sprøytes direkte i blodbanen gir dette en ekstra virkning som inhalering ikke gir, hevdes det. Den relativt lave HIV-forekomsten blant norske sprøytemisbrukere kan også ha medvirket til at færre har gått over til røyking av stoffet. I land med høy prevalens av sykdommen er dette trukket fram som en mulig faktor for den økte utbredelsen av heroinrøyking, mens sykdomsrisikoen i Norge trolig ikke har hatt en slik effekt. Det er i tillegg hevdet at vi i dette landet har en "kultur" for injisering som innebærer at "røyking er for pyser".

Det er hevdet at spredningspotensialet for heroin til nye brukere er relativt lite uansett bruksmåte, fordi stoffet i mange miljøer ses på som et "stoff for tapere". Det henvises da til de personene som tidligere befant seg på "Plata" og som nå har opphold nederst i Karl Johan og Skippergata. Det kan tenkes at disse "slitne" narkomane kan ha en viss avskrekkende effekt på folk som ellers kunne ha tenkt seg å prøve stoffet.

4.4 Bruken av Metadon og Subutex

Legemiddelasistert rehabilitering (LAR) er en relativt ny tilvekst i det norske behandlingssystemet. Behandlingen retter seg mot personer som er belastet med et årelangt heroinmisbruk og der medikamentfri behandling ikke har gitt de ønskede resultatene. Stortinget vedtok at det skulle igangsettes et treårig prøveprosjekt for denne type behandling, og i 1995 startet 50 pasienter i et program som skulle evalueres etter tre år. Tidligere hadde det kun eksistert et avgrenset vedlikeholdsprogram for personer med langkommet immunsvikt. I 1997 vedtok Stortinget at tilbudet om legemiddelasistert rehabilitering skulle bli permanent og landsdekkende. Behandlingen innebærer i korte trekk at pasientene bytter ut heroinet med legemidlene Metadon eller Subutex, samt at de skal få personlig oppfølging fra et team av hjelpearbeidere. Metadon og Subutex skal motvirke abstinensplager og hemme virkningen av heroin. Antallet pasienter har økt betydelig siden oppstarten og ved årsskiftet 2004/2005 var det ca 3000 pasienter innskrevet, mens det fortsatt var mange på venteliste. Det er også et betydelig antall som har vært innom behandlingen, men som nå ikke lenger er pasienter (totalt ca 1000 personer ved utgangen av 2004). Dette fordi de enten selv ikke ønsker å fortsette substitusjonsbehandlingen eller fordi de er blitt ekskludert fra programmet.

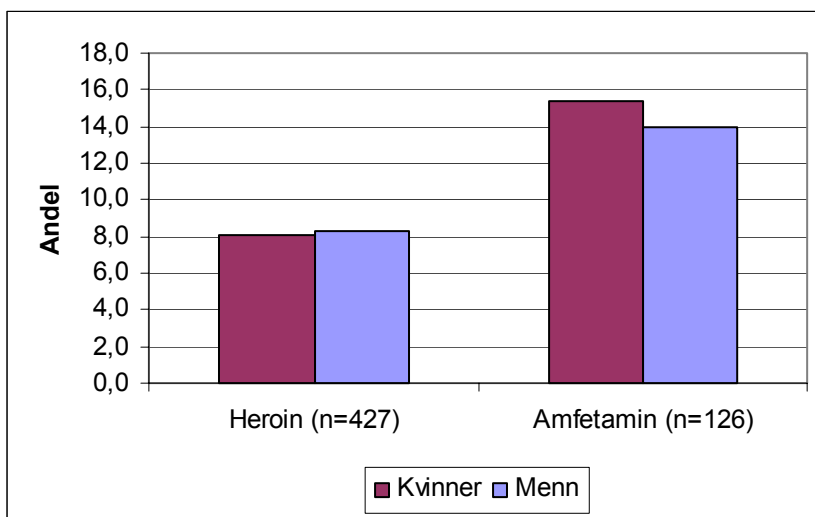
Utdelingen av Metadon og Subutex har naturlig nok fått innvirkning for brukerne av sprøyteutdelingen. Siden mange av de intervjuede har et stort og langvarig heroinmisbruk, vil mange fylle kriteriene som er satt opp for inntak i denne behandlingen. Det er derfor å forvente at flere av de vi har intervjuet tidligere, nå har sluttet med heroin. Substitusjonsbehandling har imidlertid visse problemer i forhold til ”lekkasjer” av medikamenter til det illegale markedet, samt at ikke alle som mottar programmets legemidler holder seg borte fra sprøytemisbruk.

Vi har siden 2002 stilt spørsmål om respondentenes bruk av substitusjonsmedikamenter. Vi fant dette etter hvert nødvendig fordi flere vi snakket med opplyste at de ”brukte relativt lite stoff nå fordi de bare hadde en liten sprekk og ellers gikk på Metadon” eller fordi de opplyste at de ”hadde brukt heroin i årevis men nå brukte amfetamin på grunn av Metadonen” osv. Vi ønsket også å få et visst inntrykk av den illegale omsetningen av disse stoffene på gateplan. På spørsmål om bruk av substitusjonsmedikamenter i måneden forut for intervjuet oppgir hele 25,3 prosent av de nesten 600 spurte at de har brukt et slikt stoff, og 10,5

prosent oppgir at de har brukt det daglig eller nesten daglig de siste fire ukene. At hver fjerde sprøytemisbruker vi har snakket med de siste årene har brukt Metadon/Subutex relativt nylig, må sies å være en overraskende høy andel.

Et interessant spørsmål er om dette er Metadon eller Subutex som kommer fra legale eller illegale kilder. Daglig eller nesten daglig bruk av stoffet tyder på at vedkommende er i et behandlingsopplegg, og de aller fleste svarer bekreftende på dette. Figur 18 viser andelen kvinner og menn, med henholdsvis heroin og amfetamin som nåværende hovedrusmiddel, som oppgir at de for tiden er i legemiddelassistert rehabilitering. De som er i et LAR-program oppgir i gjennomsnitt å bruke omtrent halvparten så mye heroin som de utenfor programmet, mens forskjellen i amfetaminbruk ikke er fullt så stor, og signifikant bare på 10 prosents nivå.

Figur 18. Andel av intervjuede som er i legemiddelassistert rehabilitering fordelt på kjønn og hovedtype av nåværende hovedrusmiddel.

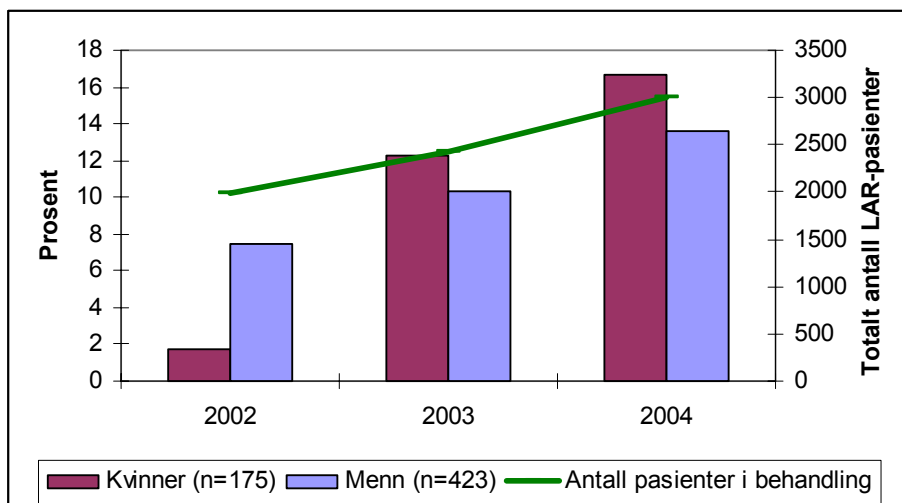


Figuren viser at det er en høyere andel blant de som nå i hovedsak bruker amfetamin, som er pasient i et av LAR-programmene enn det er blant de som bruker mest heroin (14,3 prosent versus 8,2 prosent). Andelen kvinner og menn er omtrent like stor for begge typer av hovedrusmiddel. Det at det er en såpass høy andel blant amfetaminmisbrukerne kan

forklares med at Metadon og Subutex er ment å blokkere for opptak av heroin, mens amfetamin vil ha rusvirkning som tidligere. Det er derfor en del tidligere heroinmisbrukere som, etter å ha blitt tatt inn i legemiddellassistert rehabilitering, synes å ha endret sitt misbruksmønster i retning av amfetaminmisbruk. De legalt foreskrevne legemidlene i LAR-programmene er som nevnt ment å skulle hindre heroinmisbruk. Likevel oppgir 8 prosent av heroinmisbrukerne vi har intervjuet siden 2002 at de både bruker heroin og Metadon/Subutex. Heroinen gir tydeligvis fortsatt en viss ruseffekt for disse personene, og på spørsmål bekrefter respondentene at de ved å bruke visse medikamenter i tillegg til heroinen oppnår en heroinrus. Uten at vi har målinger av disse respondentenes heroinbruk før de ble tatt inn i LAR-programmet, viser andre studier om dette at heroinforbruket i gjennomsnitt likevel er betydelig redusert i forhold til tidligere (Ervik 1997, Hansen et al. 2004).

Figur 19 viser at parallelt med et stigende antall pasienter i LAR-behandling her i landet, har andelen blant de intervjuede misbrukerne som er med i et substitusjonsprogram også steget.

Figur 19. Andel av intervjuede kvinner og menn i perioden 2002-2004 som er pasienter i et LAR-program og totalt antall LAR-pasienter i Norge.

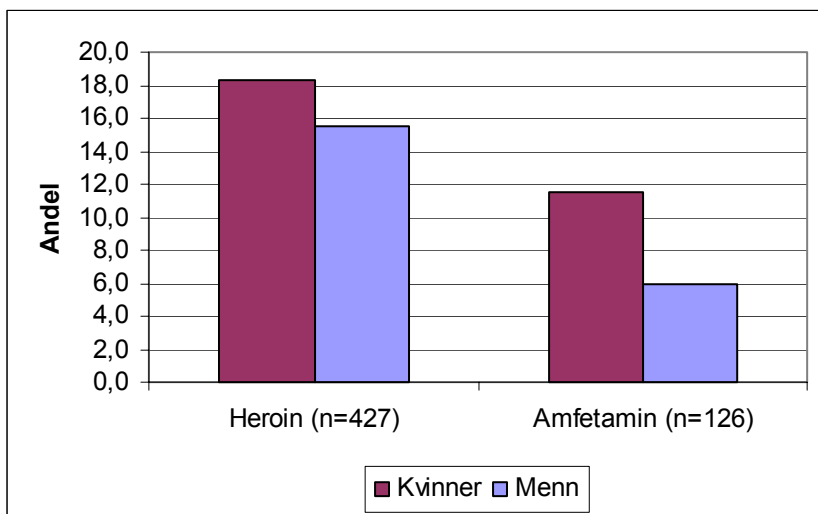


Selv om mange av de intervjuede oppgir at de for tiden er i et LAR-program og derved får Metadon eller Subutex legalt, tyder resultatene på

at det også er mange som tyr til illegale kilder for å få tak i substitusjonsstoffene. De fleste av disse illegale brukerne oppgir at de bare har brukt disse medikamentene noen få ganger siste måned, og kun 9 personer sier at de har brukt det daglig eller nesten daglig. Enkelte oppgir at de har byttet til seg Metadon av og til for ”å få slappe av litt” og viser til at Metadonen sitter lengre i kroppen. Jaget etter ny heroindose kan etter nylig inntak av Metadon roes litt ned. Prisen for Metadon på det illegale markedet varierer noe, men en vanlig ”regel” sier 250-300 kroner per 100 ml Metadonsaft.

Nå som LAR-programmet har vært i drift noen år og flere også har gått ut av programmet, vil det være flere med erfaringer fra behandlingen blant sprøyteutdelingens brukere. Figur 20 viser andelen kvinner og menn blant heroin- og amfetaminsmisbrukerne som oppgir at de har slik erfaring. Enkelte oppgir at de har fått Metadon i Danmark, andre at de har fått det under sykehusopphold og lignende, slik at nok ikke alle de som svarer bekreftende på spørsmålet om tidligere behandlingserfaring, har vært regulære pasienter i det norske LAR-programmet.

Figur 20 Andeler som oppgir at de tidligere har vært i Metadonbehandling etter nåværende hovedrusmiddel



Tallene er for små til å gi statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i gruppene av heroin og amfetaminmisbrukere, men de kan tyde på at kvinner i noe større grad enn mennene i utvalget har tidligere

erfaringer med substitusjonsbehandling. Samlet sett er det 16,4 prosent av heroinmisbrukerne og 7,1 blant amfetaminmisbrukerne som har slik erfaring. Vi har ikke informasjon om hvorfor behandlingen ble avsluttet eller om dette var etter eget valg.

4.5 Overdoser og dødelighet

Forbruksmønster og –mengde påvirker omfanget av de negative konsekvensene ved misbruket. Det har blant annet lenge vært kjent at narkomane, og sprøytemisbrukere spesielt, har en vesentlig høyere dødelighet enn befolkningen i tilsvarende aldersgrupper for øvrig. Selv om narkomane også dør av sykdommer, ulykker, selvmord, vold osv. er det overdoser som står for den største andelen av dødsfall i denne gruppen (Eskild 1993, Rossow og Kielland 1995). De aller fleste narkotikadødsfall her i landet skjer i tilknytning til inntak av heroin med sprøyte. Det er vesentlig mindre fare for overdose dersom man sniffer eller inhalerer heroin. Injisering av amfetamin medfører ikke en tilsvarende høy risiko for overdose, og det er også færre som injiserer dette stoffet. En overdose heroin medfører gjerne at respirasjonssenteret i hjernen blir påvirket slik at vedkommende slutter å puste. Ofte sovner vedkommende bare bort. Mange heroinmisbrukere er derfor blitt reddet fra å dø ved at venner og forbipasserende har fått vekket vedkommende, slik at pusteprosessen har kommet i gang igjen. Tilkalling av ambulanse med personell som kan gi motgift redder også mange. I Oslo rykket ambulansen i 2004 ut 4 ganger daglig i snitt pga. overdose, dvs. de hadde 1485 slike utrykninger.

Overdosebegrepet, slik det brukes av fagfolk, kan imidlertid avvike litt i forhold til folks vanlige oppfatning av fenomenet. Et dødsfall karakterisert som et overdosedødsfall behøver ikke bety at den avdøde har tatt en dose narkotika som var større, eller tatt stoff som var sterkere/renere, enn den han vanligvis pleide å ta. Generelt dårlig helse, samtidig inntak av alkohol og/eller tabletter kan føre til at et menneske som har tatt samme mengde heroin over et lengre tidsrom, erfarer at denne dosen en dag blir for mye fordi kroppen ”har fått nok”. Obduksjoner av narkotikadødsfall viser i mange tilfeller svært lave mengder med heroin/morfin (Teige 1998).

Et annet forhold som gjør overdosebegrepet som dødsårsak problematisk, er at mengden illegale rusmidler man finner i blodet til avdøde ikke alltid er så høy at man med sikkerhet kan fastslå at de illegale rusmidlene var den egentlige dødsårsaken. Ofte er for eksempel mengden

alkohol man finner i blodet så høy, at det er trolig at alkoholen har hatt en betydelig innvirkning på utfallet. Finner man, i tillegg til høye doser med alkohol, spor av narkotiske stoffer i blodet til den avdøde, blir dette likevel karakterisert som et ”overdosedødsfall”. Et tredje forhold er at de fleste overdosedødsfall ikke skjer umiddelbart etter at injeksjonen er satt. Bare 14-23 prosent av dødsfallene skjer i umiddelbar tilknytning til injisering av stoffet. De fleste dødsfallene skjer fra 1 til 12 timer senere (Hilberg 1999).

4.5.1 Ikke-fatale overdoser

Mange misbrukere har opplevd at den satte dosen med narkotika slo dem ut for en kortere eller lengre periode, men at de så har våknet opp igjen av seg selv. Dette definerer vi ikke her som en overdose. Vi har spurt respondentene om de selv har opplevd å sette en overdose slik at de må ha hatt hjelp av andre for å komme til bevissthet igjen. Svært mange svarte bekræftende på spørsmålet. Av nærmere 1400 spurte oppgir hele 65 prosent at de har hatt en eller flere overdoser. Andelen blir noe lavere (50 prosent) når vi bare ser på amfetaminmisbrukerne, mens blant heroinmisbrukerne er andelen 68 prosent. At ikke forskjellen likevel er større, skyldes trolig at mange av de som hovedsakelig injiserer amfetamin også har injisert heroin ved enkelte anledninger, og at risikoen for overdose er stor når man som følge av uregelmessig bruk kanskje ikke kjenner sin egen toleranse for stoffet.

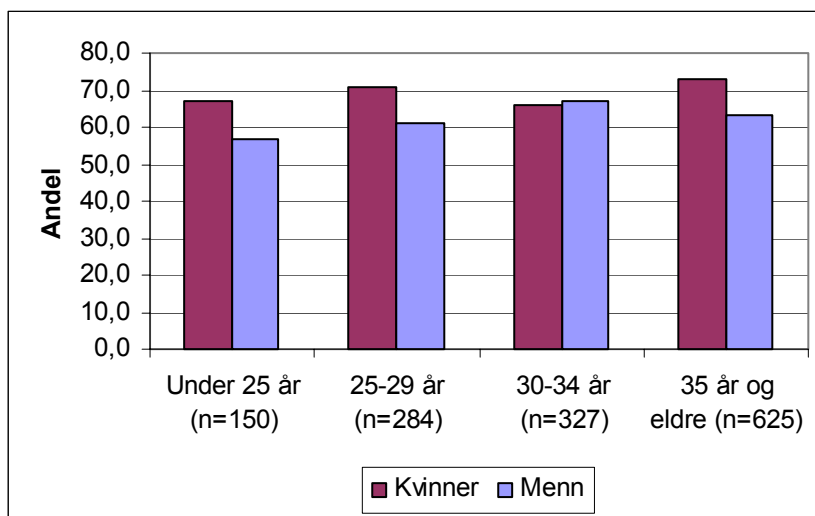
Kvinner oppgir flere ikke-fatale overdoser enn menn. Dette er i samsvar med funn i den prospektive behandlingsstudien rapportert i Melberg et al. 2003. Funnet er også i samsvar med at kvinnelige misbrukere rapporterer å ha flere fysiske og psykiske problemer, noe som kan bidra til økt risiko for overdoser. I kapittel 4.1 viste vi at kvinnelige heroinister i gjennomsnitt bruker mer heroin enn menn og setter større doser enn disse. Flere ikke-fatale overdoser kan imidlertid synes å stå i en viss motsetning til det forhold at kvinner dør i mindre grad enn menn av overdoser. Som nevnt, antar man at kvinner utgjør ca. 1/3 av alle sprøytamisbrukere. Deres andel av narkotikadødsfall i Norge har likevel i snitt ligget under 20 prosent for perioden det er registrert slike dødsfall (Bryhni 2004).

Forskjeller i bruksmønster kan være årsaken til at kvinnene til tross for større forbruk og flere ikke-fatale overdoser, har en lavere overdosedødelighet enn menn. Dersom det eksempelvis er slik at kvinner i større grad enn menn setter sprøyter når de er sammen med andre, vil

muligheten for å bli reddet øke betraktelig. Vi har ikke informasjon om dette blant norske sprøytemisbrukere, men data fra sprøytemisbrukere i Australia tyder på at menn i større grad injiserer alene (Dwyer et al. 1994). Det kan også være slik at kvinner i større grad enn menn rapporterer om ikke-fatale overdoser. Dersom en overdose ses på som en ”feilberegning”, kan det være slik at menn i en ”macho-kultur” i mindre grad ønsker å fortelle om slike ”feil”(se Lalander 2003 eller Bjerrum Nielsen og Rudberg 1992 for beskrivelse av misbruksmiljøet som konservativt når det gjelder kjønnsroller og som et miljø tydelig preget av en macho-kultur).

Figur 21 viser kjønnsforskjeller i ulike aldersgrupper når det gjelder rapporterte erfaringer med ikke-fatale overdoser.

Figur 21. Andelen blant intervjuede kvinner og menn i ulike aldersgrupper som har erfaring med ikke-fatal overdose.

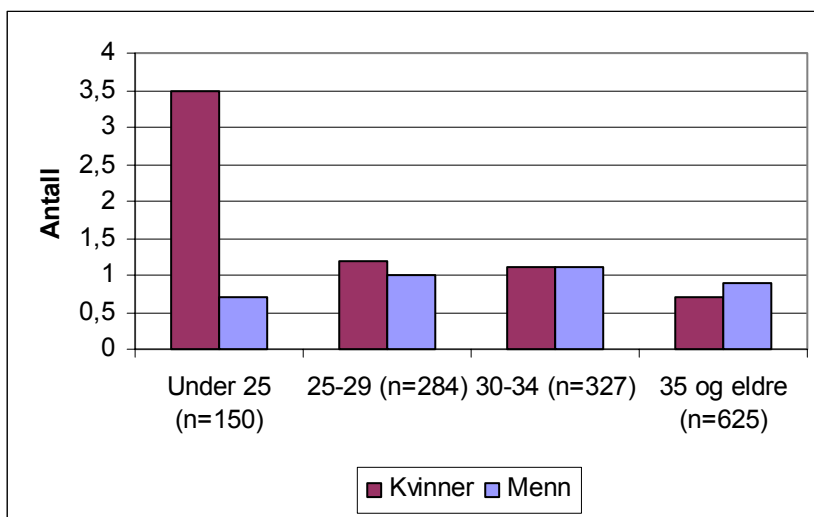


Figuren viser at det i de fleste aldersgrupper er en større andel kvinner enn menn med overdose-erfaring. Ser vi på gruppen samlet, finner vi imidlertid litt overraskende at andelen som oppgir at de har erfaring med overdoser ikke er større blant de eldste (over 35 år) enn blant de yngste (under 25 år). Man kunne ha forventet at den høye korrelasjonen mellom alder og misbrukslengde, og derigjennom lengre eksponeringstid for overdoserisiko, ville ha medført at en større andel blant de eldste misbrukerne hadde hatt slik erfaring.

Vi har ikke sett noen endring i andelen som rapporterer overdoser-erfaring i løpet av de fem årene vi har stilt spørsmål om dette.

Vi har bedt respondentene oppgi antall overdoser siste måned, antall overdoser siste år og antall overdoser totalt. To av fem som har hatt overdose (905) har erfart dette siste år, dvs. at mange relativt nylig har opplevd dette. Omtrent 15 prosent av de som har hatt overdose oppgir imidlertid å ha hatt det siste måned forut for intervjuet. Det er også stor variasjon i hvor mange overdoser disse sprøytemisbrukerne har erfart i sin misbrukerkarriere. I gjennomsnitt rapporterer de ca 7 overdoser, der kvinner oppgir ca 7,5 overdoser og menn 6,3. Figur 22 viser gjennomsnittlig antall overdoser *siste år* for kvinner og menn i ulike aldersgrupper.

Figur 22. Gjennomsnittlig antall overdoser siste år for kvinner og menn i ulike aldersgrupper



Det er overraskende at det er unge kvinner som oppgir flest overdoser siste år. I kapittel 3 viste vi at kvinner gjerne begynner å injisere tidligere enn menn og at kvinneandelen er høyere blant de under 25 år enn i de øvrige aldersgruppene. At unge kvinner i gjennomsnitt rapporterer omkring tre flere overdoser enn unge menn i året forut for intervjuet, kan likevel ikke forklares av dette forholdet. Det høye antallet overdoser tyder på at unge kvinner har en risikofylt atferd og at de raskt kommer inn i et

omfattende misbruk. Funnet kan tyde på at det bør vurderes spesielle tiltak rettet inn mot denne gruppen.

4.5.2 Fatale overdoser og dødelighet

Både SSB og KRIPOS registrerer årlig antall narkotikadødsfall i Norge. Narkotikadødsfall brukes gjerne synonymt med overdosedødsfall. Figur A.1 i appendiks A3 gir en oversikt over antallet slike dødsfall fra 1980 til og med 2004. Som figuren viser har det vært en voldsom økning i omfanget av slike dødsfall i Norge, spesielt på 1990-tallet. I 1990 registrerte KRIPOS 75 døde mens det tilsvarende tallet var 338 i 2001. De siste årene har tallet sunket noe, slik at vi i 2002 hadde 210 slike dødsfall, i 2003 172 dødsfall mens det i 2004 ble registrert 223 narkotikadødsfall. Man kan imidlertid ikke ut fra antall dødsfall vite om økningen skyldes at det er blitt flere narkomane eller om det er dødeligheten i gruppen av misbrukere som er økt. For å kunne si noe om hvor stor dødeligheten er i en gruppe må man registrere navn og fødselsnummer for et utvalg av disse, og så følge utvalget over tid for å sammenholde dette med dødsårsaksregisteret. Den årlige dødeligheten beregnes ved at antall døde divideres med antall år personene i utvalget faktisk følges opp (personår).

Som nevnt ble en gruppe i 1997 spurt om de ville la seg intervjuet igjen ett år senere, og navn og fødselsdato ble registrert for 172 personer. Tolv måneder senere begynte vi arbeidet med å oppspore disse. Aktive sprøytemisbrukere er en ustabil gruppe med hensyn til blant annet bosituasjon, så selv om respondentene hadde oppgitt adresse da vi intervjuet dem første gang, brukte vi mye tid på å finne dem igjen. Senere kobling mot Det sentrale personregisteret indikerte imidlertid en svært høy årlig dødelighet i gruppen. Vi fant at under en oppfølgingstid på 2,1 år var 17 personer døde, herav 5 kvinner og 12 menn. Dette gir en årlig dødelighet på 5,2 prosent, der menns dødelighetsrate tilsvarer 5,0 prosent og kvinners 5,7 prosent. Det at vel fem av hundre personer dør hvert av de to årene i oppfølging er svært høyt, også i internasjonal sammenheng. De døde var i gjennomsnitt 33,1 år på dødstidspunktet.

Det finnes etter hvert en god del studier av narkotikamisbrukeres dødelighet. Ved sammenligning av ulike studier skal man imidlertid være klar over at studiene kan avvike med hensyn til inklusjonskriterier; hva slags type populasjon de velges fra (behandling, fengsel, lavterskel-tiltak etc.), kjønn, alder, osv., og også avvike med hensyn til oppfølgingslengde,

type misbruk, ruskultur og lignende. Likevel finner mange norske, skandinaviske og internasjonale studier en årlig dødelighet på rundt 2 prosent blant narkomane (Rossow og Kielland 1995, Eskild et al. 1993, Andersen 1996). Det finnes imidlertid flere unntak fra ”to-prosent-regelen”, som Fugelstad et al (1997) fra opiatmisbrukere i Stockholm der dødeligheten ble beregnet til 4,4 prosent og Ervik (1997) som fant en årlig dødelighet på 5,3 prosent blant personer som ventet på Metadonbehandling i Oslo.

Den høye dødeligheten beskrevet ovenfor kan skyldes flere faktorer. For det første er de vi intervjuet aktive misbrukere på det tidspunktet da de kom med i studien. Mange studier er basert på utvalg som er i behandling da oppfølgingen startet. Folk som søker behandling kan avvike fra de som ikke søker behandling, og siden oppfølgingstiden starter allerede mens behandlingen pågår, er det trolig at dette beskytter dem noe fra risikoen for overdosedødsfall i perioden. For det andre bruker de aller fleste i denne studien heroin og de tar den hovedsakelig intravenøst. Risikoen for overdose er vesentlig redusert dersom man ikke bruker heroin og dersom man tar heroinen oralt eller ved inhalering/sniffing. Gjennomsnittsalderen til utvalget rekruttert ved sprøyteutdelingen er også høyere enn i mange andre studier. Dessuten er oppfølgingstiden relativt kort. Man kan tenke at det er de mest utagerende, sårbare, eller de minst forsiktige, som dør først. Etter hvert som disse faller bort, vil utvalget i større grad kunne bestå av folk som har en mindre risikofylt atferd og av folk som etter hvert har sluttet med stoff. Dersom dette er tilfelle, vil dødeligheten i utvalget kunne reduseres for en tid, selv om gjennomsnittsalderen blant deltakerne øker.

Den sterke økningen i antall narkotikadødsfall de siste 10 årene og den høye dødeligheten observert blant annet i denne studien, kan tyde på at dødeligheten i gruppen av misbrukere har økt. Dersom dette er tilfelle, kan den økte dødeligheten blant annet skyldes økningen i heroinforbruket (se avsnitt 4.1), økt blandingsmisbruk (avsnitt 4.1, Teige 1998), økt gjennomsnittsalder og dårligere helse blant misbrukerne. Det at det stadig er flere misbrukere i behandling, både i medikamentfri og i medikamentassistert, samt økt satsning på lavterskeltiltak for bedring av den psykiske og fysiske helsen, kan imidlertid ha bidratt i motsatt retning. Økningen i dødsfall det siste tiåret må i tilfellet med lavere dødelighet, skyldes at gruppen av misbrukere er blitt større.

4.6

Kort oppsummering av kapittel 4

- 84 prosent av utvalget injiserte hovedsakelig heroin, 12 prosent amfetamin, 3 prosent begge og 1 prosent andre stoffer.
- 50 prosent av de som hovedsakelig injiserte heroin, hadde også injisert amfetamin i måneden forut for intervjuet.
- Andelen som oppga amfetamin som mest hyppige injeksjonsstoff har økt i undersøkelsesperioden fra et gjennomsnitt på 10 prosent for årene 1993-1999 til 17 prosent for årene 2000-2004.
- Heroinmisbrukerne oppga et gjennomsnitt på 26,6 bruksdager per måned mens amfetaminmisbrukernes gjennomsnitt lå på 21,1 dager.
- Både heroin- og amfetaminmisbrukerne injiserte i snitt mer enn 3 ganger per dag, henholdsvis 3,6 og 3,4 i gjennomsnitt. Yngre oppga å sette litt flere skudd enn eldre.
- Vi fant store individuelle variasjoner innenfor samme tidsperiode i mengden heroin som ble injisert per ”skudd” og stor økning i den gjennomsnittlige injeksjonsmengden over tid.
- Det gjennomsnittlige månedsforbruket av heroin hadde mer enn doblet seg i undersøkelsesperioden, fra litt over 8 gram til rundt 20 gram, mens det gjennomsnittlige amfetaminforbruket på samme tid hadde økt fra 17 til 20 gram.
- Kvinner rapporterte månedsforbruk av heroin oversteg menns rapporterte forbruk (20,3 gram for kvinner mot 17,2 gram for menn). Kvinner injiserte i snitt flere dager per måned, satte flere skudd per dag og injiserte større doser enn det menn gjorde.
- De som selv solgte heroin brukte 30 prosent mer av injeksjonsstoffet enn sprøytamisbrukere som ikke solgte stoff (22 versus 15 gram).
- Misbrukere som har holdt på lenge (>20 år) brukte vesentlig mer stoff enn de som startet å injisere de siste 5 årene før intervjuet (23 versus 15 gram).
- Heroinmisbrukerne brukte i gjennomsnitt drøyt 5 gram amfetamin i måneden i tillegg til heroinen de injiserte. Amfetaminmisbrukere brukte i gjennomsnitt nesten 6 gram heroin.
- De som injiserte heroin og amfetamin oppga også et omfattende misbruk av andre rusmidler som drikkes, spises, røykes eller

sniffes/"snortes". I måneden forut for intervjuet i perioden 2000-2004 brukte omlag:

- 75 prosent hasj
 - 85 prosent piller
 - 50 prosent alkohol
 - 20 prosent kokain, 8 prosent ecstasy, 3 prosent LSD
- Blant de som startet å injisere etter 1994 hadde 70 prosent røykt heroin før de injiserte stoffet, mens bare vel 15 prosent hadde røykt først blant de som debuterte før 1980.
 - Over halvparten av amfetaminmisbrukerne hadde også røykt heroin.
 - Den gjennomsnittlige debutalderen for heroin, uavhengig av inntaksmåte, hadde økt med nesten 10 år for de som debuterte med sprøyter etter 1994 sammenlignet med debut før 1980.
 - 25 prosent av de spurte etter 2001 (n=600) hadde prøvd Metadon eller Subutex i løpet av de fire siste ukene før intervjuet. 10 prosent oppga daglig eller nesten daglig bruk av stoffene.
 - 14 prosent av amfetaminmisbrukerne og 8 prosent av heroinmisbrukerne som er spurt etter 2001 er LAR-pasienter. Sammenlignet med ikke-pasienter brukte heroinmisbrukende LAR-pasienter om lag halvparten så mye heroin i snitt, mens det ikke er signifikant forskjell mellom LAR-pasienter og ikke-pasienter i amfetaminbruken blant amfetaminmisbrukere.
 - 65 prosent rapporterte om erfaring med overdose der de måtte ha hjelp av andre for å komme til bevissthet igjen. I snitt hadde de med slik erfaring hatt 7 overdoser.
 - En større andel blant kvinner enn blant menn rapporterte om ikke-fatale overdoser, og spesielt kvinner under 25 år synes å ha en risikofylt atferd. Dataene viste at blant unge kvinner med overdoseerfaring hadde disse i snitt hatt 3,5 overdoser siste år, mens menn i tilsvarende alder hadde hatt 0,7.
 - Oppfølging av et utvalg intervjuede i 1997 (n=172) viste en årlig dødelighet de to første årene på vel 5 prosent.

5 Narkotikapriser og forbruksutgift

Det har skjedd store endringer med narkotikaprisene i løpet av undersøkelsesperioden. Spesielt har prisen på heroin og amfetamin falt mye, mens hva man må betale for en del piller har derimot økt betraktelig. Endrede priser fører gjerne til endringer i hvor mye penger som brukes til narkotika (forbruksutgifter), og prisendringer får derigjennom innvirkning på misbrukernes livsførsel og kriminalitetsnivå.

Vi starter med en diskusjon av hvorfor priser og prisutvikling på narkotiske stoffer er interessante størrelser å følge med på (avsnitt 5.1) og diskuterer deretter betydningen av stoffenes renhet i forhold til pris (avsnitt 5.2). Gjennom å spørre respondentene hva de må betale for ulike typer og mengder av narkotika har vi registrert priser for heroin, amfetamin, hasj og ulike typer tabletter. Vi kan derfor følge prisutviklingen på de ulike stoffene over undersøkelsesperioden (1993-2004) og se hva ulike undergrupper betaler for det de bruker (avsnitt 5.3). I det siste avsnittet (5.4) beregner vi på bakgrunn av opplysningene respondentene har gitt om forbruk (kapittel 4) og pris (avsnitt 5.3), hvor store daglige utgifter sprøytemisbrukerne har til rusmidler.

5.1 Hvorfor er prisene på narkotika interessante?

I Norge har det ikke tidligere blitt registrert systematisk priser på de ulike illegale stoffene. Dette prosjektet er det første som har foretatt innhenting av slike data. Vi ønsket informasjon om narkotikapriser ut fra flere hensyn. Først og fremst er priser på narkotika interessante fordi de kan ha stor innvirkning på hvor mye narkotika som brukes. Det har vært hevdet at fordi misbrukerne var så avhengig av narkotika, ville en prisoppgang bare medføre at misbrukerne kom til å bestrebe seg for å få mer inntekt, slik at de kunne skaffe seg like mye stoff som før. Det er eksempelvis hevdet at prisen på heroin er uten betydning for hvor mye heroinmisbrukerne bruker hver dag (Koch og Grupp 1971, 1973).

Prisen på én type narkotika vil dessuten kunne ha innvirkning på kjøp og forbruk av andre typer narkotika. Dersom heroin går ned i pris, vil heroinmisbrukerne ha mer penger til både å øke forbruket av heroin og i tillegg ha penger til mer hasj og piller. En prisnedgang på heroin vil også gi misbrukerne mulighet til å øke forbruket av andre varer enn rusmidler.

Med utgangspunkt i de innsamlede dataene ønsket vi å se nærmere på slike mulige virkninger av prisendringer, og vi vil i kapittel 7 gå nærmere inn på resultatene fra disse mer omfattende analysene. Vi har blant annet undersøkt hvordan prisendringer på heroin påvirker forbruket av amfetamin og hvordan prisendringer på amfetamin påvirker forbruket av heroin.

Narkotikapriser er interessant også fordi prisen kan ha betydning for hvordan stoffene inntas. Som nevnt har Norge en sterk sprøytekultur, mens mange andre vestlige land har erfart at en stadig økende andel av heroinbrukere røyker stoffet istedenfor å injisere det (Strang et al. 1997). Røyking synes imidlertid å øke i omfang også her, og blant de intervjuete finner vi eksempelvis en økende andel som oppgir at de har røkt heroin før de debuterte med sprøyte, slik det er beskrevet i kapittel 4. Tatt i betraktning at mange av de helserisikoer som er forbundet med heroinmisbruk har sammenheng med injeksjon som inntaksmåte, kan det som nevnt synes overraskende at heroinrøyking ikke er mer utbredt også i Norge. Det meste av heroinen som omsettes her i landet er dessuten av den typen som er mest egnet for røyking (heroinbase).

På spørsmål om heroinrøyking, oppgir sprøytemisbrukerne selv prisen på heroin som en viktig faktor for at de fortsatt injiserer stoffet. Injisering er en mer kostnadseffektiv måte å bruke stoffet på. Som figurene i avsnitt 5.3 vil vise, har prisen på heroin falt betydelig. I prinsippet kan derfor injiserende misbrukere som har vært aktive siden begynnelsen av 1990-tallet, nå røyke stoffet uten å ha høyere totale utgifter enn de hadde for 10 år siden. På den annen side er heroinrøyking fortsatt mye dyrere enn injisering, relativt sett, og det kan synes som røyking ikke er et så attraktivt alternativ for etablerte sprøytemisbrukere. Heroinrøyking er trolig mest aktuelt for de som ikke allerede har startet å injisere, men derigjennom kan lavere heroinpriser på sikt bidra til å redusere andelen som injiserer stoffet.

Narkotikapriser er også interessante å følge fordi de kan være viktige for nyrekrutteringen til misbruket. Svært høye priser kan virke avskrekkende, slik at færre da eksperimenterer med stoffene enn det vil være ved et lavere prisnivå. Det relative prisforholdet mellom alkohol og narkotika kan her være av betydning. Må man ut med mindre penger for å ruse seg på narkotika enn på alkohol, kan flere velge narkotika som rusmiddel. Dessuten kan det tenkes at dersom lavere pris på heroin etter hvert medfører at heroinrøyking blir mer utbredt, kan dette i seg selv gi økt rekruttering. Økt rekruttering blir resultatet hvis det å røyke heroin virker

mindre avskrekkende enn å injisere stoffet. Data fra et representativt utvalg i Oslo blant 21-30 åringer viser eksempelvis at så mange som 40 prosent oppgir å ha prøvd cannabis en eller flere ganger (Bretteville-Jensen og Skretting 2005). Man kan tenke seg at for enkelte av disse vil overgangen til også å prøve heroin ikke være så stor, dersom heroinrøyking er blitt et aktuelt alternativ til å injisere stoffet. Endrede inntaksmåter som følge av lavere priser kan forandre på dette.

Priser er i tillegg interessante å følge fordi de kan si noe om markeder og markedsforhold. Vanligvis vil prisene vi som konsumenter står ovenfor være påvirket av tilbud og etterspørsel samt myndighetenes avgiftspolitik og reguleringer. Illegale varer, som narkotika, er naturlig nok ikke gjenstand for beskatning, og myndighetene kan derfor bare indirekte påvirke priser og omsatt kvantum. Ideelt sett ønsker jo myndighetene ingen omsetning av narkotiske stoffer. I bestrebelsene på å oppnå dette, påvirker de markedsprisen ved at selgere tar seg betalt for risikoen de løper når de omsetter narkotika. Den samlede risikoen for en selger vil blant annet være påvirket av sannsynligheten for å bli tatt, straffens innhold og omfang hvis han blir tatt, sannsynligheten for å bli utsatt for vold i narkotikamiljøet osv. Prisene på det illegale markedet er derfor etter all sannsynlighet høyere enn det de ville ha vært dersom omsetningen hadde vært lovlig.

5.2 De narkotiske stoffenes renhet

I denne undersøkelsen har vi som nevnt spurt sprøytemisbrukerne hva de må betale for ulike typer narkotiske stoffer og for ulike kvantum. Vi har ikke spurt om renheten på stoffet, det vil si hvor høy den prosentvise andel av virkestoffet er per gram de kjøper. Vi har heller ikke foretatt undersøkelser av stoffenes renhet på annet vis. I den grad prisen misbrukerne betaler for stoffene avhenger av kvaliteten (renheten), ville dette vært interessante opplysninger når vi i dette og senere kapitler skal analysere prisendringer og eventuelle virkninger av slike. Det hadde vært en klar fordel å kunne avgjøre i hvilken grad en observert prisendring skyldtes endring i kvalitet.

Det er imidlertid et poeng at på kjøpstidspunktet har vanligvis misbrukerne ikke selv kjennskap til renhetsgraden i stoffet de kjøper. Hver transaksjon innebærer slik sett en risiko for kjøperen da vedkommende kan bli lurt til å kjøpe narkotika av vesentlig dårligere kvalitet enn

forventet. Med få muligheter for å sjekke kvaliteten, vil prisen som avtales ofte gjenpeile en forventet gjennomsnittskvalitet. Dette gjelder spesielt for små enheter solgt "på gata". I forhold til heroin og amfetamin, er vårt inntrykk at prisen i noen grad følger kvaliteten på stoffet, men at dette først og fremst gjelder for litt større omsetningskvantum. Tillit til selgers utsagn om kvalitet og personlig forhold til vedkommende, vil ofte være viktig når prisen for stoffet avtales.

Når det gjelder kvaliteten på stoffene som omsettes på det norske narkotikamarkedet, er det analyser foretatt ved politiets laboratorium vi forholder oss til. Nye KRIPOS analyserer beslaglagt narkotika, og på større beslag (over tre gram for heroin) registrerer de også renheten på stoffene. Heroin er vanligvis blandet ut med paracetamol, koffein, askorbinsyre, prokain med mer, men hvor mye utblandet stoffet er når det omsettes, varierer. Enkelte ganger finnes det ikke virkestoff igjen i partiene som selges, mens andre partier med stoff har svært høy andel av virkestoffet.

Tidligere foretok KRIPOS kjemiske analyser og anslo renheten også av mindre heroinbeslag, og ifølge KRIPOS fant man da at mengden virkestoff i små salgsheter ("bager") var overraskende konstant. En "bag" med svært rent stoff hadde mindre pulverinnhold enn stoff av dårlig kvalitet. Samtidig med at man fant relativt konstant mengde virkestoff i mindre forpakninger, var renhetsgraden i større beslag svært varierende. Om tilsvarende forhold fortsatt gjelder er ikke kjent da Nye KRIPOS av kapasitetshensyn ikke lengre analyserer mindre kvanta. Store variasjoner i renhet ved større beslag finner man imidlertid fortsatt. Som eksempel viser tabell 11 en oversikt over renhetsgraden i de 7 største heroinbeslagene i 2003.

Tabell 11. Renheten i de 7 største heroinbeslagene i 2003

| Politidistrikt | Mengde (i kilo) | Renhet (i prosent) |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Telemark | 8,9 | 48-61 |
| Oslo | 4,9 | 7-10 |
| Østfold | 3,9 | 9 |
| Oslo | 3,8 | 12 |
| Oslo | 3,5 | 20-24 |
| Østfold | 2,0 | 5 |
| Telemark | 2,0 | 49-57 |

Kilde: KRIPOS, Årsrapport 2003

Det synes ikke å være noen systematikk i forholdet mellom størrelsen på beslagene og renhet, verken blant disse sju beslagene eller i forhold til store og vesentlig mindre beslag (over 3 gram) i 2003. KRIPOS har også tidligere meldt om tilsvarende funn (KRIPOS 2000).

Ifølge årsrapportene fra KRIPOS varierte den gjennomsnittlige renheten på analyserte beslag av heroin over en viss størrelse, lite på 1990-tallet (unntaket var 1999) og lå på i overkant av 40 prosent. De siste årene har imidlertid beslaglagt heroin hatt en markant dårligere kvalitet ved at den gjennomsnittlige renhetsgraden er falt til 30 prosent i 2001, etterfulgt av 29 prosent i 2002, 23 prosent i 2003 og 21 prosent i 2004. Gjennomsnittsrenheten på heroin er ikke tidligere blitt registrert så lav i Norge. Hvorvidt endret gjennomsnittsrenhet i større beslag har medført at renhetsnivået er endret også i enheter under 3 gram er uvisst.

Renheten på amfetaminbeslag varierer også mye innenfor det enkelte år. Spesialrådgiver i Nye KRIPOS, Tormod Bønes, fremhever imidlertid at den gjennomsnittlige renheten nok ligger noe over medianen for beslagene da enkeltbeslag med særlig høy renhet drar gjennomsnittet opp. Over tid har imidlertid gjennomsnittsrenheten vært relativt stabil og ligget på rundt 50 prosent. (Bønes, personlig meddelelse).

5.3 Priser på heroin, amfetamin, hasj og tabletter

I det følgende vil vi vise endringer i de prisene de intervjuede misbrukerne rapporterte på ulike stoffer over tid. For heroin og amfetamin presenteres prisene misbrukere som er henholdsvis selgere og ikke-selgere, må betale for små kvanta, mens prisene for hasj og piller ikke er delt opp etter selgerstatus. I undersøkelsen har vi ikke spurt om priser på kokain, LSD og Ecstasy. Siste del av avsnittet gir en oversikt over priser som gjelder ved kjøp av større kvanta.

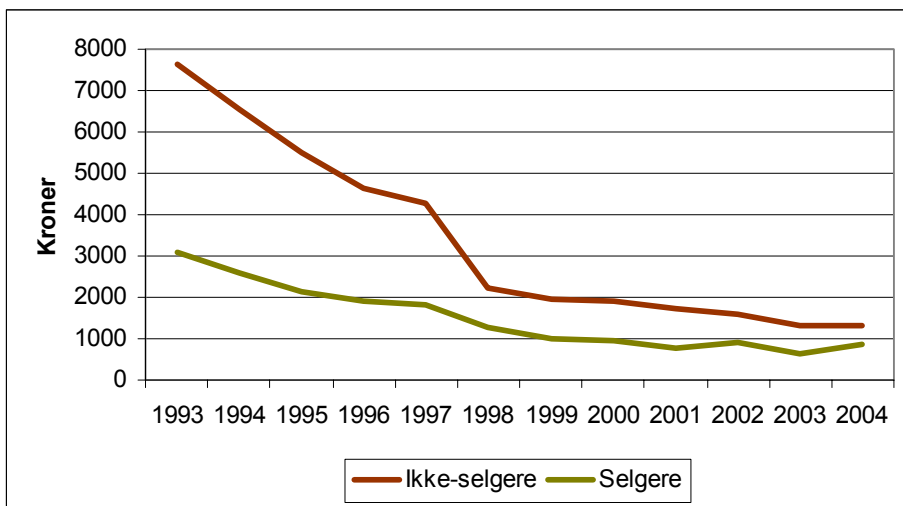
5.3.1 Heroin

Minste-mengdene heroin omsettes i på gata, endret seg mye i løpet av undersøkelsesperioden. For å få sammenlignbare tall har vi derfor omregnet de ulike små mengdene og prisene for disse til pris per gram. De

fleste heroinmisbrukere som oppga at de selv solgte stoff for å finansiere eget misbruk, oppga at de solgte heroin. Disse bruker-selgerne vil da stå overfor andre priser for eget forbruk enn de som bare kjøper. Figur 23 viser hvordan prisen på heroin har utviklet seg over tid for selgere og ikke-selgere.

Prisene i figur 23 er medianverdien av de prisene henholdsvis selgere og ikke-selgere oppga at de måtte gi per gram heroin. Prisen er omregnet til grampris ut fra prisen for det minste-kvantum som omsettes på gate-nivå for ikke-selgerne og prisen for kjøp av minimum et gram for selgerne (disse kjøper ofte 5 gram av gangen). Det er tatt hensyn til den generelle prisstigningen i perioden ved at prisene er deflatert med konsumprisindeksen (KPI). Som figuren viser har prisen på heroin falt mye i undersøkelsesperioden.

Figur 23. Utviklingen i prisen på heroin per gram over tid for selgere og ikke-selgere, 1993-2004.



Merknad: Prisene er medianprisen for det enkelte år. Antall observasjoner varierer mellom år og mellom gruppen av selgere og ikke-selgere.

Ifølge politiet var den nominelle prisen på heroin stabil på hele 1980-tallet og frem til sommeren 1991 (Årsberetning 1998, Oslo Politidistrikt). Prisen var etter sigende, 300 kroner for en "bypose" (tilsvarende ca 1/36 gram). Siden dengang har prisen på heroin falt drastisk. I årene 1993-1998 falt gjennomsnittsprisen for de som selv ikke solgte, fra ca. 7600 kroner til

2250 kroner per gram, og for selgerne fra 3100 kroner til 1300 kroner per gram. I årene etter 1998 har heroinprisen fortsatt å falle, men nå i et litt mindre tempo. Totalt har prisen falt med drøyt 80 prosent i perioden for ikke-selgerne og 70 prosent for selgerne.

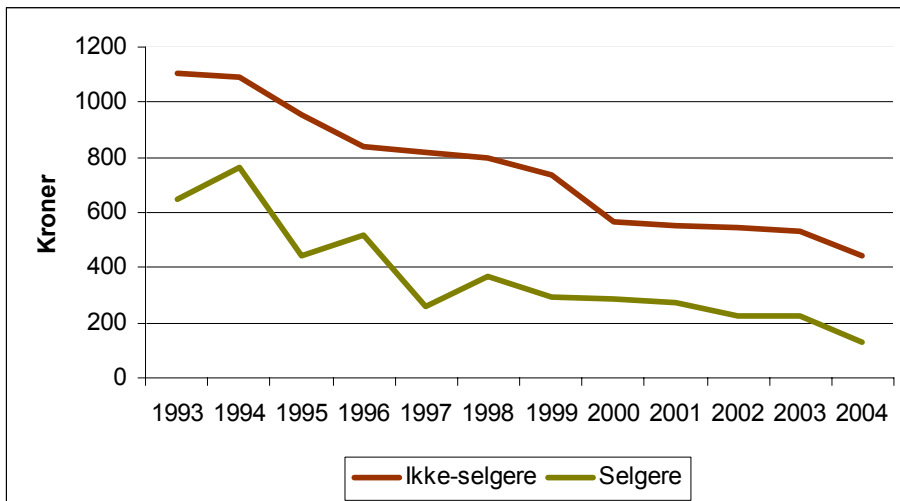
Figur 23 viser at det er betydelige prisforskjeller på kjøp av heroin for de som selv selger stoff og de som ikke gjør det. Ser vi på prisen som kvinner og menn oppgir å måtte betale, finner vi ingen kjønnsforskjeller i hva selgerne betaler for stoffet. Blant de som ikke selv selger stoff derimot, betaler kvinnene i gjennomsnitt mer for heroinen enn det mennene gjør. Vi har ingen god forklaring på dette, men i kapittel 6 viser vi at ikke-selgende kvinner synes å ha bedre tilgang på penger enn ikke-selgende menn. Dette kan gjøre kvinnene mindre avhengig av å lete etter selgere med de billigste "varene" og mindre avhengig av å prute.

Prisfallet som figur 23 viser, har trolig bidratt til det økte forbruket både av heroin og av andre rusmidler. Forrige kapittel bekreftet da også at det blant gruppen av sprøytemisbrukere har vært en betydelig økning i forbruket av rusmidler. Vi vil i kapittel 7 se nærmere på hvordan sprøytemisbrukernes forbruk endres som følge av endringer i priser og inntekter.

5.3.2 Amfetamin

Prisen på amfetamin har også falt i den aktuelle perioden. Figur 24 viser medianprisen per gram amfetamin for kjøp i mindre kvanta (en "kvartering") og på gramnivå for henholdsvis selgere og ikke-selgere. Prisene er deflatert med konsumprisindeksen.

Figur 24. Utviklingen i prisen på amfetamin per gram over tid for selgere og ikke-selgere.



Merknad: Prisene er medianprisen for det enkelte år. Antall observasjoner varierer mellom år og mellom gruppen av selgere og ikke-selgere.

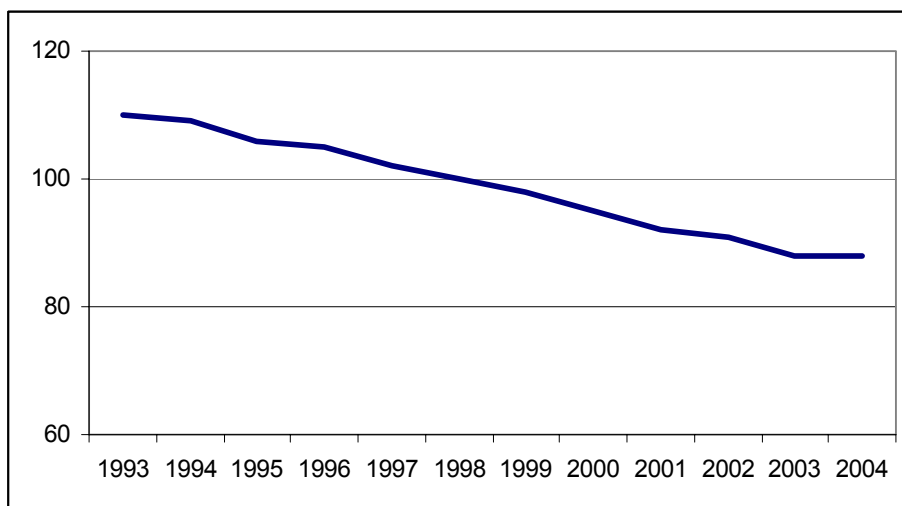
Dataene indikerer betydelige forskjeller i hva misbrukere som er selgere og ikke-selgere betaler for stoffet, og en sammenligning med figur 23, viser dessuten at prisen for et gram amfetamin er vesentlig lavere enn prisen for et gram heroin. Dette kan forklares med at amfetamin er billigere å produsere og at produksjonen foregår nærmere det norske markedet (mindre transportkostnader). Amfetamin er også mindre potent i den forstand at en misbruker vil bruke større mengder amfetamin enn heroin for å oppnå en ruseffekt. Amfetamin er et sentralstimulerende stoff og den fysiske virkningen er til forveksling lik den som kokain gir, men amfetamin har alltid vært mye billigere enn kokain og er av den grunn også kalt "fattigmanns-kokainet".

Prisen brukerne betaler for et gram amfetamin har falt fra ca 1100 i 1993 til omtrent 450 i 2004, en nedgang på 60 prosent. Selgerne har prosentvis stått overfor en enda større nedgang (ca 80 prosent) ved at prisen per gram er falt fra 650 til 140 kroner. Som for heroin, finner vi blant ikke-selgere at kvinnelige misbrukere betaler mer enn mannlige misbrukere av amfetamin, mens det er ingen slik kjønnsforskjell blant selgerne.

5.3.3 Cannabis

Blant cannabis-produktene er det hasj som klart er det mest vanlige her i landet. Marijuana, cannabis-oljer og lignende beslaglegges ikke så ofte og kan synes å ha relativt liten utbredelse.

Figur 25. Prisen for en "beis" hasj (0,6-0,8 gram) over tid.



Merknad: Prisene er medianprisen for det enkelte år. Antall observasjoner varierer fra et år til et annen.

Figur 25 viser at den reelle prisen på hasj har gått ned i undersøkelsesperioden. En "beis" kostet i 2004 i underkant av hva man måtte betale for to halvliter med øl kjøpt på pub/bar. Vi finner ikke forskjell i hasjpris per "beis" blant selgere og ikke-selgere. Som for andre narkotiske stoffer går enhetsprisen betydelig ned dersom man kjøper i større kvanta, men antall prisopplysninger vi har på dette er såpass få, at vi velger ikke å presentere tallene i egne figurer (se imidlertid tabell 21 i appendiks A3 for priser som gjelder større kvanta). Gjennomsnittsprisen menn betaler for en "beis" er noe lavere enn den kvinner oppgir å betale, men forskjellen utgjør bare 3 kroner i snitt.

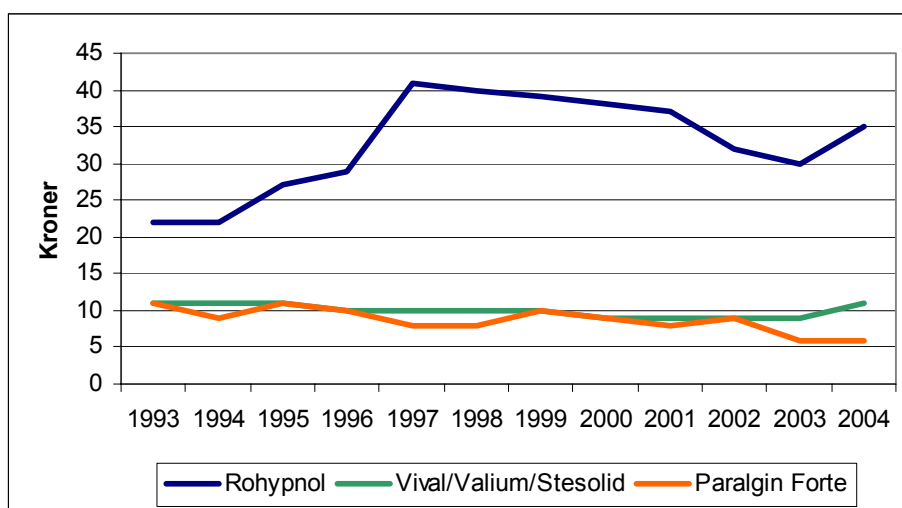
Den nominelle prisen på hasj, dvs. kronebeløpet varen koster når man ikke tar hensyn til den generelle prisstigningen, har vært stabil i undersøkelsesperioden. Også i årene før 1993 meldes det om at prisen på en "beis" hasj var 100 kroner. Men vekten av en "beis" har forandret seg.

Tidligere (før 1990) veide en "beis" omtrent et gram, men i lengre tid har vekten nå ligget mellom 0,6 og 0,8 gram.

5.3.4 Tabletter

Som vist i avsnitt 4.2 er det et omfattende misbruk av tabletter blant sprøytemisbrukerne. Rohypnol er den tablett som flest oppgir å bruke, men også Vival/Valium/Stesolid og Paralgin Forte har en stor utbredelse. Figur 26 viser prisutviklingen for Rohypnol, Vival/Valium/Stesolid og Paralgin Forte. Prisen som oppgis er prisen per tablett ved enkeltkjøp eller ved kjøp av 3 tabletter ad gangen. Kjøper man brett/glass med 10 eller 100 tabletter synker prisen per enhet.

Figur 26. Pris per tablett for Rohypnol, Vival/Valium/Stesolid og Paralgin Forte, 1993-2004.



Merknad: Prisene er medianprisen for det enkelte år. Antall observasjoner varierer fra et år til et annen og for ulike medikamenter innenfor det samme året.

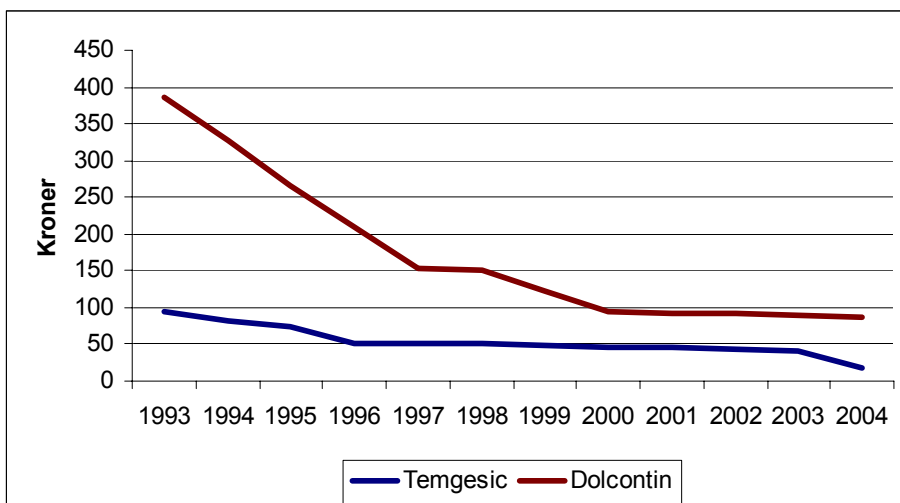
Rohypnol er det eneste av de stoffene vi har notert prisene på i denne undersøkelsen, som har økt i pris. I 1993 var medianprisen på 22 kroner per tablett mens prisen i 2004 var steget til 35 kroner. I 1997 var prisen over 40, i 2003 30, så det har vært relativt store variasjoner i Rohypnol-prisen over tid. Myndighetene har søkt å redusere den illegale omsetningen av medikamentet ved å oppfordre legene til større forsiktighet i foreskrivningspraksisen, tablettene omsettes i mindre forpakninger enn før

og man har tilsatt tablettens farge (blå). Politi- og tollvesenet har økt beslagene av Rohypnol og samlet kan dette ha bidratt til prisoppgangen figur 26 viser. Høye priser medfører imidlertid at illegal import blir enda mer lønnsom, så den ulovlige innførselen er nok fortsatt betydelig. Det har kun vært mindre prisendringer på Vival/Valium/Stesolid og på Paralgin Forte.

Når det gjelder sterke smertestillende medikamenter, som Dolcontin og Temgesic, oppgir respondentene ofte at de får disse på resept av lege, men det er også en viss omsetning på det illegale markedet. Dolcontin og Temgesic svelges eller oppløses i væske og injiseres. Figur 27 viser at det er Temgesic som har hatt det største relative prisfallet (ned 81 prosent) fra en medianpris på 94 i 1993 til 18 kroner i 2004, mens prisen på Dolcontin har falt fra omtrent 380 i 1993 til 90 kroner i 2004 (ned 77 prosent).

Kvinner ser ut til å betale litt mer for Vival/Valium/Stesolid og for Temgesic enn menn, mens bruker-selgerne av heroin/amfetamin betaler litt mindre for Rohypnol og Paralgin Forte enn de som ikke selger disse stoffene. Selv om disse forskjellene er statistisk signifikante utgjør de imidlertid lite i kroner per tablett.

Figur 27. Pris per tablett for Temgesic og Dolcontin.



Merknad: Prisene er medianprisen for det enkelte år. Antall observasjoner varierer fra et år til et annet og for ulike medikamenter innenfor det samme året.

5.3.5 Priser ved kjøp av større mengder stoff

Kvantumsrabatter er sentralt i dette markedet. Det er veldig mye dyrere å kjøpe små enheter av for eksempel heroin enn det er å kjøpe flere gram samtidig. Årsaken til dette er blant annet at omkostningene og risikoen for selgerne går betydelig ned når antall transaksjoner av stoffet reduseres ved salg av større kvanta. Vi har stilt spørsmål om hva de intervjuede må betale for ulike mengder av heroin og amfetamin, og tabell 12 og 13 viser resultatene basert på data for de siste årene.

Tabell 12. Medianpris for ulike kvantum av heroin 2001-2003.

| | 0,2 gram | 0,5 gram | 1 gram | 5 gram |
|-------------------|----------|----------|--------|--------|
| Stykkpris | 350 | 650 | 1100 | 3500 |
| Omregnet grampris | 1750 | 1300 | 1100 | 700 |

Tabellen viser at dersom man kjøper fem og fem gram heroin ad gangen, betaler man under halvparten per gram (40 prosent) sammenlignet med hva gramprisen blir dersom man kjøper i "nulltoere". At så store prisforskjeller per gram kan eksistere innenfor et marked, skyldes at mange rett og slett ikke klarer å skrape sammen de pengene som skal til for å kjøpe stort i utgangspunktet. Veldig mange sprøytemisbrukere lever "fra hånd til munn". Når de har stått noen timer med tiggerbøssa eller jentene kommer fra en "tur" på strøket, har de ofte bare penger til ett skudd og ikke mer. Dermed må de betale en relativt høy pris for det de kjøper. Ikke mange markeder i den legale økonomien kan fremvise en slik sterk prisdiskriminering overfor sluttbruker ved ulike kvanta av varen, og det skarpe prisskillet mellom ulike mengdeenheter har fortsatt å eksistere selv om det generelle prisnivået på narkotika er falt.

Tabell 13 presenterer prisforskjellen for amfetamin.

Tabell 13. Medianpris for ulike kvantum av amfetamin 2001-2003.

| | 0,25 gram | 1 gram | 5 gram |
|-------------------|-----------|--------|--------|
| Stykkpris | 150 | 300 | 1125 |
| Omregnet grampris | 600 | 300 | 225 |

Som tabellen viser er kvantumsrabattene, relativt sett, like store for amfetamin som for heroin. Ved kjøp av fem gram betaler man mindre enn halvparten per gram sammenlignet med gramprisen ved kjøp av "kvartering" (0,25 gram).

Da dette prosjektet startet, ba vi også politiet i Oslo om å samle inn prisinformasjon for de samme mengdeenheter og typer narkotika som vi innhenter data om. Politiet rapporterte i tillegg årlig priser for større mengder narkotika (10 gram – 1 kilo). Bakgrunnen for politiets prisliste er informasjon fra misbrukere og selgere på ulike nivåer innhentet av tjenestemenn ved uropatruljen/sekjonen for organisert kriminalitet (SO). Politiets priser gjengis i tabell 21 i appendiks A3. En sammenligning av prisene politiet samler inn med dataene fra misbrukerne vi har intervjuet, viser god overensstemmelse, dvs. prisene presentert i tabellene 12 og 13 ligger innenfor de prisintervaller politiet rapporterer.

5.4 Estimerte utgifter til rusmidler

Gitt rapportert forbruk og priser, blir det neste spørsmålet hvor mange penger sprøytemisbrukerne bruker i gjennomsnitt per dag på rusmidler. Da tidligere anslåtte beløp har variert mye, har et mål med denne undersøkelsen vært å gjøre en grundig beregning av disse utgiftene. I det følgende har vi tatt utgangspunkt i de priser og den totale rusmiddelbruk den enkelte respondent har oppgitt å ha hatt i måneden før intervjuet ble foretatt. Resultatene i kapittel 4 viste at det blant sprøytemisbrukere er store variasjoner i forbruket av rusmidler. Vi ønsket å beregne de totale utgiftene til rusmidler for den enkelte, og få fram variasjonene i disse forbruksutgiftene ved å se nærmere på hvor mye penger enkelte undergrupper av sprøytenarkomane bruker i gjennomsnitt på stoff.

For alle typer rusmidler er det registrert antall bruksdager per måned, og forbruksutgiftene settes derfor lik månedsforbruk multiplisert med enhetsprisen for hvert rusmiddel. Utgiftene til ulike rusmidler summeres for hver enkelt respondent og totale utgifter per måned divideres med 30 for å få utgiftene per dag. For heroinmisbrukerne er eksempelvis utgiftene til heroin lagt sammen med utgiftene til forbruket den enkelte i tillegg oppgir av amfetamin, hasj, alkohol, piller osv. For de som bare har oppgitt hvor mye de har brukt, men ikke angitt priser, har vi brukt medianprisen det tilsvarende året intervjuet ble foretatt for det enkelte stoff. For tabletter ble det før 1998 bare spurt om hvilke type tabletter og hvor

mange som ble konsumert i går (eller ved forrige gang vedkommende brukte tabletter). Først fra 1998 ble det også spurt om antall bruksdager sist måned. Utgiftene til tabletter er derfor bare regnet inn for de som er intervjuet fra og med 1998.

Når det gjelder utgiftene til alkohol vil det bety mye om alkoholen er kjøpt i butikk eller på et serveringssted. Det ble i undersøkelsen ikke spurt om hvor alkoholen var kjøpt eller hva den enkelte betalte. For øl har vi tatt utgangspunkt i butikkpris når de har oppgitt konsumet i antall flasker øl, restaurantpris når konsumet er oppgitt i antall halvlitere. Ikke mange oppga å ha drukket vin (n=171), noen flere oppga brennevin (n=406). For disse har vi tatt utgangspunkt i polets priser for en relativt billig rødvin og en relativt billig type sprit. Framgangsmåten kan over- eller undervurdere de sanne utgiftene, men utgiftene til alkohol utgjør uansett ingen stor del av de samlede utgiftene til rusmidler. I tabell 14 presenteres både samlede utgifter som inkluderer og ekskluderer utgiftene til alkohol.

Beregning av utgiftene til kokain, LSD og ecstasy avviker også noe fra standarden skissert over. Beregningsmåten er forskjellig fordi vi kun har spurt om antall bruksdager sist måned (og ikke også mengde per gang) og fordi vi ikke her har spurt om priser. For LSD og ecstasy antar vi at de som oppgir bruk av disse stoffene i gjennomsnitt bare bruker 1 enhet LSD eller 1 ecstasytablett per bruksdag, slik at månedsforbruket settes lik antall bruksdager. Enhetsprisen er satt til 150 kroner i 2004 for hver av stofftypene og prisene i tidligere år er justert med konsumprisindeksen i forhold til dette beløpet. For kokain antar vi at forbruksutgiften tilsvarer en døgnpris på 600 kroner, og det indeksregulerte beløpet multipliseres med antall bruksdager for kokain. Heller ikke inklusjon av utgiftene til kokain, LSD og Ecstasy medfører store endringer i gjennomsnitts- og medianutgift, se tabell 14.

Både fordi utgiftene til tabletter bare kan beregnes for de som er intervjuet fra og med 1998 og fordi mange priser har falt såpass betydelig i løpet av undersøkelsesperioden, deler vi materialet i to grupper. Til tross for at utgiftene til tabletter ikke er tatt med, har de som er intervjuet i perioden 1994-1997, betydelig høyere forbruksutgifter enn de som er intervjuet i 1998-2004. Utgiftsanslagene i tabell 14 viser at forskjellene mellom de fire beregningsmåtene ikke gir vesentlig forskjellige beløp innenfor hver av gruppene. Imidlertid ligger størrelsen på medianutgiftene betydelig under gjennomsnittsutgiftene i alle beregningene. Vi vil videre i dette avsnittet ta utgangspunkt i dataene som også inkluderer utgiftene til tabletter, dvs.

intervju foretatt f.o.m. 1998, og beregningsmåte 4) der gjennomsnittsutgiftene er basert på alle typer rusmidler den enkelte respondent har oppgitt å bruke.

Tabell 14. Estimer av median- og gjennomsnittsutgift til rusmidler per dag blant sprøytemisbrukere (n=3306).

| Type beregning | Forbruksutgift per dag 1994-1997 (n=1605) Utgifter til piller ekskludert | | Forbruksutgift per dag 1998-2004 (n=1701) Utgifter til piller inkludert | |
|--|---|-------------------|--|-------------------|
| | Gj.snitts- utgift | Median- utgift | Gj.snitts- utgift | Median- utgift |
| 1) Utgifter til heroin, amfet., hasj og evt. piller | 1063 | 734 | 819 | 623 |
| 2) Utgifter til heroin, amfet., hasj, kokain, LSD, Ecstasy og evt. piller | 1064 | 734 | 835 | 653 |
| 3) Utgifter til heroin, amfet., hasj, alkohol og evt. piller | 1083 | 750 | 834 | 642 |
| 4) Utgifter til heroin, amfet., hasj, kokain, LSD, Ecstasy, alkohol og evt. piller | 1085 | 756 | 850 | 663 |

I følge denne beregningen brukte sprøytemisbrukere i perioden 1998-2004 i gjennomsnitt 850 kroner dagen til rusmidler. For et mer utfyllende bilde av variasjonen, viser tabell 15 andelene som har daglige utgifter i intervallene mindre enn 500 kroner, 501-1000 kroner, 1001-1500 kroner og over 1501 kroner.

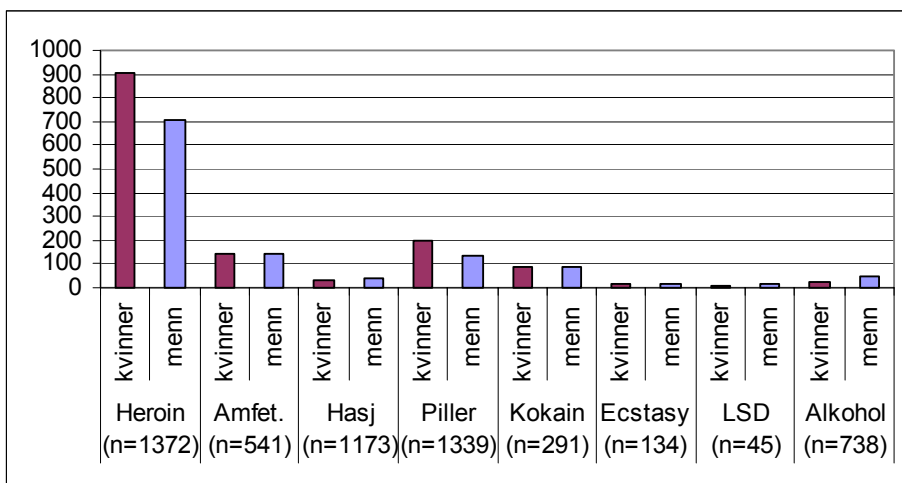
Tabell 15. Prosentvis fordeling av grupperte gjennomsnittsutgifter til rusmidler (n=3306).

| | <500 | 501-1000 | 1001-1500 | >1500 |
|------------------|------|----------|-----------|-------|
| Utgifter per dag | 38,4 | 26,6 | 15,2 | 19,8 |

Vi ser at 65 prosent av utvalget har daglige utgifter til rusmidler på 1000 kroner eller mindre per dag. Nesten 2 av 5 sprøytemisbrukere har mindre enn 500 i daglige utgifter, mens 1 av 5 har mer enn 1500 kroner i gjennomsnitt.

Kvinnelige sprøytemisbrukere har i gjennomsnitt en betydelig høyere forbruksutgift enn menn. For perioden etter 1997 har kvinner i gjennomsnitt daglige utgifter på 1036 kroner mens mannlige sprøytemisbrukere bruker 779, dvs. menns utgifter er i disse beregningene omtrent 25 prosent lavere enn kvinners. Som vist i kapittel 4 har kvinner og menn et noe ulikt forbruksmønster når det gjelder mengde og type av de ulike stoffene. Figur 28 viser forskjeller i forbruksutgift mellom de som oppgir bruk av de ulike stoffene.

Figur 28. Gjennomsnittlig daglige utgifter til ulike typer rusmidler blant de som oppgir bruk av de ulike rusmidlene, 1998-2004.

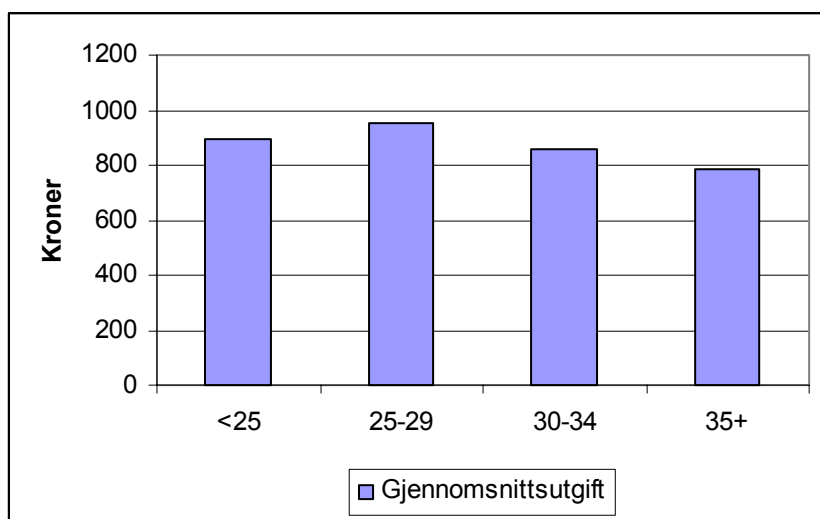


Kvinnens samlede tablettutgifter ligger nesten 30 prosent høyere enn menns, og også utgiftene til heroin er betydelige høyere (907 versus 709 kroner). Det er ingen signifikant forskjell mellom kjønnene når det gjelder brukernes utgifter til amfetamin, hasj, kokain, Ecstasy og LSD. Bare utgiftene til alkohol er høyere blant menn. Figuren illustrerer at det er utgiftene til heroin som veier tyngst i de samlede utgiftene til rusmidler. Også utgiftene til amfetamin og piller betyr en del, mens

gjennomsnittsutgiftene for kokain, hasj og alkohol er relativt beskjedne. Sprøytemisbrukerne bruker ikke mye penger i gjennomsnitt på Ecstasy og LSD.

Dataene viser at det er visse forskjeller mellom aldersgruppene når det gjelder utgifter til rusmidler. De som er under 30 år har høyere utgifter enn de som er eldre (931 versus 812 kroner i gjennomsnitt per dag). I figur 29 synes det som om det spesielt er de i aldersgruppen 25-29 år som har høyere utgifter, men forskjellen er ikke statistisk signifikant mellom denne og de under 25 år. I kapittel 4 så vi at det var de eldste som oppga høyest forbruk av heroin, men når det gjelder utgifter er ikke forskjellen mellom aldersgruppene signifikant. Dette skulle bety at de eldre betaler en lavere enhetspris enn de yngre. De yngste har de høyeste utgiftene til hasj, de eldste til alkohol.

Figur 29. Gjennomsnittlige samlede utgifter per dag til rusmidler fordelt på aldersgrupper (n=1701), 1998-2004.

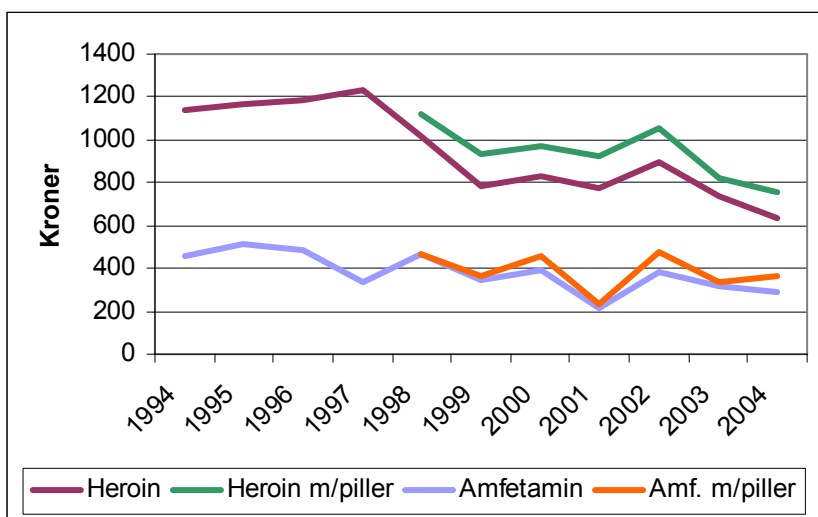


Hvor store daglige utgifter man har til rusmidler avhenger i betydelig grad av hvilket rusmiddel man i hovedsak injiserer. Heroin er klart dyrest, og heroinmisbrukerne må ut med 962 kroner i gjennomsnitt hver dag mens amfetaminmisbrukerne klarer seg med 390 kroner dagen for de ulike rusmidlene de bruker. Ved siden av forskjellene i utgiftene til stoffene som injiseres, er det utgifter til piller og kokain som er med og bidrar til

forskjellene. Heroinmisbrukere som kjøper tabletter og kokain bruker større beløp på disse stoffene enn hva tilfellet er blant amfetaminmisbrukere som oppgir bruk av de samme stoffene. Som vi skal se i neste kapittel, bidrar forskjellene i forbruksutgifter til at heroin- og amfetaminmisbrukerne også har et noe ulikt mønster for inntektsgenerering.

Siden utgiftene til tabletter bare kan inkluderes fra 1998, ser vi først bort fra denne utgiftsposten når vi presenterer hvordan utgiftene til de øvrige rusmidlene har endret seg over undersøkelsesperioden. Det store fallet i priser på spesielt heroin har medført et betydelig fall i forbruksutgiftene selv om prisfallet også har medført høyere forbruk av heroin og amfetamin.

Figur 30. Samlede gjennomsnittsutgifter til rusmidler per dag 1994-2004 for henholdsvis heroin- og amfetaminmisbrukere. Utgifter til tabletter er kun inkludert siden 1998.



Figur 30 illustrerer reduksjonen i forbruksutgift over tid for heroin- og amfetaminmisbrukerne og viser at fallet i forbruksutgifter først og fremst gjelder de som hovedsakelig misbruker heroin. Disse utgiftene begynte imidlertid ikke å falle før etter 1997. Siden da har utgiftene blitt betydelig redusert. Gjennomsnittlig totale forbruksutgift blant heroinmisbrukere som ble intervjuet i 2004 er 760 kroner, en reduksjon på vel 32 prosent i forhold til de som ble intervjuet i 1998 da utgiftene i snitt beløp seg til

1120 kroner. For amfetaminmisbrukerne har totale utgifter til rusmidler falt fra 470 i 1998 til 290 i 2004, dvs. de har falt med nær 40 prosent i perioden.

5.5 Kort oppsummering av kapittel 5

- Prisen på narkotika kan ha betydning for hvor mye som brukes av det enkelte stoff, hvor mye som brukes av andre narkotiske stoffer, hvordan stoffene inntas, for nyrekruttering, og prisendringer kan si noe om markedsforholdene.
- Narkotikakjøperne kjenner sjelden styrkegraden (renheten) på stoffet de kjøper.
- Gjennomsnittlig renhet for større partier av heroin tatt av politi og toll er lavere nå enn for fem år siden, men styrkegraden, både for heroin og amfetamin varierer mye innenfor det enkelte år.
- Heroinprisen har falt med vel 70 prosent siden 1993.
- Amfetaminprisen har falt med vel 60 prosent siden 1993
- Kvinnelige misbrukere betalte i snitt mer for heroin og amfetamin enn det mannlige misbrukere gjorde.
- Prisen per gram var 2,5 ganger så høy dersom man kjøpte enkeltdoser av heroin eller amfetamin i forhold til å kjøpe 5 gram samtidig.
- Realprisen på hasj har falt noe selv om den nominelle prisen har vært stabil.
- For perioden 1998-2004 brukte en sprøytemisbruker i snitt 850 kroner på rusmidler per dag. Nesten 2 av 5 sprøytemisbrukere hadde mindre enn 500 i daglige utgifter, mens 1 av 5 hadde mer enn 1500 kroner i gjennomsnitt.
- Kvinnelige sprøytemisbrukere hadde høyere utgifter enn mannlige (1040 versus 780 kroner).
- Heroinmisbrukerne hadde i gjennomsnitt høyere utgifter enn de som hovedsakelig injiserte amfetamin (960 versus 390 kroner).
- Heroinmisbrukernes daglige utgifter er redusert med drøye 32 prosent fra 1140 i 1998 til 760 kroner i 2004. Amfetaminmisbrukernes utgifter er redusert med nesten 40 prosent fra 470 i 1998 til 290 i 2004.

6 Finansiering av narkotikamisbruket

Som forrige kapittel viste, er utgiftene til narkotika ofte så høye at misbrukerne ikke kan klare seg med et inntektsnivå generert gjennom vanlige, legale kilder. Vinningskriminalitet, stoffsalg og prostitusjon er derfor blant de viktige inntektskildene for mange som misbruker narkotika. Denne inntektsgenereringen kan medføre ulike typer belastninger for samfunnet og det enkelte samfunnsmedlem, og er en sentral faktor i de samlede kostnadene narkomane påfører samfunnet.

Vi spurte de intervjuede om hvordan de finansierte stoffbruken sin ved å be dem angi hvorvidt de den siste måneden hadde hatt inntekt fra 6 ulike inntektskilder, dvs. fra arbeid, trygd/sosialhjelp, vinningskriminalitet, stoffsalg, prostitusjon og "annet" og rangere disse kildene i forhold til hverandre. Innenfor kategorien "annet" ble de bedt om å spesifisere nærmere hvor pengene kom fra. Penger fra tiggning, gaver fra familie/venner, flaskepanting, oppsparte midler (arv, salg av eiendeler og lignende) ble rapportert. De intervjuede ble videre bedt om å angi hvor mye penger de hadde generert fra de ulike kildene i måneden forut for intervjuet. For de som oppga stoffsalg som inntektskilde, stilte vi nærmere spørsmål om type stoffer, kvanta kjøpt for videresalg, hvor ofte de solgte osv.

Spørsmålene om inntekt viste seg ikke overraskende å være blant de spørsmål som respondentene hadde størst vansker med å besvare. Dette både fordi det for enkelte er snakk om ulovlige virksomheter med til dels høye strafferammer (stoffsalg) og virksomheter det er knyttet store stigma til (prostitusjon, stoffsalg o.a.). Men problemene med å svare knyttet seg også til at dette er en type handling der de involverte ikke er vant til å tenke "månedslønn" og regulære betalinger.

Som vi skal komme tilbake til, har vi derfor gjort enkelte grep for å estimere hva "inntekten" faktisk har vært (eksempelvis verdien av det "å spise av lasset" når det gjelder narkotikaomsetning). Som nærmere beskrevet i Bretteville-Jensen og Sutton (1996) er det minst tre mulige feilkilder når det gjelder inntektsdataene. For det første kan de intervjuede ha unnlatt å rapportere hvilke inntektskilder de faktisk har hatt. For det andre kan de, for de kildene de har rapportert, ha unnlatt eller ikke ha klart å gi anslag for hvor mye inntekt de hadde fra de ulike kildene. For det

tredje kan inntektsanslagene som angis, systematisk over- eller underdrive den faktiske inntjeningen.

Det er ikke mulig å anslå i hvilken grad den første årsaken har gjort seg gjeldene. Stigma knyttet til visse aktiviteter for å skaffe seg penger og frykten for at innrømmelse av straffbare handlinger kunne få konsekvenser på et senere tidspunkt, kan ha medført at enkelte har unnlatt å angi aktuelle inntektskilder. Den høye andelen som tross alt har oppgitt inntekter fra prostitusjon og stoffsalg kan imidlertid tyde på at underrapportering ikke utgjør et betydelig problem. Trolig bør man likevel tolke tallene i avsnitt 6.1 som minimumstall.

I forhold til den andre nevnte feilkilden, viser dataene at det er en del respondenter som ikke har ønsket, eller ikke har klart, å angi beløpene de ulike inntektskildene har innbrakt: For 13 prosent av tilfellene der inntektskildene ble angitt, ble det ikke samtidig rapportert et beløp. Det var tydeligvis enklest å angi månedsbeløpet de fikk i offentlig støtte, der 98 prosent av de som oppga at de mottok slik støtte også var i stand til å rapportere beløpet. Blant de som hadde arbeidsinntekt var det 91 prosent som anga inntektsbeløpet og 88 prosent av de prostituerte gjorde det samme. Drøyt 20 prosent av dem som oppga vinningskriminalitet eller stoffsalg som inntektskilde, ønsket ikke, eller klarte ikke, å angi hvor mye inntekt de hadde hatt sist måned. Den tilsvarende andelen blant de som oppga restkategorien "annet", var 37 prosent. Den relativt høye andelen som ikke oppga inntektsbeløpet i denne siste kategorien, kan skyldes at enkelte som ikke ønsket å angi nærmere hvordan eller hvor mye penger de hadde tjent, oppga denne kategorien uten å gå i mer detaljer om inntektsgenereringen.

Det ville vært uheldig for studien om vi "mistet" de som ikke oppga beløpsstørrelsene. Dette fordi vi ikke kan anta at det er helt tilfeldig hvem som ikke besvarte disse spørsmålene og fordi vi ville fått et lavere antall observasjoner i de multivariate analysene. Derfor har vi valgt å korrigere for underrapporteringen ved å foreta en type *interpolering*. Dersom en person eksempelvis oppga at vinningskriminalitet var den nest viktigste inntektskilden, men ikke rapporterte et beløp, har vi tillagt denne personen en inntekt fra vinningskriminalitet tilsvarende gjennomsnittet blant alle de som har angitt denne kategorien som nest viktigste inntektskilde. På den måten har alle som har oppgitt en type inntektskilde, uten å angi beløpets størrelse, blitt tildelt en inntekt. Gjennomsnittlig inntekt øker noe med denne framgangsmåten (fra 31.000 til 38.000). Som for priser, har vi

deflatert inntekten med konsumprisindeksen. Vi har også fjernet ekstremutslag ved å se bort fra de 1 prosent høyeste inntektene når vi har beregnet gjennomsnittsinntektene.

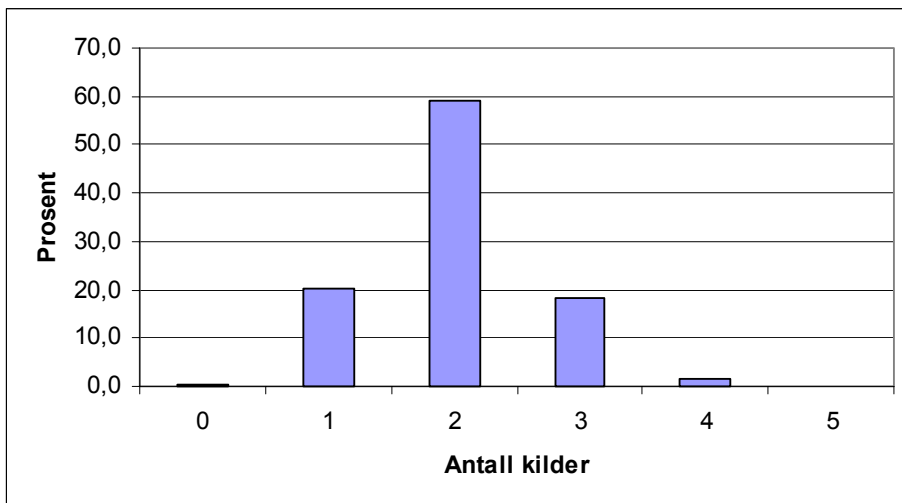
Når det gjelder systematisk over- eller underdrivelse av de inntektsbeløpene som faktisk er oppgitt, har vi små muligheter til å undersøke om slikt forekommer. Kun for de som er stoffselgere har vi en viss mulighet til å etterprøve holdbarheten i størrelsene de oppgir. Under forutsetning av at de spurte utgjør et representativt utvalg av kjøpere og selgere samt at salgsaktiviteten blant selgerne er noenlunde presist angitt, burde den totale mengden som selgerne oppgir å ha solgt, stemme overens med det totale kvantum som kjøperne oppgir å ha kjøpt. Undersøkelser fra et underutvalg av materialet (Bretteville-Jensen og Sutton 1996) viser at disse størrelsene nesten er jevne, dvs. mengden som oppgis av selgerne utgjør 94 prosent av det kjøperne oppgir å ha brukt. Dette øker tiltroen til at de rapporterte beløpene fra stoffsalg ligger nær de virkelige størrelsene.

I avsnitt 6.1 presenteres antall og typer av inntektskilder, samt forskjeller i måter å skaffe seg penger på mellom kjønn, aldersgrupper, typer av hovedmisbruk og over tid. Det neste avsnittet (6.2) tar for seg hvor mye penger som genereres fra de ulike kildene og eventuelle forskjeller i forhold til overfor nevnte bakgrunnsvariable. Inntektene sammenstilles deretter i avsnitt 6.3. med forbruksutgiftene som ble beregnet i avsnitt 5.4., før betalingsmåter blir beskrevet i avsnitt 6.4. Det siste avsnittet i dette kapittelet, 6.5, diskuterer stoffsalg og stoffselgere i mer detalj.

6.1 Type inntektskilder

Selv om spørsmålene om inntekt var vanskelig for mange, var det bare i 18 av de 3829 intervjuene (0,5 prosent av utvalget) at det ikke ble oppgitt minst en type inntektskilde.

Figur 31. Prosentvis fordeling over antall oppgitte inntektskilder (n=3829).



Vi ser fra figur 31 at de fleste (ca. 60 prosent) oppga å ha hatt to typer inntektskilder, mens 20 og 18 prosent oppga henholdsvis en og tre ulike inntektskilder. Bare 4 personer sa de hadde hatt inntekt fra 5 av de 6 inntektskategoriene vi spurte om, og knapt 2 prosent oppga 4 kilder. Resultatene bekrefter at de fleste misbrukerne må satse på flere måter å skaffe seg penger på for å finansiere stoffbruken sin.

Når det gjelder hvilke typer av inntektskilder de intervjuede oppgir, viser tabell 16 at de aller fleste, nær 85 prosent, har mottatt trygd eller sosialhjelp i måneden før intervjuet. Mer overraskende er det kanskje at vel 44 prosent rapporterer at de helt eller delvis finansierer stoffbruken sin med salg av narkotiske stoff til andre misbrukere. Den høye avansen i hvert ledd av salgskjeden muliggjør at mange kan gjøre bruk av denne kilden. Vinningskriminalitet, som mange forbinder med stoffmisbruk, oppgis på den andre siden som finansieringskilde bare av hver fjerde misbruker. Arbeid, prostitusjon og "annet" er oppgitt som aktuell

inntektskilde av omtrent like store andeler av utvalget, dvs. av ca 15 prosent.

Tabell 16. Inntektskilder siste fire uker i prosent, samlet (n=3811) og fordelt på kvinner og menn. Antall personer i parentes.

| | Samlet | Kvinner | Menn |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Arbeid | 14,0 (527) | 6,0 (73) | 17,5 (454) |
| Trygd/sosialhjelp | 84,5 (3233) | 87,0 (1043) | 83,5 (2189) |
| Vinningskriminalitet | 25,5 (975) | 15,5 (186) | 30,0 (789) |
| Stoffsalg | 44,5 (1697) | 41,0 (491) | 46,0 (1206) |
| Prostitusjon | 15,5 (601) | 43,5 (556) | 1,5 (45) |
| Annet | 16,5 (640) | 13,0 (159) | 18,5 (481) |

Tabell 16 bekrefter at det er store forskjeller på kvinner og menns måte å skaffe penger på. Ved siden av trygd og offentlige stønader er prostitusjon viktig for kvinner. Mer enn 4 av 10 kvinner har hatt inntekt fra prostitusjon de fire siste ukene før intervjuet. Hadde vi spurt om de *noen gang* hadde hatt inntekt fra å selge kroppen sin, ville trolig andelen ha vært vesentlig høyere. Andelen kvinner som har hatt inntekt fra stoffsalg, er nesten like høy som for prostitusjon og omtrent tilsvarende andelen vi finner blant de mannlige sprøytemisbrukerne. Omtrent 1 av 8 kvinner rapporterer om andre typer inntektskilder enn de fem som er spesifisert ("annet"). Blant kvinnene er det bare 6 prosent som oppgir inntekt fra arbeid og vel 15 prosent fra vinningskriminalitet.

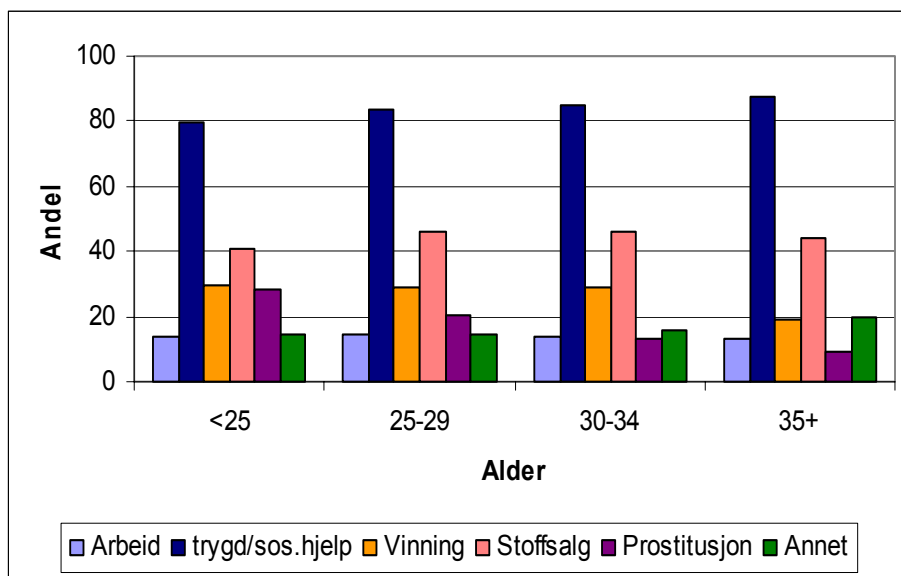
Kvinnens inntektsgenerering står i en viss kontrast til hvordan de mannlige misbrukerne skaffer seg penger, ved at 17 prosent av mennene oppgir arbeidsinntekt og 30 prosent oppgir å ha tjent penger via tyveri og annen vinningskriminalitet. Bare 1,5 prosent av mennene oppgir prostitusjon som inntektskilde. Det lave tallet gjenspeiler nok både at det faktisk ikke er noen høy andelprostituerte blant mannlige sprøytemisbrukere, men kan også skyldes at mannlige prostitusjon er enda mer stigmatisert enn kvinnelig

prostitusjon. Stigmaet kan medføre at menn i enda mindre grad vil være villige til å oppgi denne kilden, selv om den skulle vært aktuell. Tallet kan dermed være for lavt i forhold til den virkelige andelen blant mannlige misbrukere. På den andre siden oppgir enkelte av de 45 mennene som rapporterer inntekt fra prostitusjon, at det egentlig er "dama", dvs. kjæresten, forloveden eller kona, som går "på strøket", mens de selv mottar penger og/eller narkotika igjen fra disse. Denne "inntekten" eller gaven fra andre skulle derfor strengt tatt være rubrisert under "annet", og trekker i retning av at 1,5 prosent er et for høyt tall for mannlige sprøytemisbrukere når det gjelder inntekt fra prostitusjon.

Det er over 80 prosent blant mennene som rapporterer at de forrige måned mottok trygd eller sosialhjelp, og nesten 1 av fem hadde inntekt fra ymse andre kilder enn de fem definerte. De største kjønnsforskjellene finner vi dermed i kategoriene arbeid, vinningskriminalitet og prostitusjon; menn utfører i større grad lønnet arbeid og vinningskriminalitet, kvinner trekker på gaten i betydelig større grad enn menn.

Ser vi på de ulike aldersgruppene finner vi også visse forskjeller i inntektsgenereringen. Vi har delt inn materialet i de under 25 år, 25-29 år, 30-34 år og de over 35 år (figur 32).

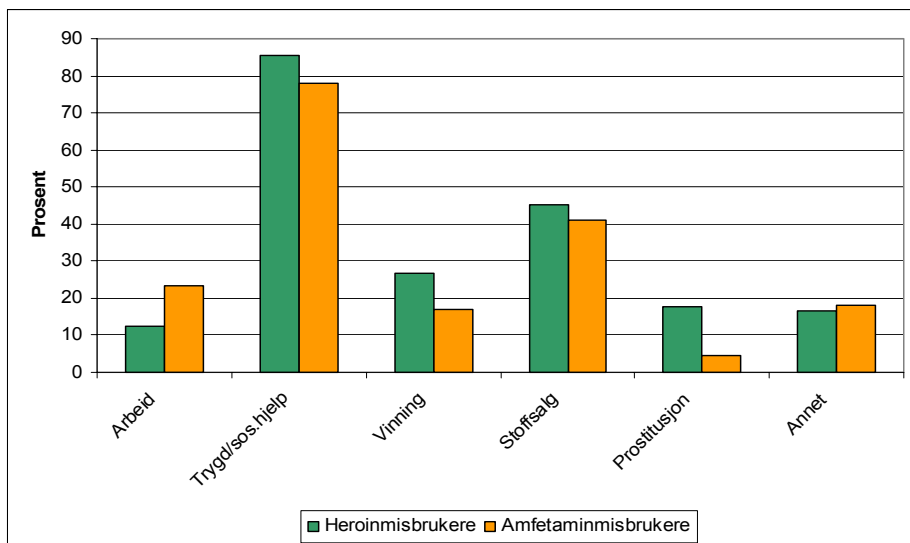
Figur 32. Andelene som oppgir inntekt fra ulike kilder fordelt på fire aldersgrupper.



Andelene som oppgir arbeidsinntekt og inntekt fra stoffsalg er de mest stabile i forhold til aldersgruppene. For trygd/sosialhjelp er det en økning i andelen fra 80 prosent som oppgir at de mottar slik offentlig støtte blant de under 25 år til 87 prosent blant de over 35 år. Vi ser av figur 32 at andelen som oppgir vinningskriminalitet, er stabil på rundt 30 prosent fram til de er 35 år. Deretter faller den med 10 prosentpoeng for de i den øverste alderskategorien. Dette kan ha sammenheng med den dårlige helsen til eldre sprøytemisbrukere, som isolert sett vil gjøre mange av dem berettiget til ulike offentlige støtteordninger. Dessuten kan dårlig helse gjøre det vanskelig å skaffe inntekt gjennom for eksempel innbrudd, butikktysterier og lignende. Figuren viser også at andelen som oppgir inntekt fra prostitusjon faller med alderen – muligens fordi godt voksne kvinner ikke lenger er så attraktive på prostitusjonsmarkedet. Til gjengjeld øker kategorien "annet" med økende alder, noe som indikerer at når vinningskriminalitet og prostitusjon blir mindre aktuelle inntektskilder, søker sprøytemisbrukerne å erstatte dette med alternative måter å skaffe penger på.

En annen side ved inntektsgenereringen får vi fram når vi ser på inntektskildene i forhold til hovedmisbruk. Figur 33 viser at det er vesentlige forskjeller i hvordan heroin- og amfetaminmisbrukere skaffer penger til stoff.

Figur 33. Andelene av heroin- og amfetaminmisbrukere som oppgir ulike typer finansieringskilder.

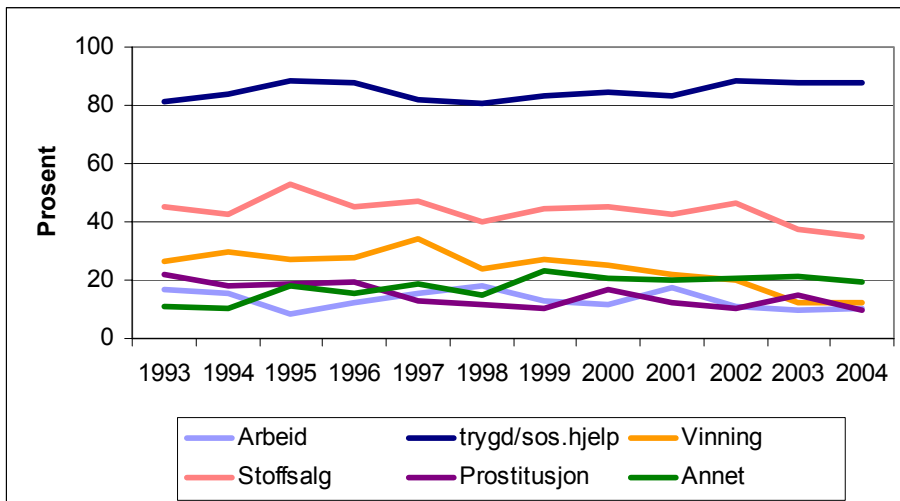


Omtrent hver fjerde amfetaminmisbruker oppgir at han eller hun i måneden før intervjuet, mottok arbeidsinntekt. Dette er en vesentlig høyere andel enn den vi finner blant heroinmisbrukerne (12 prosent). I tråd med dette mottar signifikant flere av heroinmisbrukerne trygd eller sosialhjelp (85 versus 78 prosent). Flere heroin- enn amfetaminmisbrukere må også ty til illegale finansieringskilder, og de rapporterer i større grad både vinningskriminalitet (27 versus 17 prosent) og stoffsalg (45 versus 41 prosent). Forskjellen mellom gruppene når det gjelder stoffsalg er signifikant på 10 prosents nivå. Det er betydelig flere prostituerte heroinmisbrukere enn amfetaminmisbrukere (18 versus 4 prosent), mens for kategorien "annet" rapporterer begge gruppene en andel på rundt 18 prosent.

Det at flere heroinmisbrukere enn amfetaminmisbrukere rapporterer inntekt fra finansieringskilder som vinningskriminalitet, stoffsalg, prostitusjon og offentlige støtteordninger, henger sammen med at heroinmisbrukere ofte har et mer omfattende misbruk og derved et større finansieringsbehov. Som vi så i kapittel 4, injiserer heroinmisbrukerne i gjennomsnitt oftere enn amfetaminmisbrukerne og de bruker ofte mer av andre rusmidler. Forskjellene ble tydeliggjort i avsnitt 5.4 der vi beregnet gjennomsnittlige totale utgifter for heroin- og amfetaminmisbrukere.

Hvordan sprøytemisbrukerne finansierer misbruket sitt har også endret seg noe over tid. En lavere andel enn tidligere oppgir å ha benyttet illegale finansieringskilder som vinningskriminalitet og stoffsalg. Andelene som rapporterer vinningskriminalitet, har falt fra et gjennomsnitt på 28 prosent i årene 1993-1995 til 19 prosent i årene 2000-2004 og for stoffsalg fra 46 til 42 prosent i tilsvarende perioder. Andelen som helt eller delvis finansierer stoffmisbruket med prostitusjon er også redusert fra et gjennomsnitt på 20 prosent de første årene i undersøkelsen til et gjennomsnitt på 13 prosent for årene 2000-2004. Andelene som oppgir "annet" som finansieringskilde i perioden, har økt tilsvarende. For kategoriene arbeid og trygd/sosialhjelp er det ingen signifikant endring når vi sammenligner gjennomsnittene fra de første med de siste årene i undersøkelsesperioden. Figur 34 viser de årlige prosentandelene for de ulike finansieringskildene.

Figur 34. Andelen som oppgir de ulike finansieringskildene i perioden 1993-2004 (n=3829).

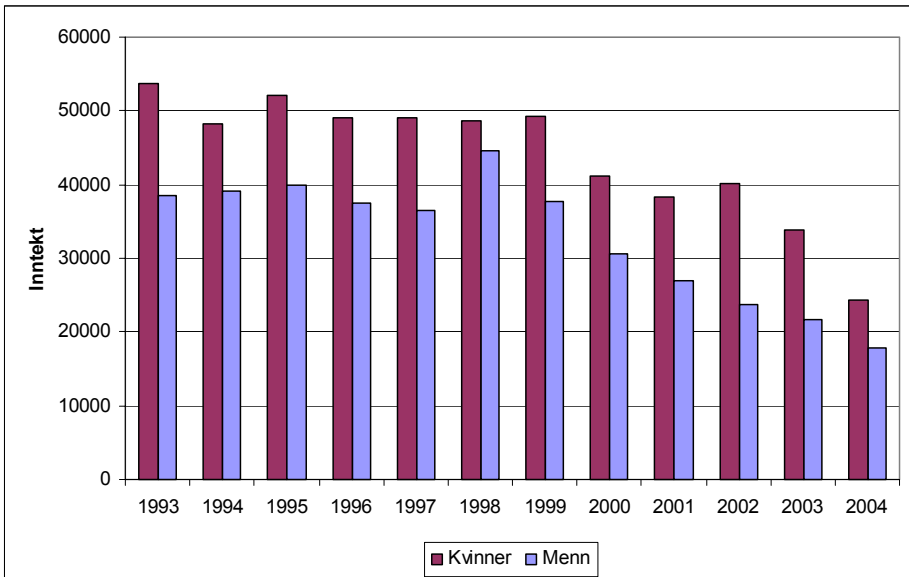


Som vi skal se i avsnitt 6.2, er det ikke bare andelen som oppgir at de har hatt inntekt fra illegale kilder som er redusert over tid, men også hvor mye de i gjennomsnitt genererer av inntekt fra de ulike kildene.

6.2 Omfang av inntekt fra ulike finansieringskilder

I kapittel 5 så vi at prisene særlig på heroin og amfetamin har falt betydelig i løpet av undersøkelsesperioden. Reduserte priser betyr at man kan kjøpe mer narkotika for en gitt sum penger, eller man kan skaffe seg samme mengde rusmidler med mindre inntekt enn før. Ved prisreduksjoner på varer generelt, viser det seg ofte at forbrukerne kombinerer dette og tar ut gevinsten fra reduserte priser ved at de både kjøper litt mer av varen og reduserer forbruksutgiftene noe til de varene som har gått ned i pris. Dataene fra sprøytemisbrukerne tyder på at de ikke skiller seg fra andre forbrukere på dette punktet: I kapittel 4 så vi at forbruket av rusmidler har økt betydelig i perioden med fallende priser, og inntektsdataene her viser en betydelig reduksjon i samme tidsrom. Samlet månedsinntekt faller fra et gjennomsnitt på 43.600 i årene 1993-1995 til et gjennomsnitt på 27.700 i årene 2000-2004. Ser man imidlertid hele undersøkelsesperioden under ett, brukte sprøytemisbrukerne ca. 38.600 kroner i måneden på rusmidler. Et så betydelig fall i gjennomsnittsinntekt over tid, betyr mindre kostnader for samfunnet og enkeltpersoner gjennom redusert vinningskriminalitet, stoffsalg osv.

Figur 35. Gjennomsnittlig samlet månedsinntekt for kvinner og menn i perioden 1993 til 2004.



Figur 35 viser at det er betydelige forskjeller mellom kjønnene når det gjelder hvor mye de i gjennomsnitt genererer av inntekt per måned, og den viser hvordan gjennomsnittlig inntekt har falt for kvinner og menn fra 1993 til 2004.

Kvinnene tjener i gjennomsnitt vesentlig mer penger enn menn (46.700 kroner versus 34.900 kroner i måneden), og figur 35 viser at kvinner oppgir høyere inntekt enn menn i alle årene vi har foretatt intervjuer. Dette kan i utgangspunktet synes noe overraskende da det i samfunnet ellers alltid er menn som i gjennomsnitt tjener mest penger. Forklaringen her finner man trolig i måten pengene tjenes på.

Tabell 17 viser månedlig gjennomsnittsinntekt gjennom hele perioden for de som oppgir å ha generert inntekt fra de ulike finansieringskildene. Som vi ser, er det ikke vesentlige forskjeller mellom kjønnene i gjennomsnittsinntekt for de fleste inntektskategoriene. Unntaket er prostitusjon. Her oppgir kvinnene drøyt 12.000 mer i gjennomsnittsinntekt, og når det også er over 500 flere kvinner enn menn som har inntekt fra dette, forklarer det mye av kjønnsforskjellene i samlet inntekt. Prostitusjon er i tillegg, i motsetning til for eksempel vinningskriminalitet, en nokså stabil og sikker inntektskilde i den forstand at når man først gjør en innsats for å tjene penger, er utfallet relativt sikkert. Mange jenter oppgir at de daglig er på "strøket" og at de jobber inntil de har tjent et visst minimum. Hvor lang tid det tar før dette beløpet er tjent inn, varierer en del fra dag til dag, men de opplyser at det er sjelden de ikke klarer å skaffe seg penger. En høyere og mer stabil inntekt for kvinner kan bidra til å forklare hvorfor kvinner også har et høyere forbruk av rusmidler enn menn, jf kapittel 4.

Tabell 17. Gjennomsnittlig månedsinntekt blant de som oppgir de ulike inntektskildene fordelt på kjønn.

| | Kvinner | Menn | Samlet |
|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Arbeid | 12 072 (n=73) | 14 521 (n=455) | 14 183 (n=528) |
| Trygd/sos.hjelp | 4 444 (n=1045) | 4 880 (n=2191) | 4 740 (n=3237) |
| Vinning | 30 296 (n=186) | 36 122 (n=789) | 35 010 (n=975) |
| Stoffsalg | 39 631 (n=359) | 36 098 (n=956) | 37 063 (n=1315) |
| Prostitusjon | 50 116 (n=555) | 37 437 (n=45) | 49 165 (n=600) |
| Annet | 16 207 (n=159) | 18 569 (n=481) | 17 982 (n=640) |
| Samlet | 46 677 (n=1195) | 34 877 (n=2607) | 38 578 (n=3803) |

Kvinner som arbeider, oppgir noe mindre arbeidsinntekt enn menn (12.000 versus 14.500 kroner), og de får i gjennomsnitt litt mindre utbetalt fra offentlige støtteordninger. Også fra vinningskriminalitet oppgir kvinnene lavere inntekt enn menn. Forskjellene i inntekt fra "annet" og stoffsalg, der kvinner har litt høyere inntekt enn menn, er ikke statistisk signifikante.

Ser vi på de ulike aldersgruppene, finner vi interessante forskjeller også her. Den nederste raden i tabell 18 viser at totalinntekten reduseres betydelig når sprøytemisbrukerne passerer 35 år. Gjennomsnittet for aldersgruppene under 30 år er vel 42.000 mens for de over 35 år er ca 34.000. Igjen er det prostitusjon som bidrar sterkt til denne forskjellen.

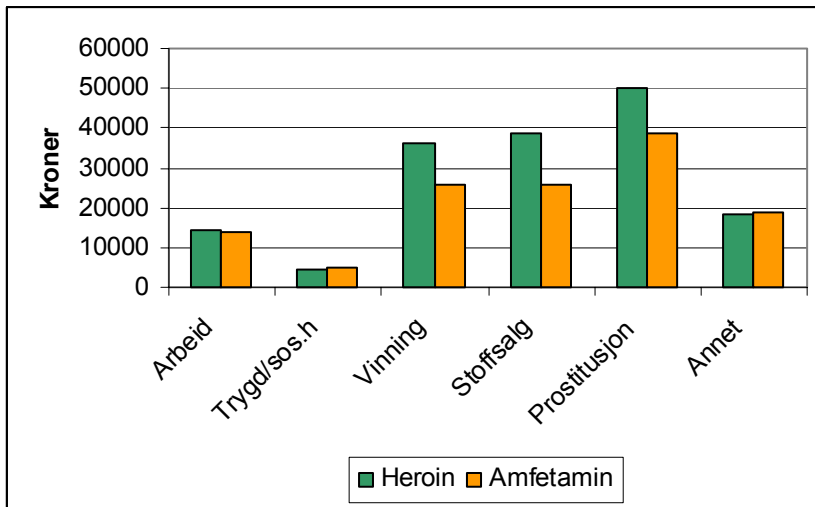
Tabell 18. Gjennomsnittlig månedsinntekt fra ulike inntektskilder fordelt på aldersgrupper.

| | <25 år | 25-29 år | 30-34 år | >35 år |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Arbeid | 9 939 (n=83) | 13 705 (n=129) | 15 945 (n=131) | 15 186 (n=183) |
| Trygd/sos.hjelp | 3 989 (n=478) | 4 446 (n=741) | 4 628 (n=812) | 5 289 (n=1202) |
| Vinning | 32 592 (n=178) | 38 279 (n=256) | 33 577 (n=277) | 34 901 (n=263) |
| Stoffsalg | 35 617 (n=172) | 37 801 (n=309) | 36 911 (n=345) | 36 871 (n=487) |
| Prostitusjon | 52 499 (n=170) | 50 178 (n=182) | 48 414 (n=124) | 43 763 (n=123) |
| Annet | 18 896 (n=88) | 17 456 (n=126) | 17 065 (n=150) | 18 386 (n=275) |
| Totalt | 42 290 (n=597) | 42 942 (n=882) | 38 283 (n=952) | 34 246 (n=1364) |

Det er de yngste prostituerte som tjener mest. De under 30 år med inntekt fra prostitusjon har en gjennomsnittlig månedsinntekt fra dette på over 50.000 kroner. Inntekten for de over 35 år med inntekt fra prostitusjon er ca. 15 prosent lavere fra denne inntektskilden, dvs. i underkant av 44.000 kroner. I kategoriene arbeid og trygd øker inntekten noe med alder, mens for vinningskriminalitet er inntekten høyest for aldersgruppen 25-29 år og lik for de tre andre aldersgruppene. Blant de som selger stoff eller oppgir kategorien "annet" er det ingen signifikant forskjell i rapportert inntekt mellom sprøytemisbrukere i ulik alder.

Dataene avdekker at det også er store inntektsforskjeller mellom de som i hovedsak injiserer heroin og de som i hovedsak injiserer amfetamin. Heroinmisbrukerne oppgir en gjennomsnittsinntekt på vel 42.000 kroner mens amfetaminmisbrukerne oppgir knappe 25.000. Figur 36 viser at det særlig er innenfor inntektskategoriene vinningskriminalitet, stoffsalg og prostitusjon at gjennomsnittsinntektene er vesentlig forskjellig. Mens en heroinmisbruker i gjennomsnitt tjener vel 38.000 på stoffsalg, er den rapporterte inntekten fra stoffsalg ca 25.000 for amfetaminmisbrukerne. De tilsvarende forskjellene for vinningskriminalitet er 36.000 versus 26.000 og for prostitusjon 50.000 versus 39.000.

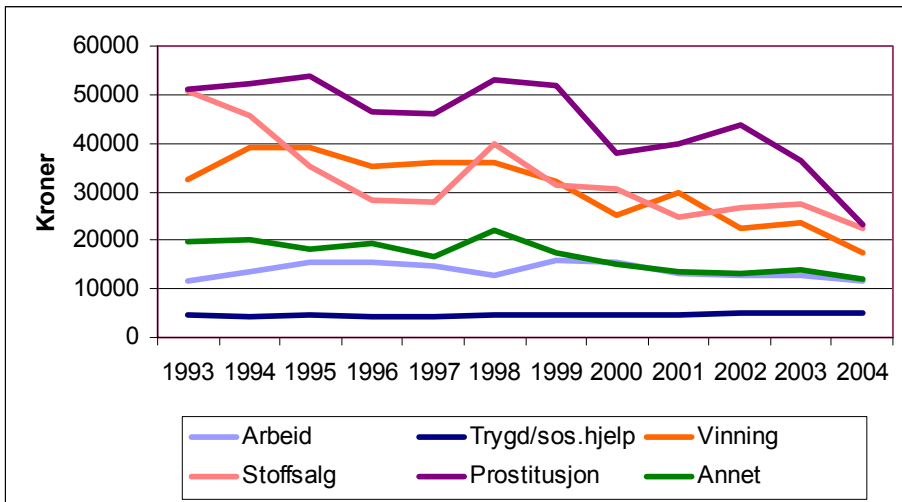
Figur 36. Gjennomsnittlig månedsinntekt, blant de som oppgir de ulike inntektskildene, fordelt på hovedstoff injisert (n=3189 for heroinmisbrukere og n=450 for amfetaminmisbrukere).



Det vi finner her kan sammenholdes med andelen av heroin- og amfetaminmisbrukerne som oppga de ulike inntektskildene (figur 33 i avsnitt 6.1). Vi ser der at det er en høyere andel av heroinmisbrukerne som oppga inntekt fra vinningskriminalitet, stoffsalg og prostitusjon. Samlet bidrar dette til å forklare hvorfor gjennomsnittsinntekten er høyere blant de som hovedsakelig misbruker heroin i forhold til de som misbruker amfetamin.

Som nevnt over har samlet gjennomsnittsinntekt falt i løpet av undersøkelsesperioden. Når vi ser på utviklingen for de enkelte inntektskildene, viser figur 37 at det er visse forskjeller mellom disse. Inntekt fra både prostitusjon og stoffsalg har falt betydelig. Fra et gjennomsnitt på ca 50.000 kroner i måneden i 1993 er det tilsvarende beløpet for begge disse inntektskildene halvert i 2004. Også inntekten fra vinningskriminalitet er blitt nær halvert fra de første årene i undersøkelsen til de siste, mens inntekten fra "annet" viser en noe mindre reduksjon over tid. Bare inntekten fra arbeid og offentlige stønader har vært relativt stabile over perioden. Dette tyder på at når behovet for inntekt reduseres som følge av betydelig lavere priser, kutter sprøytamisbrukerne naturlig nok først ned på de illegale og minst attraktive inntektskildene.

Figur 37. Utvikling i gjennomsnittlig beløp generert fra de ulike inntektskildene per måned i perioden 1993-2004.

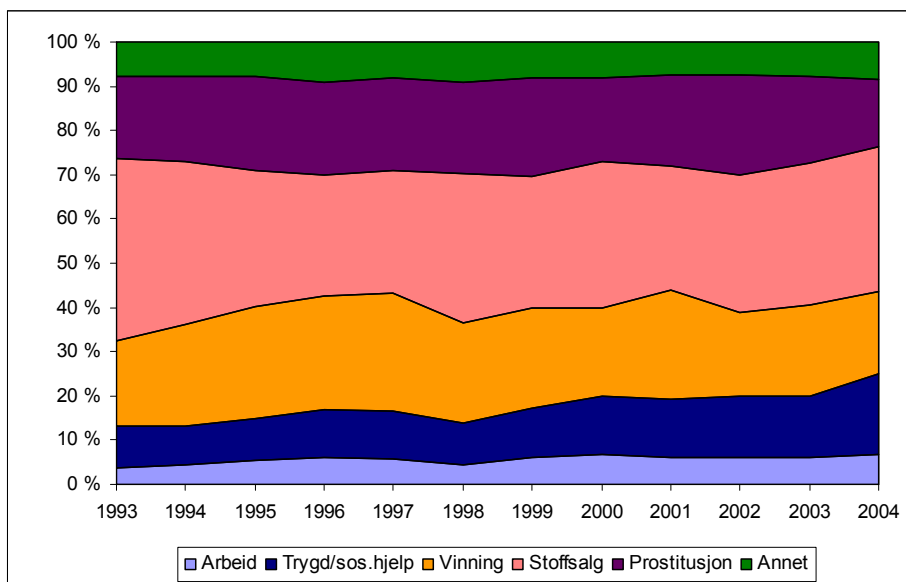


Forklaringen på reduserte inntekter fra prostitusjon kan i tillegg til redusert inntjeningsbehov, også forklare ved de senere års økte konkurranse på prostitusjonsmarkedet. Flere utenlandske jenter har dukket opp og tilbudt sine tjenester til lavere priser enn det de norske jentene har vært vant til. Det har tidligere blitt hevdet at det er en nær sammenheng mellom prisen på heroin og prisen på en "tur", dvs. en seksuell tjeneste fra en prostituert (Berg og Andersen 1993). Prisen på en "tur" tilsvarte da omtrent prisen på en minstenhet heroin. Både reduserte priser på heroin og økt konkurranse fra utenlandske jenter, har trolig bidratt til at en lavere andel av de sprøytenarkomane oppgir denne inntektskilden de senere år (se figur 34) og at gjennomsnittsinntekten fra prostitusjon har falt.

Inntekten fra stoffsalg faller parallelt med reduksjonen i priser både som følge av redusert inntektsbehov, men også fordi inntjeningen per enkeltkjøp går ned. Den reduserte inntjeningen per omsatt kvantum, kan oppveies av økt omsetning, men dataene tyder ikke på at dette fullt ut har vært tilfelle. Den reduserte andelen som oppgir vinningskriminalitet som inntektskilde (figur 34) og den reduserte gjennomsnittsinntekten fra denne kilden, kan trolig i all hovedsak tilskrives det reduserte inntektsbehovet. Det skulle ikke være endrede omstendigheter ellers i forhold til å tjene penger på denne virksomheten i løpet av perioden.

For å finne ut betydningen av de ulike inntektskildene i forhold til hverandre, har vi beregnet inntektskategorienes andel av totale utgifter til rusmidler for de ulike år. Figur 38 viser dette.

Figur 38. Utviklingen i de ulike inntektskildenes betydning i forhold til samlede utgifter til rusmidler.

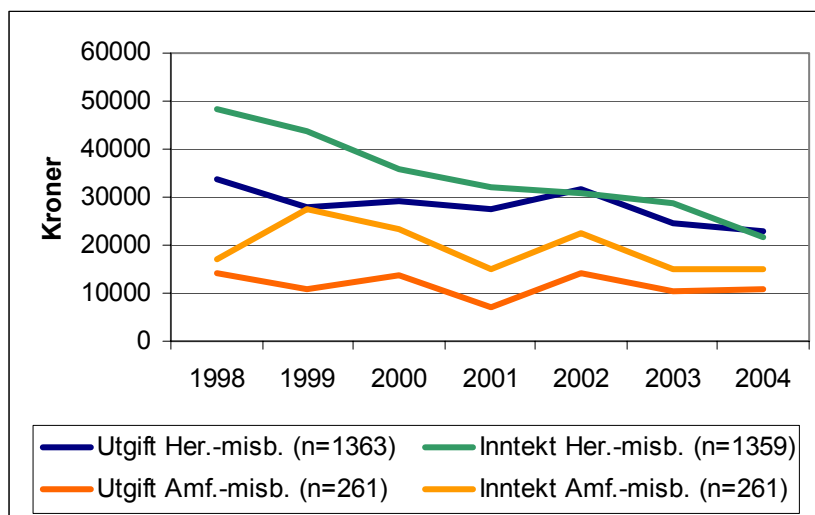


Selv om veldig mange har mottatt en eller annen form for offentlig støtte i måneden forut for intervjuet, 85 prosent, utgjør ikke dette en tilsvarende høy andel når vi sammenligner hvor mye penger som kommer fra de ulike kildene. Utbetalingene fra det offentlige har vært stabile over undersøkelsesperioden, og som følge av reduksjonen i de samlede inntektene, har betydningen av trygd og sosialhjelp økt relativt sett. I 1993 utgjorde offentlige støtteordninger 9 prosent av totale inntekter, mens den tilsvarende andelen i 2004 var 18 prosent. Også betydningen av arbeid har økt noe, dvs. fra 4 til 7 prosent. De store reduksjonene i gjennomsnittsinntekt fra prostitusjon og stoffsalg har også medført at deres andeler av totale inntekter er noe redusert. For prostitusjon er andelen redusert fra 19 til 15 prosent, for stoffsalg fra 41 til 32 prosent. Vinningskriminalitet og "annet" bidrar relativt sett like mye over hele perioden med henholdsvis 19 og 8 prosent.

6.3 Sammenstilling av forbruksutgifter og inntekter

I avsnitt 5.4 gjorde vi anslag for sprøytemisbrukernes totale månedlige forbruksutgift og i avsnittet over har vi beregnet hvor mye inntekt de har generert fra ulike inntektskilder. I figur 39 har vi satt sammen disse størrelsene, og i og med at vi først har forbruksutgifter til piller fra 1998 er det bare perioden 1998-2004 som inkluderes her.

Figur 39. Sammenstilling av samlet forbruksutgift og inntekt for heroin- og amfetaminmisbrukere, 1998-2004.

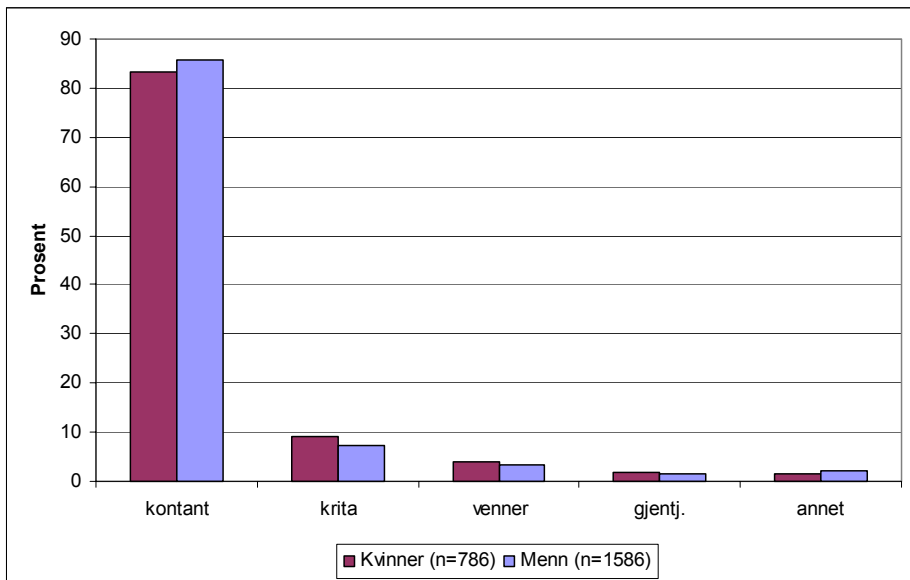


Denne sammenstillingen er interessant blant annet fordi den gir en indikasjon på om opplysningene misbrukerne oppgir har en viss intern konsistens. Dersom utgiftene til rusmidler langt hadde overskredet de inntektene som ble oppgitt, måtte man anta at enten kunne forbruket være spesielt overdrevet eller inntektene underrapportert. Resultatene viser imidlertid at inntekten stort sett overstiger forbruksutgiftene, noe som øker tilliten til dataenes validitet. Figuren viser dessuten at både forbruksutgifter og inntekter følger den samme nedadgående trenden som prisene på heroin og amfetamin. Det er heroinmisbrukernes inntekt som relativt sett har falt mest i perioden

6.4 Betalingsmåter

I perioden 1993-1998 spurte vi respondentene om hvordan de gjorde opp for rusmidlene *forrige gang* de skaffet seg stoff, dvs. vi spurte om de betalte kontant, kjøpte på krita, fikk stoffet av venner, byttet stoffet mot en gjentjeneste eller om det ble skaffet på annet vis. Figur 40 viser svarfordelingen.

Figur 40. Prosentvis fordeling over hvordan man ved forrige anledning skaffet seg stoff, fordelt på kjønn (n=2372).

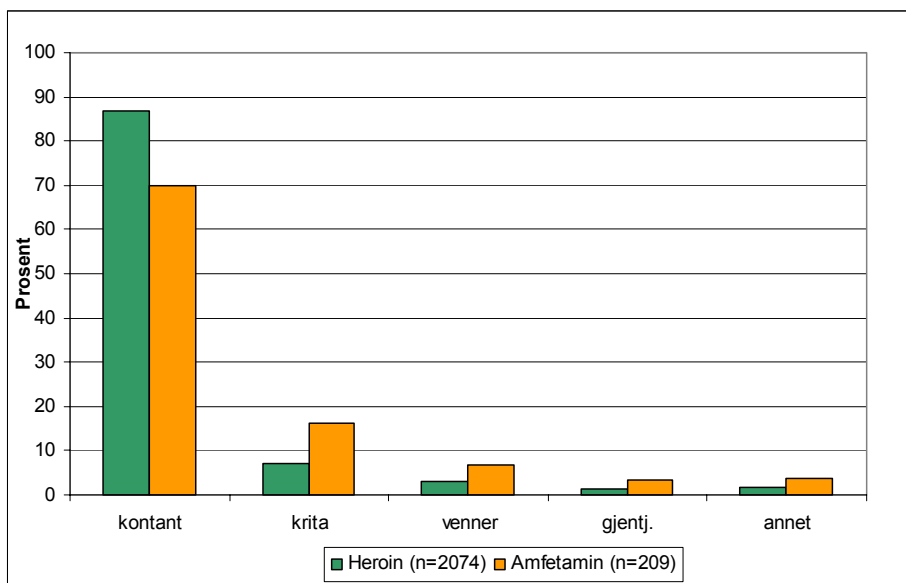


Langt de fleste sprøytemisbrukerne (85 prosent) betalte kontant sist de skaffet seg stoff. I figuren ser det ut til at kvinner i noe mindre grad enn menn betaler kontant og i noe større grad kjøper stoffet på krita, men disse forskjellene er ikke statistisk signifikante. Rundt 8 prosent svarer at de satte seg i gjeld til selgeren forrige gang de skaffet seg stoff. Vi har ikke spurt nærmere om størrelsen på gjelden eller vilkårene for tilbakebetaling, men opplysninger fra andre kilder tyder på at gjelden kan bli betydelig og etter hvert utgjøre et stort problem i seg selv. Andelen som skaffet seg stoff gjennom å få av venner, yte gjentjeneste eller annet var til sammen på ca. 7 prosent.

I forhold til alder finner vi ingen store forskjeller med hensyn til anskaffelsesmåte, men de under 25 år betalte kontant i noe større grad enn de i aldersgruppen 30-34 år (88 prosent versus 81 prosent). De over 35 år var mer like de yngste med 86 prosent som betalte kontant ved siste anskaffelse.

Forskjellene mellom de som hovedsakelig injiserte heroin og de som hovedsakelig injiserte amfetamin, er større. Figur 41 viste at amfetaminmisbrukerne i mindre grad enn heroinmisbrukerne kjøpte kontant (87 versus 70 prosent) og heller pådro seg gjeld når de skaffet stoff (16 versus 7 prosent).

Figur 41. Prosentvis fordeling over hvordan man ved forrige anledning skaffet seg stoff, fordelt på type stoff som i hovedsak injiseres (n=2372).



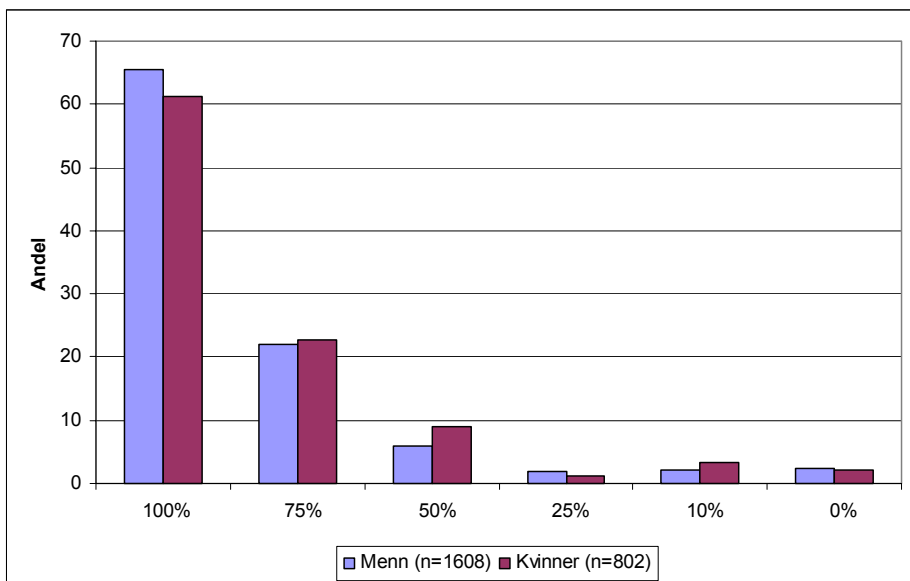
Amfetaminmisbrukerne ser også ut til å få mer stoff av venner og i noe større grad bytte til seg narkotika gjennom gjentjenester og annet (samlet 14 versus 6 prosent).

Det var visse variasjoner i perioden 1993-1998 i andelen som oppga at de hadde betalt siste anskaffelse av stoff kontant, men det var ingen klar trend i utviklingen. Andelen som hadde betalte kontant var lavest i 1995

og høyest i 1997. Dessverre har vi ingen opplysninger om disse forholdene etter 1998.

Vi spurte respondentene også om hvor stor andel av narkotikaen de hadde kjøpt *sist måned* som var betalt kontant, og ba dem angi en av seks svarkategorier. Figur 42 viser fordelingen. Drøyt 60 prosent svarte at de hadde betalt alle stoffkjøpene sine kontant, mens vel 20 prosent oppga at $\frac{3}{4}$ ble betalt direkte. Fem prosent av utvalget oppga at lite eller ingenting var betalt kontant av narkotikaen de hadde kjøpt sist måned.

Figur 42. Andelen sprøytemisbrukere som oppga ulike kategorier for hvor mye av narkotikaen kjøpt siste måned som ble betalt kontant, fordelt på kjønn (n= 2410).



6.5 Salg av narkotika ("dealing")

Fordi inntekten fra narkotikasalg har vist seg å være av sentral betydning for sprøytemisbrukernes finansiering og fordi relativt lite til nå er kjent om norske stoffselgere og det norske narkotikamarkedet, vil vi se litt nærmere på dette. Det at mer enn 40 prosent av de intervjuede sprøytemisbrukerne oppgir stoffsalg som inntektskilde, kan virke overraskende høyt. Kan det

virkelig være slik at om lag den ene halvparten kan klare seg økonomisk ved å selge stoff til den andre halvparten av de som misbruker narkotika? Det er flere mulige forklaringer på den høye andelen stoffselgere. For det første er det ikke slik at alle av de vel 40 prosentene finansierer hele misbruket sitt med stoffsalg. Såfremt de oppgir at de har hatt *noe* inntekt fra stoffsalg i måneden forut for intervjuet, blir de med i denne gruppen. Hvor mye inntekt de oppgir å ha hatt, varierer fra noen få hundrelapper til nesten 200.000 kroner. Gjennomsnittet er beregnet til drøyt 38.000 i måneden mens medianen er ca 28.000.

For det andre selger en del av sprøytemisbrukerne narkotika til andre grupper av misbrukere, dvs. også til misbrukere som ikke injiserer. De selger både tabletter, kokain og cannabis i tillegg til heroin og amfetamin. For det tredje medfører den høye avansen i narkotikamarkedet at det er mulig for mange å tjene penger på å selge stoff. Klarer man først å skrape sammen nok penger til et litt større kvantum av for eksempel heroin, er det lett å tjene nok penger til både å betjene eget forbruk og til å kjøpe en ny mengde for videresalg.

6.5.1 Beskrivelse av stoffselgerne

Vi vil kort se litt nærmere på hva som er typisk for de intervjuede som selger stoff på gateplan i Oslo. Som følge av at utvalget er basert på folk som har oppsøkt sprøyteutdelingen og benyttet deres tjenester, er alle selgerne vi har intervjuet også selv sprøytemisbrukere. Eventuelle selgere som ikke selv bruker stoff eller som ikke oppsøker sprøyteutdelingen, inngår ikke i grunnlaget for undersøkelsen. Selv om det trolig finnes enkelte som selger direkte til misbrukerne uten selv å bruke stoff, er dette nok ikke en stor gruppe. En forutsetning for å skaffe kunder og gjøre det bra som stoffselger, er kjennskap til brukerne og at disse har tillit til den som selger. "Bruker-selgerne" oppnår lettere dette enn de som ikke selv er en del av misbruksmiljøet. Likevel bør man være varsom med å generalisere funnene her til å gjelde alle stoffselgere på gateplan. Selgere høyere opp i salgskjeden kan heller ikke disse dataene si noe om, da de fleste av våre informanter oppgir å omsette i relativt små kvanta.

Dataene viser at drøyt to av tre stoffselgere vi har intervjuet er menn, at gjennomsnittsalderen er 32 år og at de i snitt har litt over 2 års utdanning utover grunnskolen. På disse kjennetegnene atskiller stoffselgerne seg lite fra de som ikke selger stoff. De har imidlertid debutert noe tidligere med

sprøyte, og det har i gjennomsnitt gått litt kortere tid fra de satte første sprøyte til de var regelmessige injeksjonsmisbrukere (1,6 år versus 2,2 år), noe som kan tyde på at de tilhører den tyngste delen av sprøytemisbrukerne. Vi fant at det blant stoffselgerne var omtrent like store andeler heroin- og amfetaminmisbrukere som i utvalget under ett (87 prosent injiserte hovedsakelig heroin mens 11 prosent oppga amfetamin). De fleste rapporterte å selge det eller de stoffene de selv oppga å bruke.

Selv om det bare er de siste par årene at data om etnisk tilhørighet er blitt systematisk registrert, har inntrykket hele veien vært at narkotikasalg på gateplan domineres av etniske nordmenn. Blant stoffselgere finner vi 95 prosent som er født i Norge, mens den tilsvarende prosentandelen for de som ikke selger er 88 prosent (n=300).

Blant stoffselgerne rapporterer over 80 prosent at dette er den viktigste inntektskilden, mens henholdsvis 16 og 3 prosent rangerer stoffsalg som 2. og 3. viktigste kilde. Vi fant at bare 4 prosent av de som solgte narkotika, oppga at de kun hadde denne inntektskilden, mens nær 60 prosent oppga en annen inntektskilde i tillegg og 33 prosent oppga to tilleggskilder. Mange selgere mottar trygd eller sosialhjelp (87 prosent), og 23 prosent oppga at de også hadde hatt inntekt fra vinningskriminalitet i måneden forut for intervjuet. Andelen stoffselgere som også hadde inntekt fra arbeid, prostitusjon og "annet" var alle i underkant av 10 prosent.

Til tross for at de daglig omsetter for store summer, har mange et stort og omfattende forbruk av diverse rusmidler. Stoffselgerne bruker mer stoff enn ikke-selgerne (21 gram heroin versus 14 gram). Dette trolig som følge av at de står ovenfor lavere priser, har lettere tilgang til stoff, bedre kjennskap til kvalitet osv. enn kjøperne av stoffene de selger. Stoffselgerne tjener også mer penger enn ikke-selgerne (46.000 kroner i gjennomsnittlig månedsinntekt versus 32.000). De rapporterer i tillegg et høyere forbruk av hasj, piller, kokain og ecstasy enn ikke-selgende sprøytemisbrukere, men et noe lavere forbruk av alkohol.

6.5.2 Beregning av inntekt for stoffselgere

For å få en reell sammenligning av inntekten fra stoffsalg med andre inntektskilder, har vi måttet gjøre visse grep. En egen beregning var nødvendig fordi misbrukerne selv sjelden tenker "inntekt" når det gjelder stoffsalg. På spørsmål om hva de tjener, er ofte den første innskytelsen at

"jeg tjener ingenting – jeg selger bare nok stoff til å klare meg og sitter aldri igjen med penger". For å finne et mål på selgernes inntekt var det derfor vesentlig å ta hensyn til verdien av den narkotikaen stoffselgerne selv bruker, dvs. beregne verdien av det de "spiser av lasset".

Vi unnlot å stille et direkte spørsmål om inntekt fra stoffsalg og ba isteden de intervjuede oppgi *hvor mye de hadde solgt stoff for* i måneden som gikk – eller gjennomsnittlig omsetning per dag/uke om dette var lettere å angi. For å finne et uttrykk for inntekten fra stoffsalg som kan sammenlignes med inntekt fra prostitusjon og annet, må vi fra denne omsetningen trekke utgiftene selgerne har hatt for å skaffe seg stoffet (finne profitten) og legge til verdien av det de selv hadde konsumert. Slike beregninger er gjort for et underutvalg av de intervjuede (se Bretteville-Jensen og Sutton 1996 for nærmere detaljer).

Et anslag for profitten og verdien av eget forbruk, kunne estimeres fordi vi har stilt enkelte tilleggsspørsmål til de som oppga stoffsalg som inntektskilde. De ble bedt om å oppgi hvilken type stoff de solgte, hvor mye de kjøpte for videresalg av dette stoffet sist de handlet, hvilke kvanta de videresolgte i, samt hvor mye de hadde brukt selv av det de kjøpte. Ikke alle som oppga at de solgte stoff ønsket å besvare disse mer detaljerte spørsmålene, men en sammenligning av gjennomsnittsinntekten for de stoffselgerne som besvarte og de stoffselgerne som ikke besvarte viser ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

Ut fra disse opplysningene ble det beregnet en gjennomsnittlig prosentandel som kunne brukes til å anslå inntekt fra stoffsalg basert på omsetningsverdien. Beregningene viste at uavhengig av størrelsen på omsetningen, var det rimelig å angi en fast prosentandel av omsetningsverdien som uttrykk for salgsinntekten. Prosentandelen varierte med andre ord lite med hvor mye stoff de solgte. Prosentandelen ble anslått til 57 prosent, og inntekten fra stoffsalg er beregnet ved å ta 57 prosent av angitt omsetningsverdi.

6.6 Kort oppsummering av kapittel 6

- De fleste sprøytemisbrukerne oppga 2 eller flere inntektskilder de hadde generert penger fra i måneden forut for intervjuet.
- Hele 85 prosent hadde mottatt trygd eller sosialhjelp, 45 prosent hadde tjent penger på stoffsalg og hver fjerde hadde begått vinningskriminelle handlinger.
- Det var stor forskjell på hvordan kvinner og menn tjente penger. Betydelig flere kvinner hadde inntekt fra prostitusjon (43,5 versus 1,5), mens flere menn enn kvinner rapporterte inntekt fra arbeid (17,5 versus 6,0) og vinningskriminalitet (30,0 versus 15,5).
- Måten å skaffe penger på varierte med alder. Andelen som oppga vinningskriminalitet og prostitusjon falt med hhv. 10 og 20 prosentpoeng for de over 35 år sammenlignet med intervjuede under 25 år. Kategorien "annet" ble viktigere når alderen øker.
- Det var også forskjeller i inntektsgenerering mellom heroin- og amfetaminmisbrukerne. Flere amfetaminmisbrukere hadde inntekt fra arbeid (25 versus 12 prosent) og en lavere andel mottok trygd eller sosialhjelp (78 versus 85 prosent). Heroinmisbrukerne rapporterte i større grad vinningskriminalitet (27 versus 17 prosent) og stoffsalg (45 versus 41 prosent). Det var også en større andel heroinmisbrukere med inntekt fra prostitusjon (18 versus 4 prosent).
- Måter å skaffe penger på har endret seg i løpet av undersøkelsesperioden. En mindre andel enn tidligere oppga å ha benyttet illegale finansieringskilder som vinningskriminalitet og stoffsalg, andelen med inntekt fra prostitusjon har også falt. Andelen som oppga "annet" har økt i perioden.
- Samlet månedsinntekt har falt betydelig i perioden fra et gjennomsnitt på 43.600 for årene 1993-1995 til 27.700 for årene 2000-2004.
- Kvinner tjente i gjennomsnitt vel 30 prosent mer enn menn (46.700 versus 34.900). Hovedforskjellen gjaldt inntekt fra prostitusjon der kvinner i snitt tjente 12.000 mer enn menn samtidig som veldig mange flere kvinner oppga denne inntektskategorien. Fra de øvrige inntektskildene viste dataene for kvinner og menn stort sett samme gjennomsnittsinntekt.
- Samlet inntekt var lavest for misbrukere over 35 år. Det var de yngste prostituerte som oppga den høyeste månedsinntekten.

- Heroinmisbrukerne oppga å tjene vesentlig mer enn amfetaminmisbrukerne (42.000 versus 25.000 kroner). Det var særlig innenfor kategoriene vinningskriminalitet, stoffsalg og prostitusjon forskjellene var store.
- Inntektsstørrelsene som rapporteres er betydelig redusert over tid. Både inntektene fra stoffsalg, prostitusjon og vinningskriminalitet ble omtrent halvert fra 1993 til 2004, mens reduksjonen i inntekt fra "annet" var noe mindre.
- Offentlige stønadsordninger har økt sin relative andel av samlede inntekter fra 9 til 18 prosent, mens andelen fra prostitusjon er redusert fra 19 til 15 prosent og andelen fra stoffsalg fra 41 til 32 prosent fra 1993 til 2004.
- 85 prosent av de spurte (n=2372) oppga at de betalte kontant forrige gang de skaffet seg stoff, 8 prosent satte seg i gjeld, mens 7 prosent ga en eller annen form for gjenytelse istedenfor penger. En mindre andel blant amfetaminmisbrukere enn blant heroinmisbrukere betalte kontant (70 versus 87 prosent) og flere satte seg i gjeld (16 versus 7 prosent).
- 40 prosent oppga at de en eller flere ganger ikke hadde betalt kontant når de skaffet seg stoff siste måned.
- Stoffselgere brukte mer av injeksjonsstoffene enn ikke-selgere, de hadde et mer omfattende forbruk av hasj, piller, kokain og ecstasy, men brukte noe mindre alkohol. Stoffselgerne tjente i snitt mer enn de øvrige misbrukerne (46.000 versus 32.000).

7 Etterspørsel etter heroin og amfetamin

Bruken av illegale stoffer kan som kjent medføre store negative konsekvenser for misbrukere, ikke-brukere og for samfunnet som helhet. Myndighetene har derfor en målsetting om å redusere forbruket av illegale rusmidler og en visjon om et narkotikafritt samfunn. For å sette inn tiltak som effektivt kan virke i retning av myndighetenes visjon, må man blant annet kjenne til hva det er som gjør at folk prøver narkotika, eventuelt fortsetter å bruke stoffer på regelmessig basis, samt hva som kan medvirke til at misbrukerne slutter å bruke illegale stoffer. Dette er viktige problemstillinger, men de vil ikke bli drøftet her. Det vi skal se nærmere på i dette kapitlet, er hvordan økonomiske faktorer som priser og inntekt påvirker forbruket av illegale rusmidler blant etablerte misbrukere. Slik kunnskap er viktig, blant annet i forhold til diskusjonen om hva slags type tiltak som skal settes inn for å redusere forbruket blant narkotikamisbrukere og i forhold til diskusjonen om å legalisere eller avkriminalisere narkotika.

I de foregående kapitlene har vi undersøkt variasjonene i forbruk, priser og inntekt, i forhold til faktorer som kjønn, alder, type av hovedmisbruk og over tid. I dette kapitlet skal vi bruke multivariate analyser til å studere sammenhengen mellom forbruk og priser/inntekt. Det grunnleggende spørsmålet vi er interessert i er i hvilken grad sprøytemisbrukernes etterspørsel etter tunge stoffer er påvirket av økonomiske faktorer som priser og inntekt. Det er tidligere blitt hevdet at fordi sprøytemisbrukerne er så avhengig av stoffene de injiserer, vil ikke prisen bety noe for hvor mye de bruker. Går prisen på narkotika opp, antas det at de bare vil skaffe seg mer inntekt slik at forbruket kan opprettholdes. Som vi vil vise i det følgende, vil spørsmålet om hvorvidt sprøytemisbrukerne er prispåvirkelige eller ikke, blant annet påvirke hvilke virkemidler som kan settes inn for å redusere stoffbruken.

Fremstillingen i avsnitt 7.1 er mer teoretisk enn de øvrige delene av denne rapporten og kan derfor være litt vanskeligere tilgjengelig. Selv om argumentene i diskusjonen vil komme bedre fram etter å ha lest dette avsnittet, kan resultatene i avsnitt 7.2 forstås uten at man har satt seg inn i teoridelen. Resultatene som omtales her er tidligere publisert som tidsskriftsartikler. Appendiks A4 gir en oversikt over disse og andre publikasjoner der datamaterialet samlet inn ved sprøyteutdelingen er brukt. I avsnitt 7.3 anvender vi resultatene på et område av narkotikapolitikken

det har vært visse stridigheter rundt, nemlig i diskusjonen om legalisering av narkotika.

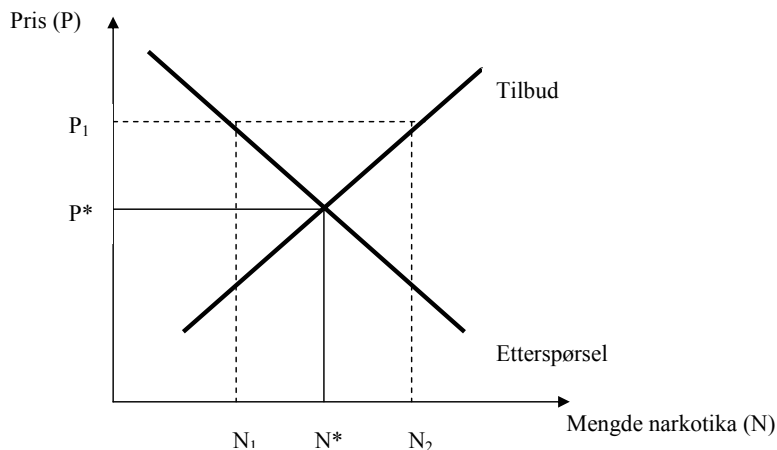
7.1 Hvorfor er sammenhengen mellom narkotikaforbruk og økonomiske faktorer interessant?

Hvorvidt sprøytemisbrukeres forbruk av narkotika påvirkes av prisene på narkotika, og i tilfelle hvor sterk denne sammenhengen er, er kunnskap som kan brukes som grunnlag i utformingen av narkotikapolitikken. For å illustrere dette, vil vi først se hvordan sammenhengen mellom priser og forbruk kan innvirke på valg av tiltak for å redusere forbruket av narkotika, og deretter se hvordan argumentene i legaliseringsdebatten står seg i lys av denne kunnskapen. Hvordan endringer i inntekt påvirker forbruket kan si noe om graden av avhengighet og prioritering. Jo større del av en inntektsøkning som går til kjøp av rusmidler, jo viktigere er disse varene for kjøperen. Som vist i forrige kapittel, skaffes mye av pengene som brukes til rusmidler på måter som ikke er ønskelige sett fra samfunnets side. Misbrukernes inntektsgenerering og deres anvendelse av pengene de disponerer, er derfor av interesse for samfunnet forøvrig.

7.1.1 Tiltak for å redusere forbruket av narkotika

En måte å systematisere tenkningen omkring hvilke tiltak som bør settes inn for å redusere narkotikaforbruket, er å ta utgangspunkt i markedet for illegale stoffer. Narkotikamarkedet kan analyseres som et marked for vanlige varer med en tilbuds- og en etterspørselsside. Markedskrysset i figur 43 illustrerer hvordan omsatt mengde narkotika avhenger av narkotikaprisen. I fremstillingen av markedskrysset rendyrkes sammenhengen mellom omsatt mengde og pris ved at andre faktorer som innvirker på omsetningen holdes uendret.

Figur 43. Markedskrysset – en illustrasjon av tilbuds- og etterspørselssiden av narkotikamarkedet.



Etterspørselskurven er fallende og illustrerer at når prisen øker reduseres forbrukernes etterspørsel. Hvert punkt på kurven viser hvor mye narkotika som blir etterspurt til ulike priser. Når prisen er P_1 ønsker narkotikakjøperne et samlet kvantum lik mengde N_1 i figur 43. Jo mer etterspurt kvantum reduseres ved en økning i prisen, jo mer prisfølsomt er etterspørselen (høy priselastisitet). Prisfølsomheten illustreres ved etterspørselskurvens helning. En loddrett etterspørselskurve innebærer at en økt pris ikke vil redusere etterspørselen i det hele tatt, mens en mer vannrett etterspørselskurve tilsier at etterspurt kvantum reduseres mye dersom prisen kjøperne må betale for varen (narkotikaen) øker mye.

Tilbudskurven stiger utover i diagrammet og viser hvordan tilbyderne (produsentene, selgerne) tilbyr mer varer (narkotika) jo høyere prisen er. Hvert punkt illustrerer hvor mye narkotika produsentene/selgerne ønsker å selge for ulike prisnivåer av narkotika. Ved en pris lik P_1 ønsker tilbyderne å selge et kvantum av narkotika tilsvarende mengde N_2 . Jo mer tilbudt kvantum øker ved økning i prisen, jo mer prisfølsomt er tilbudet (høy priselastisitet). Prisfølsomheten illustreres ved tilbudskurvens helning. En loddrett tilbudskurve innebærer at en økt pris ikke vil øke tilbudet, mens en mer vannrett tilbudskurve tilsier at tilbudt kvantum øker mye dersom prisen selgerne får for varen (narkotikaen) øker mye. Den pris og det kvantum av narkotika som blir realisert i et slikt marked, bestemmes av

hvor tilbuds- og etterspørselskurven krysser. I figur 43 blir dette en mengde narkotika lik N^* til en pris lik P^* .

Myndighetenes visjon om et narkotikafritt samfunn tilsvarer i figuren at omsatt kvantum N blir lik 0, mens enhver reduksjon av omsatt kvantum, dvs. ethvert kvantum til venstre for N^* , vil være en forbedring sett med myndighetenes øyne. For å oppnå dette må enten etterspørselskurven, tilbudskurven eller begge samtidig, skifte kraftig til venstre. Skift i kurvene vil tilsvare en parallellforskyvning av tilbuds- eller etterspørselskurven. Hvilke virkemidler har så myndighetene for å få dette til? Etterspørselskurven vil skifte dersom det blir færre misbrukere, kjøpekraften til misbrukerne reduseres eller dersom misbrukerne selv skulle ønske å redusere misbruket sitt (endrede preferanser). Forebygging og økt tilbud om behandling kan minske antall narkotikamisbrukere. Myndighetene har mindre innflytelse over misbrukernes kjøpekraft da kun en mindre del av pengene de bruker kommer fra vanlig arbeid eller fra offentlige støtteordninger. Selv om de kan redusere trygd- og sosialhjelpsutbetalingene, er dette en lite aktuell politikk, og de totale forbruksutgiftene vil ikke nødvendigvis bli særlig lavere. Kjøpekraften ville også bli redusert dersom prisene økte, men i motsetning til hva som er tilfelle for prisen på legale varer, som kan påvirkes gjennom skatt- og avgiftsbelegging, kan myndighetene bare indirekte påvirke narkotikaprisene. Økt risiko for straffeforfølgelse og økt straffelengde, både for kjøpere og selgere, vil i prinsippet øke den reelle prisen for narkotika. Til sist vil etterspørselen reduseres dersom misbrukerne selv ønsker å bruke mindre. Økt bevisstgjøring, bedre levevilkår og økte tilbud om alternativer til rusing kan bidra til dette.

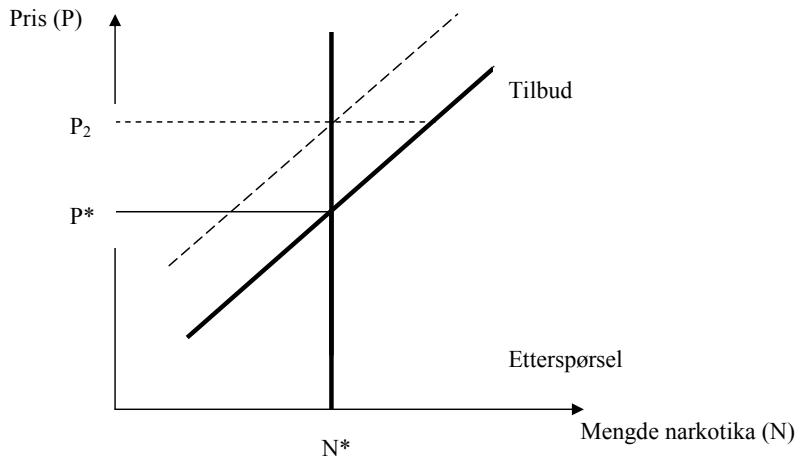
Når det gjelder skift av tilbudskurven slik at tilbudet reduseres, vil dette komme dersom det blir færre selgere, produksjons- og innførselsforholdene blir vanskeligere for selgerne eller dersom selgerne blir mindre villige til å ta risikoen for straffeforfølgelse. Under krigen på Balkan fikk man trolig eksempel på *økt* villighet blant narkotikakurører til å bære risiko, da Kosovo-albanere, i følge politiet, i økende grad innførte narkotika til Norge (KRIPOS 1996, NOU 2004:6). Et økt antall personer som var villige til å ta den risikoen narkotikainnførsel innebærer, bidro trolig til økt mengde narkotika på det norske markedet, slik at prisen, spesielt på heroin, ble kraftig redusert (se kapittel 5).

Det er viktig å merke seg at de tiltakene som får tilbudskurven til å skifte i ønsket retning, kun bidrar til å redusere omsatt kvantum dersom

etterspørselskurven heller slik det er vist eksempel på i figur 43. Det innebærer at etterspørselen etter narkotika må være følsom for endringer i narkotikaprisene. Tiltak rettet mot selgerne, for eksempel økt innsats mot stoffselgerne, kan bidra til å øke narkotikaprisen fordi selgerne vil ha betalt for den økte risikoen de løper. Dersom narkotikakjøperne, til tross for prisøkningen, likevel kjøper samme mengde som før, virker ikke politikken til å redusere forbruket av narkotika. Skulle den økte innsatsen føre til at flere selgere blir tatt, vil disse med stor sannsynlighet bli erstattet av andre selgere fordi fortjenestemulighetene er så store i dette markedet.

Dersom etterspørselen etter narkotika ikke er påvirket av prisene, slik det tidligere ble hevdet av enkelte (se eksempelvis Rottenberg 1968), vil etterspørselskurven være loddrett slik vist i figur 44. Tiltak mot selgerne, som fører til at tilbudskurven skifter i ønsket retning, vil øke prisen fra P^* til P_2 , men ikke endre omsatt kvantum.

Figur 44. Markedskryss med en etterspørselskurve som ikke er følsom for prisendringer.

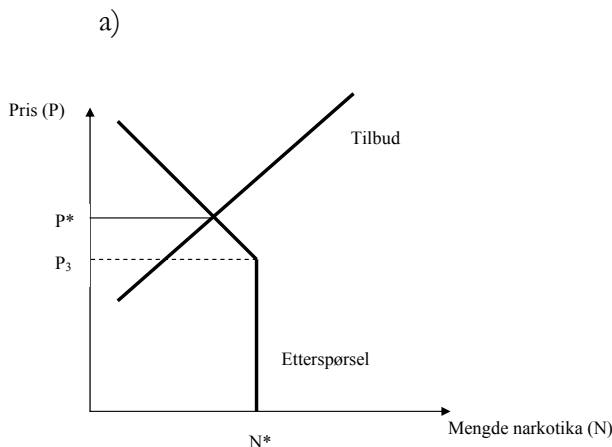


Skulle narkotikamisbrukere ikke være følsomme for prisendringer, vil myndighetene bare kunne rette tiltak mot kjøperne for å få redusert omsatt kvantum (dvs. flytte den loddrette etterspørselskurven mot venstre).

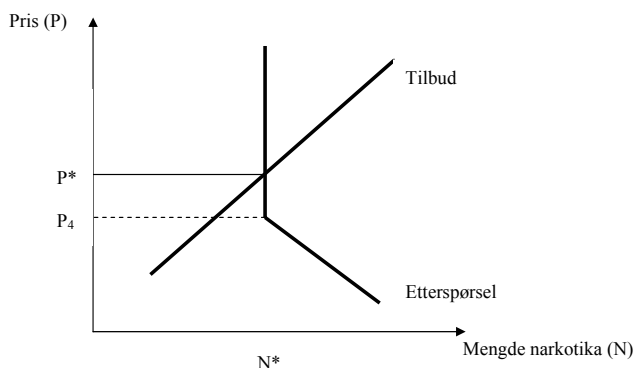
Det har derfor vært spekulert i hvor prisfølsomme narkotikamisbrukerne faktisk er. Flere teorier er blitt lansert. Noen har foreslått at misbrukerne ikke reduserer kvantumet de kjøper ved en prisstigning, dersom prisene i utgangspunktet er veldig lave (White og Luksetich 1983). Misbrukerne vil bare øke forbruksutgiftene og bruke like mye som tidligere, blir det hevdet. Dersom prisene fortsetter å øke, vil imidlertid de narkomane etter hvert ikke klare å øke inntektene ytterligere og forbruket må da reduseres. Dette kan skje enten ved at misbrukerne generelt bruker mindre stoff enn tidligere eller ved at enkelte misbrukere søker behandling og slutter med stoff. Figur 45a illustrerer en etterspørselskurve der etterspørselen ikke er følsom for prisendringer ved lave priser (kurven har et loddrett segment for priser som er lavere enn P_3), men der etterspørselen vil reduseres dersom prisene øker fra et prisnivå som er høyere enn P_3 .

Andre har argumentert for en "brukket" etterspørselskurve av en annen type (Blair og Vogel 1983) og hevder at når prisen i utgangspunktet er lav, vil det være mange som bruker narkotika. Dersom prisen da stiger, vil de mer sporadiske brukerne slutte med å bruke narkotika og bare de mer "hardbarkedede" forbli stoffmisbrukere. Når prisen når et visst nivå, illustrert som P_4 i figur 45b, er det kun de "hardbarkedede" tilbake. Disse, fordi de er så avhengige, vil øke forbruksutgiftene for å møte den økende prisen.

Figur 45. Markedskryss med ulike typer av "brukket" etterspørselskurve.



b)



Et av målene med de multivariate analysene har vært å undersøke om sprøytemisbrukernes etterspørselskurve er fallende, dvs. hvorvidt endringer i prisene vil føre til endringer i etterspurt mengde, og undersøke om etterspørselskurven har ”knekkpunkter” og loddrette segmenter. Vi har også ønsket å undersøke hvordan endringer i inntekt virker inn på etterspurt mengde av heroin og amfetamin blant disse etablerte misbrukerne. De multivariate analysene gjør det mulig å se på forholdet mellom pris og forbruk og inntekt og forbruk når det samtidig ”kontrolleres for” andre variable vi mener innvirker på denne etterspørselen.

7.2 Analyseresultater

Datamaterialet som er samlet inn blant sprøytemisbrukerne er delt inn på ulike måter og analysert med ulike metoder. I de fleste tilfellene har vi delt utvalget etter hvorvidt misbrukerne selger stoff eller om de bare kjøper narkotika finansiert på andre måter. Skillet mellom selgere og ikke-selgere er viktig i forhold til responsen på prisendringer. For en selger kan en prisnedgang bety at han tjener mindre penger per omsatt enhet, men kan også bety økt omsetningsvolum hvis etterspørselen øker. I tillegg blir selgerens eget forbruk billigere når prisen går ned. En selger vil med andre ord stå overfor både positive og negative effekter av en prisnedgang.

Dette medfører at vi kan forvente en annen prisrespons blant selgere enn blant ikke-selgere, som ved en prisnedgang bare står overfor reduserte forbruksutgifter uten at inntekten påvirkes direkte.

Vi har gjort separate analyser for etterspørselen etter heroin og amfetamin. Tabell 19 gjengir hovedresultatene for priser og inntekt og tallene kan tolkes som elastisiteter. En priselastisitet sier hvor stor prosentvis endring man får i forbruket dersom prisen på varen øker med 1 prosent. Tilsvarende viser en inntektselastisitet den prosentvise endringen i forbruket som følger av en 1 prosents økning i inntekten. En krysspriselastisitet viser hvor stor prosentvis endring man får i forbruket av en vare når prisen på en annen vare øker med 1 prosent.

Tabell 19. Estimerte pris- og inntektselastisiteter for etterspørselen etter heroin og amfetamin¹.

| | Etterspørsel etter heroin (n=2240) | | Etterspørsel etter amfetamin (n=241) | |
|---------------|---------------------------------------|--------------|---|--------------|
| | Selgere | Ikke-selgere | Selgere | Ikke-selgere |
| Heroinpris | -0,61 | -1,20 | -0,07 | -0,22 |
| Amfetaminpris | -0,51 | 1,08 | -0,51 | -0,22 |
| Inntekt | 0,53 | 0,51 | 0,37 | 0,33 |

¹Uthevede resultater er signifikante på 5 prosents nivå. Skyggelagte felt tilsvarer direkte priselastisiteter.

Priselastisiteten for heroin er -0,6 for selgerne og -1,2 for ikke-selgerne. Det betyr at dersom prisen på heroin øker med 10 prosent, vil etterspørselen etter heroin blant selgere gå ned med 6 prosent og blant ikke-selgere med 12 prosent. Resultatene viser at det er en betydelig prislefølsomhet blant heroinmisbrukere. For de som hovedsakelig injiserer amfetamin, er priselastisiteten for dette stoffet blant stoffselgerne beregnet til -0,5 prosent, dvs. dersom amfetaminprisen stiger med 10 prosent reduseres forbruket av amfetamin med 5 prosent. Den beregnede elastisiteten for ikke-selgerne er vesentlig lavere og ikke statistisk signifikant. Manglende signifikans kan trolig forklares med at det er relativt få amfetaminmisbrukere i analysen (n=241). Prislefølsomheten som er beregnet her impliserer at etterspørselskurven kan tegnes som vist i figur 43, dvs. kurven er fallende med stigende priser.

Den såkalte krysspriselastisiteten er også interessant. Analyseresultatene i tabell 19 viser at blant stoffselgende heroinmisbrukere reduseres forbruket

av heroin med 5 prosent når prisen på amfetamin stiger med 10 prosent. Det betyr at dersom myndighetene fører en politikk som øker prisen på amfetamin, vil også forbruket av heroin bli mindre. For ikke-selgerne blant heroinmisbrukerne er resultatet for krysspriselasititeten positiv, men ikke statistisk signifikant. Heller ikke amfetaminmisbrukernes respons på en økning i heroinprisen er signifikant, men resultatene antyder at forbruket av amfetamin vil gå ned dersom prisen på heroin øker. Heroin og amfetamin synes med andre ord å være såkalte komplementære goder, der en økning i forbruk av det ene går sammen med økning i forbruket av det andre.

Tabell 19 viser i tillegg at både heroin- og amfetaminmisbrukernes forbruk er følsomt for endringer i inntekt. Får heroinmisbrukerne økt inntekten med 10 prosent, vil etterspørselen etter heroin blant både selgere og ikke-selgere øke med 5 prosent. Den tilsvarende inntektsfølsomheten blant amfetaminmisbrukerne er noe mindre, med en økning i forbruket av amfetamin på henholdsvis 3,7 og 3,3 prosent ved en 10 prosents økning i inntekten. En inntektsfølsomhet av denne størrelsen tilsvarer omtrent elastisiteten som er beregnet for matvarer (NOU 2003: 17). Også dette funnet bygger opp under at forbruket til sprøytemisbrukerne ikke er en konstant størrelse, misbrukerne kommer ikke opp på et gitt nivå i heroinmisbruket og blir der. Narkotikaforbruket synes derimot å være påvirkelig av endringer i så vel priser som inntekt.

For å komme fram til resultatene i tabell 19 har vi tatt hensyn til at forbruket av narkotika også påvirkes av mange andre faktorer enn priser og inntekt. Vi har brukt multivariate regresjonsanalyser som gjør det mulig å analysere forholdet mellom forbruk og pris/inntekt og samtidig ta hensyn til kjennetegn ved personene og forhold i samfunnet ellers. Dette er viktig da prisenes innvirkning på forbruket også kan variere med misbrukernes kjønn, alder, utdanning, inntekt osv. I regresjonsanalysen kan forholdet mellom forbruket og hver av de inkluderte variablene beregnes når de øvrige variablene holdes konstant ("kontrolleres for"). Variable som er med i analysene i tillegg til priser og inntekt er kjønn, alder, utdanning, alder for sprøyte debut, hvorvidt de har et stort forbruk av alkohol, hasj eller tabletter og lengde på misbruket.

Ved hjelp av ulike analyseteknikker og et spesielt datasett der vi har fulgt enkelte heroinmisbrukere over tid, har vi også til en viss grad kunnet kontrollere for avhengighet hos misbrukerne. Resultatene fra disse analysene er ikke vesentlig forskjellig fra de som er rapportert i tabell 19

når det gjelder responsen på endringer i priser og inntekt (Bretteville-Jensen og Biørn 2003). Det betyr at sprøytemisbrukerne, til tross for at de er avhengig av stoffene de injiserer, forandrer mengden stoff de bruker når prisene på narkotika går opp eller ned. Vi har også sjekket om etterspørselskurven har "knekkpunkter" og loddrette segmenter, slik figurene 45a og 45b er eksempler på, men analysene tydet på at etterspørselen kunne beskrives med vanlige, glatte kurver.

Internasjonalt sett er det relativt få studier av hvordan narkotikamisbrukere reagerer på prisendringer. Dette skyldes i all hovedsak mangel på relevante data. Det at vi i denne studien har spurt om hva den enkelte har betalt for stoffene de oppgir å ha brukt, skiller studien fra de øvrige, som isteden har måtte benytte politiets informasjon om priser. Politiets data vil være mer generelle og ikke kunne fange opp individuelle prisforskjeller. Enkelte har benyttet aggregerte data og analysert virkningen av prisendringer for forbruket til et land eller en region over tid. van Ours (1995) gjorde dette da han studerte opiumsforbruket i Indonesia for perioden 1923-1938, og Liu et al. (1999) benyttet samme metode på data fra Taiwan. DiNardo (1993) analyserte det aggregerte kokainforbruket i enkelte delstater i USA på basis av intervjuer med studenter, og Silverman og Spruill (1977) kombinerte tverrsnitts- og tidsseriedata for å analysere etterspørselen etter heroin. Individdata, som i denne studien, er benyttet av blant annet Nisbet og Vakil (1972) for marihuana og av Grossman og Chaloupka (1998) for kokain. Felles for disse studiene er at de bekrefter at også narkotikamisbrukere er prispåvirkelige.

7.3 Avkriminalisering/legalisering av narkotika

Som figurene 43-45 viste, vil effekten av myndighetenes virkemidler for å redusere narkotikaforbruket være påvirket av hvorvidt, og eventuelt hvor mye, narkotikamisbrukerne endrer etterspørselen sin dersom prisene på narkotika endres. Verken i Norge eller i de fleste andre vestlige land fokuserer imidlertid narkotikapolitikk lengre ensidig på redusert forbruk av illegale rusmidler. Mange land har innført tiltak som på ulike måter skal lette misbrukernes hverdag (såkalt "harm reduction"-tiltak). Sprøyteutdelingsprogrammer, sprøyterom, egne helsetiltak (feltpleie) for narkotikamisbrukere er eksempler på slike. I forlengelsen av "harm reduction"-diskusjoner, kommer det fra tid til annen forslag om å

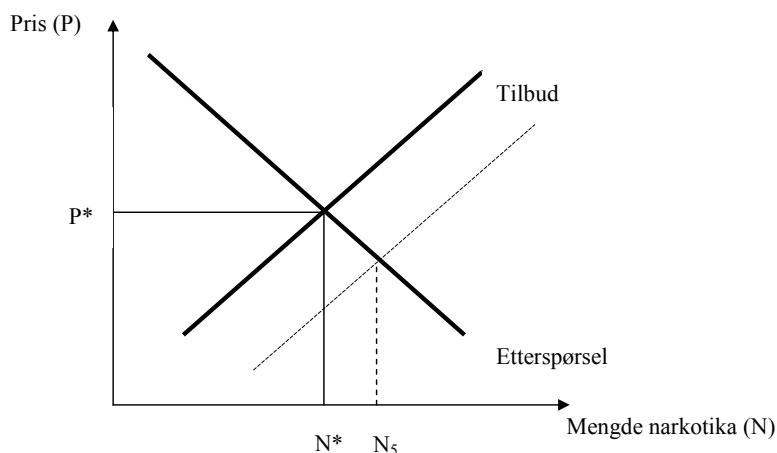
avkriminalisere eller legalisere narkotika. Begrepsbruken i den offentlige debatten har ikke vært entydig, men med avkriminalisering menes vanligvis at bruk og besittelse av stoff til eget bruk, ikke lengre skal straffes. I forhold til salg og innførsel mener noen at straffenivået for disse skal beholdes, mens andre mener at omsetningen skal underlegges visse restriksjoner – eksempelvis på linje med dem Nederland har innført for de såkalte "coffee-shopen". Legalisering innebærer i prinsippet full frigivelse av bruk, salg og innførsel og er et tiltak som i realiteten nok har få tilhengere. Det er imidlertid vanskelig å endre lovgivningen på etterspørselssiden uten at det også følges opp med endrede lover eller endret praktisering av lovgivningen også overfor selgerne (Hvis narkotika skal være lov å kjøpe må det finnes steder å få kjøpt det - hvordan skal coffeeshopsene/selgerne få skaffet seg stoff?). I dette avsnittet diskuterer vi mulige konsekvenser for forbruket av en avkriminalisering og har i tankene at salget underlegges visse restriksjoner.

Folks holdninger til avkriminalisering varierer med hva slags narkotika det er snakk om – generelt er flere positive til en liberalisering når det gjelder cannabis enn heroin. I den vestlige verden har utviklingen i forhold til narkotikalovgivning gått i stadig mer liberal retning det siste tiåret. I Canada ble eksempelvis cannabis tillatt for medisinsk bruk i 2001 og Portugal avkriminaliserte bruk og besittelse av små kvantum av alle typer narkotika samme år. Belgia har nylig vedtatt at besittelse av inntil 5 gram cannabis ikke lengre skal straffes, mens salg og offentlig bruk fortsatt er forbudt. Sveits er i ferd med å vedta lignende endringer. Det europeiske overvåkningsorganet for narkotika (EMCDDA) ønsker større vektlegging av "harm reduction" og mindre på forbud. I Norge foreslo et flertall i Straffelovskommisjonen i 2004 at cannabis skulle avkriminaliseres og at strafferammene for narkotikakriminalitet skulle reduseres vesentlig, et forslag som for øvrig ble avvist av justisministeren.

Hvordan kan en avkriminalisering slå ut for bruken av narkotika? Vi kan skille mellom virkninger lovendringer kan ha for etablerte misbrukere og for potensielle misbrukere. En liberalisering av lovgivningen vil trolig medføre reduserte priser. Dette fordi den reelle prisen kjøperne betaler går ned når de ikke lengre risikerer straff for bruk eller besittelse. Dersom avkriminaliseringen også medfører lovendringer for stoffselgere og importører, går i tillegg den nominelle prisen ned. Figur 46 illustrerer dette med et skift i tilbudskurven utover i diagrammet. Hvorvidt nedgangen i nominelle og reelle priser vil slå ut i økt narkotikabruk blant etablerte misbrukere, avhenger som nevnt blant annet av narkotikamisbrukernes

prisfølsomhet. Som resultatene i avsnitt 7.2 indikerte, kan misbrukernes etterspørsel beskrives ved en vanlig etterspørselskurve. Lavere priser vil da bety økt forbruk. Siden mange av problemene knyttet til narkotikamisbruk henger sammen med mengden av stoff som forbrukes, vil økt forbruk trolig medføre en økning i disse problemene for misbrukerne selv og samfunnet for øvrig. En økning i heroinforbruket kan eksempelvis øke faren for overdosedødsfall.

Figur 46. Illustrasjon av en økning i tilbudet som følge av en avkriminalisering.



En prisnedgang som følger av en liberalisering, kan ha betydning også for potensielle narkotikamisbrukere. Når det relative prisforholdet mellom alkohol og narkotika endres, kan flere foretrekke det alternativet som er blitt billigere. Studier som har beregnet en såkalt "participation elasticity", der man ser hvordan andelen misbrukere i en befolkning endres med priser på narkotika, tyder på at pris har en viss betydning for om enkelte prøver narkotika eller ikke (se eksempelvis Saffer og Chaloupka 1999). Selv om en prisreduksjon isolert sett kan virke i slik retning, vil det imidlertid være mange andre faktorer som innvirker på en eventuell eksperimentering med narkotika. Det har ikke vært gjort beregninger i Norge for prisenes innvirkning på oppstart av narkotikabruk.

En avkriminalisering vil i tillegg kunne ha effekt utover innvirkningen via stoffprisene. Dersom en avkriminalisering også øker stoffenes

tilgjengelighet, i kulturell og fysisk forstand, betyr det at narkotikabruk kan bli mer vanlig og akseptert og at tilbudet av stoff vil kunne øke. Ved ellers uforandrede forhold i samfunnet, vil derfor trolig narkotikaforbruket blant etablerte misbrukere øke dersom lovgivningen liberaliseres, og avkriminaliseringen kan føre til flere misbrukere.

Når et tiltak som avkriminalisering skal vurderes ut fra et samfunnsperspektiv, må imidlertid flere effekter enn innvirkningen på selve narkotikaforbruket trekkes inn. I prinsippet bør alle positive og negative konsekvenser, dvs. alle kostnader og "nytter" av en slik lovendring vurderes i forhold til hverandre. De eventuelle kostnadene i form av økt forbruk blant allerede etablerte misbrukere og en mulig økt nyrekruttering, må veies opp mot de fordeler en endret narkotikapolitikk kan medføre. For etablerte misbrukere vil redusert risiko for fengsling, trakassering, mindre stigma knyttet til egne handlinger osv. kunne gi økt livskvalitet. Reduserte forbruksutgifter kan bety et redusert behov for inntekt fra prostitusjon og illegale virksomheter. Økt forbruk kan gi økt helserisiko for misbrukeren, men en avkriminalisering kan også redusere helserisikoen ved tungt misbruk dersom legal tilgjengelighet eksempelvis medfører at kvaliteten på heroin blir mer stabil. En avkriminalisering vil ha konsekvenser for familie og pårørende og for samfunnsborgere for øvrig. Så selv om økonomisk teori sannsynliggjør at en liberalisering av lovgivningen vil medføre økt forbruk av rusmidler som i dag er ulovlige, og derigjennom trolig en økning i mange narkotikarelaterte problemer siden de ofte er korrelert med forbruket, kan ikke teorien si om kostnadene totalt sett overstiger de mulige gevinstene en slik politikkendring vil gi.

7.4 Kort oppsummering av kapittel 7

- Narkotikamarkedet kan analyseres som et marked for vanlige goder, men det har vært mye diskusjon om hvordan avhengigheten etter stoffene skal inkorporeres, dvs. man har diskutert hvordan etterspørselskurven ser ut og hvilken helning den har.
- Hva slags type virkemidler myndighetene har til rådighet for å redusere omfanget av narkotikabruken her i landet avhenger blant annet av hvorvidt misbrukerne endrer forbruket dersom narkotikaprisene endres.
- Analyser tyder på at dersom prisen på heroin øker med 10 prosent vil trolig etterspørselen gå ned med 12 prosent (6 prosent blant de som selv selger stoff).
- Dersom inntekten øker med 10 prosent, vil trolig etterspørselen øke med om lag 5 prosent blant heroinmisbrukerne.
- Amfetaminmisbrukere ser ut til å være noe mindre påvirket av prisendringer enn heroinmisbrukere, men resultatene for amfetamin er litt mer usikre pga. lavere antall intervjuede. Dersom amfetaminprisen øker 10 prosent ser det ut til at selgerne øker etterspørselen sin med 5 prosent. For ikke-selgerne fikk vi ikke signifikante resultater.
- De som hovedsakelig injiserer amfetamin ser også ut til å bruke noe mindre av en inntektsøkning på stoffkjøp enn heroinmisbrukerne, dvs. en 10 prosent inntektsøkning vil gi en økning i amfetaminetterspørselen på drøyt 3 prosent.
- En avkriminalisering av narkotika vil sannsynligvis medføre økt bruk fordi prisene vil bli lavere. Mye av problemene knyttet til narkotika henger sammen med hvor mye som forbrukes, slik at dette problemomfanget trolig også vil øke dersom forbruket økes. En samlet vurdering av totale kostnader og gevinster må imidlertid foretas før en kan konkludere om ønskeligheten av å liberalisere narkotikalovgivningen.

8 Avsluttende kommentarer

Forestillingene om sprøytemisbrukerne er mange, og det stereotype bilde man er blitt presentert gjennom media, stemmer ikke nødvendigvis med virkeligheten. Selv om forskning tyder på at tungt narkotikamisbruk ikke rammer tilfeldig (se eksempelvis Lauritzen et al. 1997 og Melberg et al 2003 for beskrivelse av problemomfang blant misbrukere som søker behandling), er sprøytemisbrukerne en heterogen gruppe med hensyn til alder, utdanning, boforhold, etnisitet, risikoatferd osv. En stor andel av de intervjuede svarer riktignok godt til bilde mange har av den litt slitne og tungt belastede misbrukeren, men også innenfor gruppen som injiserer narkotika er det et stort mangfold. Vi har intervjuet sprøytemisbrukere med barneseter i bilen, sprøytemisbrukere som er på vei fra jobb, som vil feire eksamen eller som bare vil ha litt ekstra spenning i en ellers grå hverdag. Mangfoldet bør legges til grunn når man skal planlegge behandlingsopplegg og ettervern, forebygge smittespredning eller tilrettelegge tiltak av ulik art for denne gruppen.

Det har dessuten skjedd flere endringer blant de sprøytenarkomane i løpet av undersøkelsesperioden. Et viktig funn er at gjennomsnittsalderen har økt. Det kan tyde på at rekrutteringen blant de unge ikke er økende. Et nytt trekk er imidlertid at mange debuterer med sprøyte etter at de er fylt 30 år, slik at gjennomsnittsalderen alene ikke kan gi god indikasjon på eventuelle endringer i rekruttering til sprøytemisbruk. Dataene viser dessuten at det har skjedd en endring i veien inn til sprøytemisbruket, ved at et stort flertall av de som har debutert med sprøyte de siste årene, har røykt heroin før de injiserte stoffet første gang. Vi vet foreløpig lite om utbredelse av heroinrøyking i Norge, men den høye andelen som har røykt heroin før de begynte med sprøyte tilsier at utviklingen bør følges. Ved at vi vet for lite om røyking av heroin, kan antall heroinmisbrukere være betydelig høyere enn det anslagene for antall sprøytemisbrukere skulle tilsi. Det å røyke heroin er imidlertid mindre helseskadelig enn å injisere stoffet, men det kan ikke utelukkes at rekrutteringen til sprøytemisbruk kan øke dersom røyking av stoffet blir mer vanlig.

Et annet slående utviklingstrekk er det økte forbruket av ulike typer rusmidler blant de sprøytenarkomane. Dataene viser at heroinmisbrukere i snitt har mer enn fordoblet mengden heroin de oppgir å bruke hver måned. Mye av økningen kan trolig forklares med økt tilgjengelighet og lavere priser. Også forbruket av andre rusmidler, spesielt sentralstimulerende stoffer og tabletter, har økt betydelig. Problemene

knyttet til stoffmisbruk henger gjerne sammen med mengden stoff som forbrukes, og en så markant økning i heroinforbruket har derfor med stor sannsynlighet påvirket problemomfanget i negativ retning. Selv om kroppen øker sin toleranse for stoffet, kan forbruksøkningen blant annet ha bidratt til den forverrede helsetilstanden blant sprøytemisbrukere det er rapportert om (Welle-Strand 1998, Kurtze og Eide 2003). Det har i løpet av undersøkelsesperioden også vært en voldsom økning i antall narkotikadødsfall: i 1993 rapporterte KRIPOS om 95 slike dødsfall, mens det tilsvarende tallet for 2004 var 223 døde. Det høyeste antall narkotikadødsfall var i 2001 med 338 døde (se figur A1 i appendiks A3). Økt forbruk kan i tillegg gjøre veien tilbake til "normalsamfunnet" vanskeligere.

Dataene viser at kvinnelige sprøytemisbrukere bruker mer heroin enn mannlige. Kvinnene injiserer flere dager per måned, setter flere sprøyter per dag og hvert skudd inneholder i snitt litt mer heroin. De bruker også signifikant mer piller enn menn. Dette kan skyldes at behovet for "selvmedisinering" er større blant kvinner, at de fysisk trenger mer stoff for å oppnå samme nivå på rusen, at de disponerer mer penger enn mannlige misbrukere eller en kombinasjon av disse faktorene. Kvinner rapporterer om flere ikke-fatale overdoser og andre studier har vist at kvinnelige misbrukere også rapporterer flere psykiske problemer, problemer i forhold til egne barn, partnere osv. (Lauritzen et al. 1997, Rossow og Lauritzen 1999, Melberg et al. 2003). Kvinneandelen er lavere i misbruketpopulasjonen enn i befolkningen for øvrig, og det er grunn til å anta at disse kvinnene i enda større grad enn menn er en utsatt og belastet gruppe. For å tilrettelegge tiltak for sprøytemisbrukere bedre, bør trolig tiltakene i større grad være kjønnsspesifikke.

Narkotikaprisene har som nevnt falt drastisk i løpet av undersøkelsesperioden. Det er oppsiktsvekkende at prisen på eksempelvis heroin har gått ned med vel 70 prosent, til tross for stor og stabil innsats mot narkotikakriminalitet. Også amfetaminprisen har falt betydelig, mens hasj er blitt noe billigere i indeksjusterte priser. Prisen på tabletter som Rohypnol og Flunipam (egentlig sovemedisiner) har imidlertid økt. Observerte endringer i priser kan i prinsippet skyldes forhold både på etterspørselssiden, selgersiden eller en kombinasjon av disse. Det synes imidlertid som mindre sannsynlig at det er redusert etterspørsel etter heroin og amfetamin som har forårsaket prisnedgangen. Derimot er det indikasjoner på at økt tilstrømning av narkotika har bidratt til utviklingen. En nærmere analyse av forholdene på selgersiden og utviklingen på det

norske heroinmarkedet er påbegynt, og resultatene fra denne vil forhåpentligvis gi mer informasjon om hva de observerte prisendringene kan skyldes.

Mange av misbrukernes måter å skaffe seg penger på er som kjent forbundet med ulike typer kostnader for samfunnet forøvrig. Vinningskriminalitet har både psykiske og økonomiske konsekvenser for de som blir frastjålet verdier. I tillegg har det konsekvenser for andre som frykter for å bli utsatt for det samme. Samfunnet og privatpersoner bruker store ressurser for å sikre seg mot vinningskriminalitet og påføres betydelig utgifter til alarmsystemer, innbruddsforsikring osv. På toppen av dette kommer ressursene samfunnet bruker til politi, retts- og fengselsvesenet i slike type saker. Stoffsalg medfører andre typer kostnader for samfunnet ved blant annet faren for ytterligere spredning av narkotikamisbruk til nye grupper, samt den voldskriminalitet som kan følge i kjølvannet av illegal omsetning. De unge jentene som selger seksuelle tjenester, viser seg ofte å ha en opphopning av uheldige erfaringer fra barndommen. Prostitusjonen viderefører og forsterker disse negative innflytelsene i jentenes liv, slik at det å komme ut av misbruket kan bli enda vanskeligere enn det ellers ville ha vært.

Det kan imidlertid ikke unnsås at narkotikamisbrukernes store finansieringsbehov delvis er en konsekvens av samfunnets narkotikapolitikk. Det høye prisnivået på illegale stoffer er først og fremst et resultat av at disse varene er ulovlige. Produksjonskostnadene for hasj og heroin er eksempelvis svært lave, men de som innfører og omsetter stoffene vil ha betalt for den risikoen de tar. Risikoen for straffeforfølgelse medfører at narkotikaprisene misbrukerne må betale, mangedobles. En legal omsetning av narkotiske stoffer kunne trolig, selv med en avgiftsbelegging på linje med det vi har for alkohol, gitt et betydelig lavere prisnivå og derved også et lavere utgiftsnivå for stoffmisbrukerne. Det lavere prisnivået markedet selv har generert det siste tiåret, antyder dette.

Isolert sett er et redusert finansieringsbehov et gode for misbrukerne da over 40 prosent av de intervjuede risikerer fengselsstraff for stoffsalg og hver fjerde oppgir vinningskriminalitet som finansieringskilde. Annenhver av de intervjuede kvinnene hadde skaffet seg penger via prostitusjon i måneden forut for intervjuet. Mindre behov for å måtte ty til slike aktiviteter forbedrer misbrukernes hverdag. Dataene viser da også at misbrukernes måter å skaffe seg penger på har endret seg parallelt med at narkotikaprisene har falt. Betydningen av ulike finansieringskilder er

forandret, og færre enn tidligere oppgir å ha benyttet illegale kilder og prostitusjon for å finansiere stoffkjøp. I tillegg oppgir misbrukerne at de i snitt genererer mindre penger fra illegale kilder nå enn på midten av 1990-tallet.

Det er blitt hevdet at sprøytemisbrukeres forbruk ikke påvirkes av prisendringer fordi sterk stoffavhengighet tvinger misbrukerne til å bruke samme mengde stoff hver dag. Analysene utført i denne studien tilbakeviser en slik påstand – også sprøytemisbrukere reagerer som andre forbrukere når inntekten eller prisene endres. Fordi utgiftene til narkotika utgjør en såpass stor del av de forbruksutgiftene misbrukerne har, tyder resultatene på at deres forbruk heller er *mer* påvirket av prisendringer enn det forbruket til mange ikke-avhengige er. Det at avhengige personer ikke reagerer på prisendringer ble først tilbakevist for sigaretter og alkohol der data var lettere tilgjengelig (se Cook og Moore 2000, Chaloupka and Warner 2000 for oversiktsartikler om hhv. sigaretter og alkohol). De relativt få studiene som eksisterer om narkotikamisbrukeres prisfølsomhet bekrefter hovedfunnet vi presenterer i denne rapporten.

Det kan innvendes mot de resultatene som er presentert her at prisene i undersøkelsesperioden stort sett har gått ned, og at reaksjonen ville blitt annerledes dersom man hadde stått overfor en prisøkning i perioden. Hypotesen om en slik asymmetrisk respons på prisendringer kan ha noe for seg da en kan tenke at det er lettere å øke forbruket av avhengighetsskapende varer enn det er å redusere forbruket. En analyse av etterspørselen av sigarett antyder at forbruksendringen ved en prisøkning bare utgjør halvparten av endringen som kommer når prisene faller tilsvarende (Pekurinen 1989). Hvorvidt det samme er tilfelle for etterspørselen etter heroin er uvisst, men selv med en halvering vil misbrukerne fortsatt endre forbruket sitt betydelig også ved en prisøkning.

Det at personer som er avhengig av heroin virkelig påvirkes av prisendringer synes å stå i motsetning til forestillingen om hvor stabilt og altomgripende avhengighet er. I hvilken grad styrer behovet for stoff den avhengiges handlinger og hvor mye handlingsrom og valgmuligheter har den enkelte? Dataene fra sprøyteutdelingen bekrefter at misbrukerne ikke alltid "setter" samme mengde stoff hver dag, enten årsaken til dette er påtvunget utenfra (pengemangel, arrestasjon, sykdom eller lignende) eller bestemt av dem selv ("legger seg sjuk for å få ned toleransen", for å besøke familien osv.). Variasjonen i stoffinntak kan være svært stor for samme person innenfor et relativt kort tidsrom, selv uten endringer i stoffpriser.

Det at narkotikaavhengige også justerer forbruket sitt i tråd med prisendringer, indikerer kanskje at forestillingen mange har om hva avhengighet er og hvor mye den styrer faktisk atferd, bør justeres.

Rapporten har dokumentert at de intervjuede er en gruppe med et omfattende misbruk av narkotiske stoffer. Misbruket øker risikoen for diverse sykdommer og tidlig død, og finansieringsmåtene som brukes øker risikoen for utstøting og ytterligere stigmatisering. Norske myndigheter har en uttalt målsetting om å redusere de negative konsekvensene av rusmiddelbruk og å redusere rusmiddelmisbruket (Regjeringens handlingsplanen 2003-2005). Funnene i denne rapporten kan være et grunnlagmateriale i det arbeidet.

Appendiks

A.1 Oversikt over spørsmål brukt i undersøkelsen

| | Type spørsmål | Tidsrom |
|-----------------|---|-----------|
| Bakgrunn | Kjønn | 1993-2004 |
| | Alder | 1993-2004 |
| | Utdanning | 1995-2004 |
| | Enisitet (eget og foreldres fødeland) | 2003-2004 |
| Forbruk | Frekvens og mengde av alkohol | 1993-2004 |
| | Frekvens og mengde av hasj | 1993-2004 |
| | Frekvens og antall injeksjoner av heroin samt mengde per injeksjon | 1993-2004 |
| | Inntaksmåter av heroin | 1993-2004 |
| | Frekvens og antall injeksjoner av amfetamin | 1993-2004 |
| | Inntaksmåte av amfetamin | 1999-2004 |
| | Type og antall piller | 1993-2004 |
| | Frekvens piller | 1998-2004 |
| | Frekvens av kokain, LSD og ecstasy | 1993-2004 |
| | Frekvens av Metadon | 2002-2004 |
| | Antall dager siden forrige injeksjon | 1999-2004 |
| | Hva slags mengde-enhet som vanligvis kjøpes | 2001-2004 |
| | Hvorvidt denne månedens forbruk er høyere eller lavere enn tidligere | 1993-2004 |
| Kjøp | Betalingsmåte ved forrige anskaffelse av stoff (kontant, krita, vernetjeneneste etc.) | 1993-1998 |
| | Andel som er betalt kontant siste måned | 1993-1998 |
| | Hvorvidt det har vært vanskelig å få tak i stoffene man har ønsket å kjøpe | 1993-2004 |
| Priser | Priser for ulike kvantum av heroin | 1993-2004 |
| | Pris for en kvarting amfetamin | 1993-2004 |
| | Pris for en "beis" hasj | 1993-2004 |
| | Pris for Dolcontin, Temgesic, Paralgin | 1993-2004 |
| | Forste, Rohypnol, Valium, Vival, Stesolid | 1993-2004 |

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| | Pris for Metadon | 2002-2004 |
| | Pris for større mengder av heroin, amfetamin og hasj | 1993-2004 |
| Inntekt | Rangering av inntektskildene arbeid, trygd/sosialhjelp, tyveri/n\vinningskrim., stoffsalg, prostitusjon og ”annet” | 1993-2004 |
| | Antall kroner tjent sist måned fra arbeid, trygd/sosialhjelp, tyveri/n\vinningskrim., stoffsalg, prostitusjon og ”annet” | 1993-2004 |
| For selgere | Hva slags stoff vedkommende vanligvis selger | 1993-2004 |
| | Kvantum sist man kjøpte for videresalg | 1993-2004 |
| | Beløp man betalte for kvantumet | 1993-2004 |
| | Hvilke mengder stoffet ble videresolgt i | 1993-2004 |
| | Andel som gikk til eget forbruk | 1993-2004 |
| | Antall ganger per måned man kjøper for videresalg | 1993-2004 |
| | Antall gram/antall tabletter solgt sist måned | 1998-2004 |
| | Antall gram/antall tabletter vanligvis solgt | 1998-2004 |
| Annet | Alder for sprøytdebut | 1995-2004 |
| | Alder for regelmessig sprøytemisbruk | 1999-2004 |
| | Type stoff i første sprøyte | 2001-2004 |
| | Alder første gang heroin | 2001-2004 |
| | Inntaksmåte første gang heroin | 1999-2004 |
| | Alder første gang røykt heroin | 1999-2004 |
| | Samtidig injeksjon av heroin og tabletter (hvor ofte, type og antall tabletter) | 1993-1999 |
| | Antall opphold i regelmessig injeksjonsmisbruk | 1993-2004 |
| | Total lengde på opphold | 1993-2004 |
| | Erfaring med overdose, evt. totalt antall, antall siste år, sist måned | 1999-2004 |
| | Hvorvidt søkt behandling og evt. hva slags type behandling | 1999-2002 |
| | Nåtidig boforhold | 1999-2004 |
| | Indikator for tidspreferanser | 1995-1996 |

A.2 Kort om sprøyteutdelingen i Oslo

Sprøyteutdelingen ble opprettet i 1988 og er et ledd i myndighetenes HIV/AIDS-forebyggende arbeid. Tiltaket gir gratis ut sprøyter og kondomer, og har også som formål å drive opplysende helsearbeid og formidling til det øvrige hjelpeapparatet. Det har i perioder vært mulig å HIV-teste seg i sprøyteutdelingen ved at den enkelte ukedager har vært bemannet med sykepleier og utstyr til testing. Sprøyteutdelingen er et såkalt lavterskeltiltak, og det registreres ingen personopplysninger utover kjønn og hvilke tjenester som ytes.

Fra 1988 til mars 2003 foregikk selve sprøyteutdelingen fra en buss innkjøpt til formålet (kalt "AIDS-INFO Bussen" eller "Sprøytebussen"). Bussen ble kjørt til faste områder i sentrum der målgruppen lett kunne nå den. Klager fra forretninger og nærmiljø medførte at bussen måtte endre "holdeplass" flere ganger, før den til slutt ble parkert for godt til fordel for faste utdelingslokaler i Tollbugaten 3. Det er lite som tyder på at brukergruppen har endret seg som følge av overgangen til nytt utdelingssted. Også Tollbugaten ligger nært til områder av byen hvor mange sprøytemisbrukere til tider oppholder seg. Dessuten er sprøyteutdelingen nå samlokalisert med en feltpleiestasjon og det nyopprettede sprøyterommet. Selve utdelingen skjer gjennom luker i veggene slik at brukerne ikke behøver å gå inn noe sted for å få tak i rene sprøyter eller kondomer.

Ulike offentlige etater i Oslo har under tiden hatt ansvar for sprøyteutdelingen, og tiltaket er de siste årene drevet av Rusmiddeletaten i Oslo Kommune. Med enkelte unntak, var Bussen fram til 2003 det eneste utdelingsstedet for sprøyter i Oslo. Nå deles det i tillegg ut sprøyter fra flere omsorgstilbud og såkalte "væresteder" i byen.

Sprøyteutdelingen foregår 365 dager i året og åpningstidene, som har variert litt i løpet av perioden, er for tiden fra kl 16.30 og fram til nærmere midnatt. Sprøyter kan imidlertid også kjøpes fra apotek, og tanken bak åpningstidene var at tiltaket skulle sikre god sprøytegjengelighet utenom apotekenes åpningstider. Antall sprøyter man kunne få per dag har variert noe, men regelen som gjelder i 2005 er at det maksimalt gis ut 30 sprøyter per person per dag. Det høye antallet forutsetter at vedkommende først leverer inn brukte sprøyter ("retur"). Uten å først levere retur, utleveres maksimalt 10 sprøyter per person per dag.

Det har vært en sterk økning i antall besøk siden tiltaket startet utdelingen av sprøyter og kondomer. Tabell 20 viser utviklingen i antall besøk og antall utdelte sprøyter over tid.

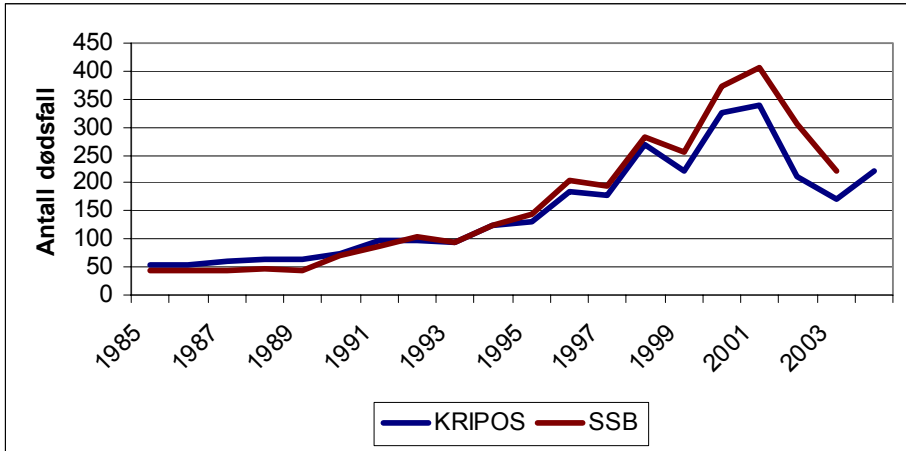
Tabell 20. Antall besøk og utdelte sprøyter ved sprøyteutdelingen, 1989-2004.

| | Antall besøk | Antall utdelte sprøyter |
|------|--------------|-------------------------|
| 1989 | 35.500 | 212.400 |
| 1990 | 42.500 | 381.500 |
| 1991 | 36.700 | 497.300 |
| 1992 | 36.800 | 578.900 |
| 1993 | 48.600 | 626.800 |
| 1994 | 66.000 | 849.700 |
| 1995 | 75.100 | 1135.900 |
| 1996 | 84.800 | 1148.900 |
| 1997 | 103.400 | 1553.400 |
| 1998 | 113.500 | 1896.700 |
| 1999 | 108.700 | 1719.100 |
| 2000 | 116.400 | 1865.200 |
| 2001 | 117.700 | 1872.700 |
| 2002 | 124.300 | 2005.000 |
| 2003 | 135.500 | 2025.200 |
| 2004 | 140.700 | 2188.400 |

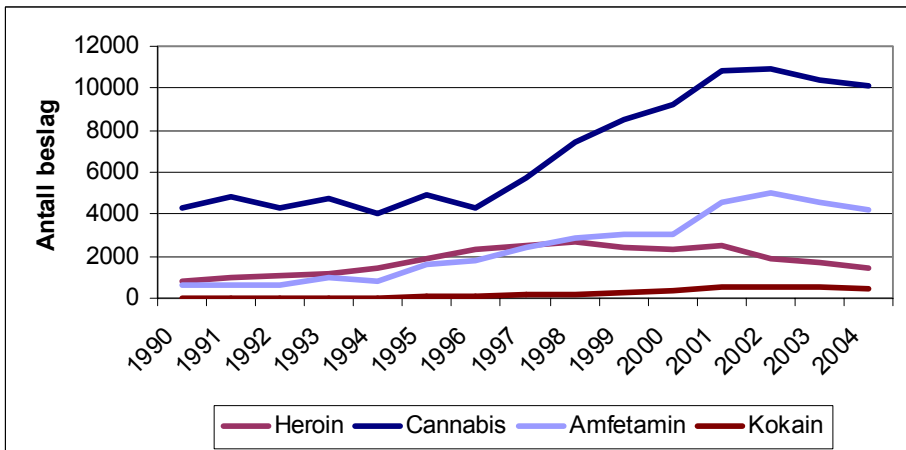
Det har siden sprøyteutdelingens virksomhet ble startet vært foretatt enkelte undersøkelser blant brukere i regi av tiltaksledelsen. Disse brukerundersøkelsene har hatt noe ulike fokus, men har blant annet vært opptatt av risikoatferd i forhold til sprøytedeling og seksuell praksis, bruksmønster og lignende (se blant annet Miller et. al 2001, Ervik, upublisert materiale). Aids-informasjonsbussen ble også evaluert i 1998 (Vindedal 1998).

A.3 Indikatorer for narkotikasituasjonen i undersøkelsesperioden.

Figur A1. Antall narkotikadødsfall 1985-2004,
Kilde: Nye KRIPOS og SSB.

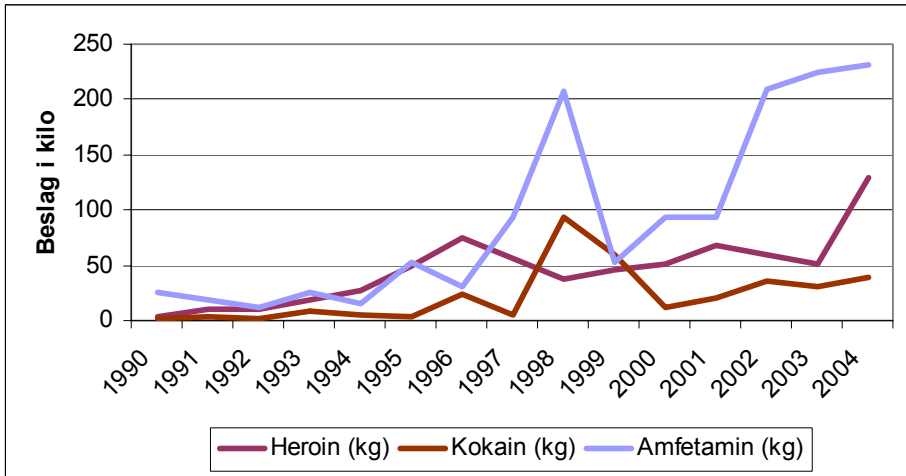


Figur A2. Antall beslag av narkotiske stoffer 1990-2004
Kilde: Nye KRIPOS



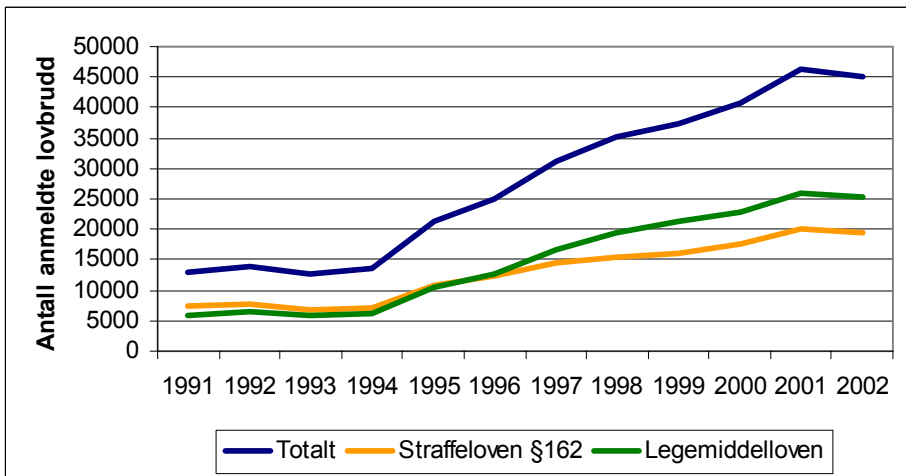
Figur A3. Mengde beslaglagt av ulike stoffer.

Kilde: Nye KRIPOS



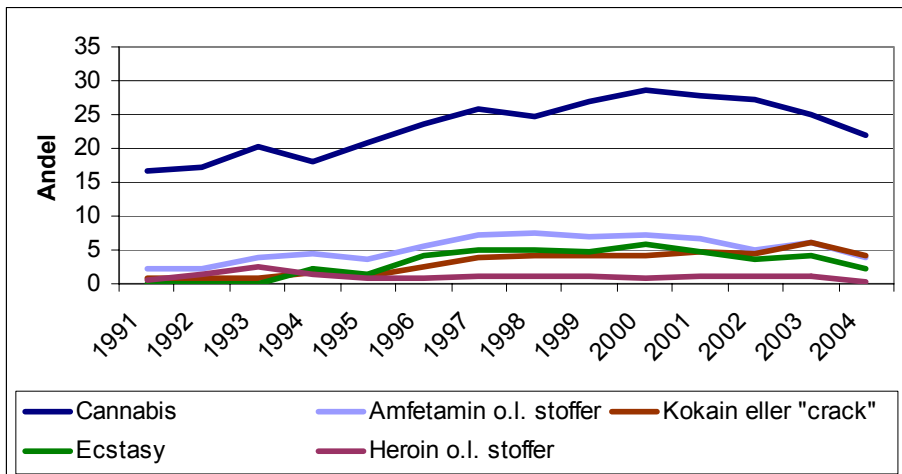
Figur A4. Antall anmeldte for narkotikalovbrudd.

Kilde: Nye KRIPOS



Figur A5. Andelen ungdom 15-20 år i Oslo som oppgir at de noen gang har prøvd ulike stoffer.

Kilde: SIRUS



Tabell 21. Narkotikapriser i Oslo 2005*.

| | 1 gram | 5 gram | 10 gram | 100 gram | 1 kilo |
|-----------------------|-----------------------|-----------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Heroin | 800- 1.200 | 2.000- 4.000 | 4.000- 8.000 | 30.000- 60.000 | 185.000- 400.000 |
| Omregnet grampris | 800- 1.200 | 400-800 | 400-800 | 300-600 | 185-400 |
| Amfetamin | 200-500 | | 2.000- 4.000 | 10.000- 14.000 | 60.000- 90.000 |
| Omregnet grampris | 200-500 | | 200-400 | 100-140 | 60-90 |
| Hasj | | 350-450 | 600-800 | 4.000- 6.500 | 20.000- 35.000 |
| Omregnet grampris | | 70-90 | 60-80 | 40-65 | 20-35 |
| Kokain | | 3.000- 6.000 | 5.000- 8.000 | 35.000- 60.000 | 250.000- 400.000 |
| Omregnet grampris | | 600-1200 | 500-800 | 350-600 | 250-400 |
| Ecstasy | 100-150 (pr stykk) | | 5.000- 7.000 | 17.500- 25.000 | 25.000- 40.000 |
| Omregnet stykkpris | 100-150 (pr stykk) | | 50-70 (100 stk.) | 35-50 (500 stk.) | 25-40 (1000 stk.) |

*Kilde: Oslo politikammer

A.4 Publiserte arbeider der data fra undersøkelsen er brukt.

1. Bretteville-Jensen, A.L og Sutton, M. The Income-generating Behaviour of Injecting Drug-users in Oslo. *Addiction* 1996; **91**(1): 63-79.
2. Bretteville-Jensen, A.L. Hvor går kvinnene? Artikkel i *rus & avhengighet* 1998: (5), 34-37.
3. Bretteville-Jensen, A.L. Addiction and Discounting. *Journal of Health Economics* 1999; **18** (4): 395-409.
4. Bretteville-Jensen, A.L. Gender, heroin consumption and economic behaviour. *Health Economics* 1999; **8**: 379-389.
5. Bretteville-Jensen, A.L og Ødegård, E. Injeksjonsmisbrukere i Norge. SIFA-rapport nr. 4/99.
6. Bretteville-Jensen, A.L. Kjønnforskjeller blant intravenøse misbrukere i Oslo. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 2000; **120**: 12-14.
7. Ødegård, E. og Bretteville-Jensen, A.L. Where have all the young girls gone or where do all the men come from? Change and lack of change in demographic characteristics of the Norwegian heroin user population, *European Addiction Research* 2002; **8**: 141-146.
8. Bretteville-Jensen, A.L. "Understanding the demand for illicit drugs: An empirical approach based on self-reported data". Doktoravhandling nr. 25, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen, januar 2003.
9. Bretteville-Jensen, A.L. og Biørn, E. Heroin consumption, prices and addiction: Evidence from self-reported panel data, *Scandinavian Journal of Economics* 2003; **105**(4): 661-679.
10. Bretteville-Jensen, A.L. og Biørn, E. Do prices count? A micro-econometric study of illicit drug consumption based on self-reported data, *Empirical Economics* 2004; 29(3): 673-695.
11. Bretteville-Jensen, A.L. To legalise or not to legalise? Economic approaches to the decriminalisation of drugs; Under trykking i *Substance Use and Misuse* 2006;

Referanser

- Andersen, B. B. (1996) Dødelighet blant 174 narkomaner i Velje Amt 1980-1995 i *Dødsfall blant stoffmisbrukere 1970-1995 - stigning, stagnation, forandring!* Rapport fra Sundhetsstyrelsen, København.
- Anglin, D., Hser, Y., McGothlin W. (1987) Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted, *American J. Drug Alcohol Abuse*, **13**, 59–71.
- Amundsen, E. J.; I. Rossow og S. Skurtveit (2005) Drinking pattern among adolescents with immigrant and Norwegian background: A two-way influence? *Addiction*, **100**: 1453-1463.
- Arner, O.; G. Lauritzen, H. Waal og A. Amundsen (1995) Forprosjektet til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak for Oslo. *SIFA rapport nr. 3/95*.
- Berg, E. (2003) Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. *SIRUS rapport nr. 1/2003*.
- Berg, J.E. og Andersen, S. (1993) Street sale of heroin – a profitable way of making a living? *Drug and alcohol dependence*, **32**, 287-291.
- Blair, R. D., og R. J. Vogel (1983) Heroin addiction and urban crime, *Public Finance Quarterly*, **1**(4), 457–567.
- Bretteville-Jensen, A.L. Hvor går kvinnene? Artikkel i *rus & avhengighet* 1998: (5), 34-37.
- Bretteville-Jensen, A. L. og E. Biørn (2003) Heroin consumption, prices and addiction: Evidence from self-reported panel data, *Scandinavian Journal of Economics*, **105**(4): 661-679.
- Bretteville-Jensen A. L. og A. Skretting (2005) *Has heroin smoking spread to Norway? A study of changes in heroin use among recreational and heavy drug users*, upublisert manuskript.
- Bretteville-Jensen, A. L og M. Sutton (1996) The Income-generating Behaviour of Injecting Drug-users in Oslo. *Addiction*, **91**(1): 63-79.

Bretteville-Jensen, A. L. og E. Ødegård (1999) Injeksjonsmisbrukere i Norge. *SIFA-rapport* nr. 4/99.

Bryhni A (ed.) (2004) *Rusmidler i Norge*, SIRUS, Oslo.

Chaloupka, F. J., og K. Warner (2000) The economics of smoking, in (Eds.) Culyer, A. J., og J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, Elsevier, pp. 1539–1627.

Cook, P., og M. Moore (2000) Alcohol, in (Eds.) Culyer, A. J. og J.P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, Elsevier, pp. 1629–1673.

Darke, S. (1998) Self-report among injecting drug users: a review, *Drug and Alcohol Dependence*, **51**, 253–263.

DiNardo, J. (1993) Law enforcement, the price of cocaine, and cocaine use, *Mathematical and Computer modelling*, 17(2), 53–64.

Dwyer R.; D. Richardson, M. W. Ross, A. Wodak, M. E. Miller, og J. A. Gold (1994) Comparison of HIV risk between women and men who inject drugs. *AIDS Education and Prevention*, **6**: 379-389.

Ervik, R. (1997) Evaluering av Metadonprosjektet i Oslo (MiO), Del 2: Behandlingsforløp og -status, *SIFA rapport* nr. 5.

Ervik, R. Upublisert notat om *Brukerundersøkelsene 1992-2002*.

Eskild, A.; P. Magnus, S. O. Samuelsen, C. Sohlberg og P. Kittelsen (1993) Dødelighet og dødsårsaker blant intravenøse stoffmisbrukere i Oslo, *Tidsskrift for den norske lægeforening*, **113**: 1331-1333.

Fugelstad, A.; A. Anell, J. Rajs, og G. Agren (1997) Mortality and causes and manner of death among drug addicts in Stockholm during the period 1981-1992, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, **96**: 169-175.

Gossop M.; P. Griffiths, og J. Strang (1988) Chasing the dragon – characteristics of heroin chasers. *British Journal of Addiction*, **83**(12): 1159-1162.

Grapendaal, M. (1992) Cutting their coat according to their cloth: Economic behaviour of Amsterdam opiate users. *The International Journal of Addictions*, **27**(4): 487-501.

Grapendaal, M.; E. Leuw, og H. Nelen (1992) *A world of opportunities. Lifestyle and economic behaviour of heroin addicts in Amsterdam*. State University of New York Press, Albany.

Greene, W. (2003): *Econometric Analysis*, Prentice Hall .

Griffiths, P.; M. Gossop, B. Powis, og J. Strang, (1994) Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction*, **89**: 301-309.

Grosman, M. og F.J. Chaloupka (1998) The demand for cocaine by young adults: a rational addiction approach, *Journal of Health Economics*, **17**, 427–474.

Grund, J.J. og Blanken, P. (1993) *From chasing the dragon to chinezen: the diffusion of heroin smoking in the Netherlands*, IVO serie nr 3, Erasmus Universitetet, Rotterdam.

Gujarati, D (2003): *Basic Econometrics*, McGraw Hill.

Hansen, B. M.; H. Kornør og H. Waal (2004) *Statusrapport for pasienter i legemiddelassistert behandling 2002-2003*. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo.

Hilberg, T. (1999) Det siste skuddet. Toksikologiske aspekter ved heroindødsfall. Statens institutt for rettstoksikologi og rusmiddelforskning, Oslo.

Kandel, D. B. (red.) (2002) *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge University Press, New York.

Kennedy, P (2003): *A Guide to Econometrics*, The MIT Press.

Koch, J. V., og S. E. Grupp (1971) The economics of drug control policies, *The International Journal of the Addictions*, **6**(4), 571–584.

Koch, J. V., og S. E. Grupp (1973) Police and illicit drug markets: some economic considerations, *British Journal of Addiction*, **68**, 351–362.

KRIPOS, *Årsmeldinger 1996, 2000 og 2003*, Oslo.

Kurtze, N. og A. H. Eide (2003) Helsetilstanden hos tunge rusmiddelmisbrukere. *SINTEF rapport STF78 A035002*, Trondheim.

Lauritzen G.; H. Waal; A. Amundsen, og O. Arner (1997) A national study of Norwegian drug abusers in treatment. Methods and findings. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs (NAT)*, **14**, 43-63.

Lalander, P. (2003) *Hooked on heroin. Drugs and drifters in a globalized world*. Berg, Oxford, UK.

Liu, J.L., J.T. Liu, J.K. Hammitt, S.Y. Chou (1999) The price elasticity of opium in Taiwan. 1914–1942, *Journal of Health Economics*, **18**(6), 795–810.

Løvås, G. G (1999) Statistikk for universiteter og høyskoler, *Universitetsforlaget*, Oslo.

Melberg, H. O; G. Lauritzen og E. Ravndal (2003) Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling. *SIRUS rapport nr. 4/2003*.

Miller, M.; A. Eskild, I. Mella, H. Moi, og P. Magnus (2001) Gender differences in syringe exchange program use in Oslo, Norway. *Addiction*, **96** (11): 1639-1651.

Nielsen Bjerrum H. og M. Rudberg (1992) Jenters vei til rusmidler – et sosialiseringperspektiv, i Waal og Middelthun (red.) *Narkotikaforebygging mot år 2000*, Universitetsforlaget AS, Oslo.

Nisbet, C .T., og F. Vakil (1972) Some estimates of price and expenditure elasticities of demand for marijuana among U.C.L.A. students. *The Review of Economics and Statistics*, **54**, 473–475.

NOU (2003:17): *Sævangifter og grensehandel. Rapport fra Grensehandelsutvalget*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

NOU (2004:6) *Mellom effektivitet og personvern. Politimetoder i forebyggende øyemed*, Statens forvaltningstjeneste.

Ours, J. van (1995) The price elasticity of hard drugs: The case of opium in the Dutch East Indies. *Journal of Political Economy*, **103**, 261–279.

Pedersen, W., Skrondal, A. (1998) Alcohol consumption debut: Predictors and consequences, *Journal of studies on alcohol*, **59**, 32-42.

Pekurinen, M. (1989) The demand for Tobacco Products in Finland, *British Journal of Addiction*, **84**: 1183–1192.

SIRUS (2004) Rapport om narkotikasituasjonen i Norge i EMCDDA (2004) *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.

Strategier for Regjeringens arbeid mot rusmiddelproblemer 2003-2005, Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Rossow, I. og K. B. Kielland (1995) Dødelighet og dødsårsaker blant intravenøse stoffmisbrukere i Oslo. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, **115**: 1050-1055.

Rossow, I., and G. Lauritzen (1999) Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-treatning overdoses among drug addicts. *Addiction*, **94**(2): 209-219.

Rottenberg, S. (1968) The clandestine distribution of heroin, its discovery and suppression, *Journal of Political Economy*, **76**(1), 78–90.

Rødseth, A. (1992) Konsumentteori. *Universitetsforlaget*, Oslo.

Saffer, H., og F. J. Chaloupka (1999) The demand for illicit drugs. *Economic Inquiry*, **37**(3), 401–411.

Silverman, L. P., og N. L. Spruill (1977) Urban crime and the price of heroin. *Journal of Urban Economics*, **4**, 80–103.

Skog O.-J. (1992) The validity of self-reported drug use. *British Journal of Addiction*, **87**, 539-548.

Skretting A.; R. Ervik og K.E. Øie (1993) AIDS-informasjonsbussen i Oslo. En intervju-undersøkelse av brukerne. *SIFA rapport* nr. 2/93.

Skretting A. og O.-J. Skog (1989) Arresterete sprøytemisbrukere. Erfaringer fra et 3 mnd pilotprosjekt. *SIFA rapport* nr. 1/89.

Strang J.; P. Griffiths, B. Powis, og M. Gossop (1992) First use of heroin: changes in route of administration over time. *British Medical Journal*, **304**: 1222-3.

Strang J.; P. Griffiths, og M. Gossop (1997) Heroin smoking by "chasing the dragon": origins and history. *Addiction*, **92**(6): 673-683.

Teige B. (1998) Narkotikadødsfall - epidemiologi. *Rettsmedisin*, nr. 3: 63-5.

Welle-Strand, G. (1998) Dårligere helse blant stoffmisbrukerne. *Rus & Avhengighet*, nr. 2: 22-23.

White. M. D., og W. A. Luksetich (1983) Heroin: price elasticity and enforcement strategies, *Economic Inquiry*, **21**, 557-564.

York, J. L., og J. W. Welte (1994) Gender comparisons of alcohol consumption in alcoholic and non-alcoholic populations. *Journal of Studies on Alcohol*, **55**: 743-750.

Ødegård, E., og A. L. Bretteville-Jensen (2002) Where have all the young girls gone or where do all the men come from? Change and lack of change in demographic characteristics of the Norwegian heroin user population. *European Addiction Research*, **8**: 141-146.

Årsberetning 1998, Oslo Politidistrikt, Narkotikaseksjonen

English summary

The data in this report are unique in both a Norwegian and international context in that we have carried out a large number of interviews (n=3829) over an extended period with heavy drug users on issues such as consumption, funding and street prices of illegal drugs. The number of interviewees is lower than the number of interviews because some interviewees were probably interviewed more than once during the several year long study. In contrast to studies whose interviewees are recruited from prisons and/or treatment facilities, we recruited ours from a non-controlled group in the vicinity of Oslo needle exchange service because we wanted, among other things, to profile active injecting users and their consumption habits and analyse the impact of economic and other factors on consumption.

We detail here the drugs, intake methods and quantities and longitudinal changes with regard to prices and means available to fund the habit. We describe how respondents obtain money and the relative significance of the different methods. In addition to the impact of economic variables on drug use we also investigate the significance of other factors as well.

We have divided the main findings of the study into four areas, and would like to highlight the following points in particular:

About the sample population

- The average age of the interviewees rose by almost 5 years over the course of the study, from 29.1 in 1993 to 33.8 by 2004. Average age was higher among self-reporting mainly amphetamine users (34.0) than among mainly heroin users (31.7).
- The average age of first-time injectors in the post-1995 period is about 10 years higher than the age of first-time injectors in the pre-1980 period (post-1995 debut age 25.1 / pre-1980 debut age 15.8).
- About 50 per cent started injecting on a regular basis within a year of their first injection; almost 80 per cent were injecting regularly within three years of the first injection.
- Increasing numbers start injecting heroin without previously injecting amphetamine.
- More than 90 per cent of our interviewees were born and raised in Norway. Among the remainder, the parents of most were from Africa.

- A relatively large number (35.5 per cent) reported unsatisfactory longer term accommodation arrangements (hostel/no permanent address). More female interviewees lived in their own home (rented or owned), while more male interviewees lived with their parents or had no permanent address.
- 65 per cent reported overdosing incidents of sufficient severity to require assistance to regain consciousness. The average number of overdose incidents among those reporting such incidents was 7.
- A higher number of female than male interviewees reported non-fatal overdose incidents; women under the age of 25 appear to be particularly prone to risk behaviour. The data showed that young women with experience of overdosing averaged 3.5 incidents within the past twelve months, while men in the same age-group reported 0.7 incidents.
- Average mortality over the first two years of a sample interviewed originally in 1997 (n=172), was about 5 per cent.

Drug consumption

- 84 per cent of the sample injected mainly heroin, 12 per cent amphetamine, 3 per cent both, and 1 per cent other substances
- The percentage of mainly amphetamine injectors grew during the study from an average of 10 per cent 1993–99 to 17 per cent 2000–04.
- We found wide individual variation within the periods, and a sharp rise over time in the average amounts taken per injection of heroin.
- Average monthly heroin consumption has more than doubled during the study, from about 8 to about 20 grams; average amphetamine use rose in the same period from 17 to 20 grams.
- Female interviewees' reported higher average monthly consumption rates of heroin than male interviewees (females: 20.3 grams /males: 17.2 grams). Women injected on average more days per month, injected more times per day, and injected larger doses than male respondents.
- Mainly heroin users' average monthly consumption of amphetamine was 5 grams. Mainly amphetamine users' average monthly consumption of heroin was 6 grams.

- Both groups of mainly heroin and amphetamine users reported drinking, eating, smoking or sniffing/snorting a wide range of other substances. During the month up to the interview between 2000 and 2004,
 - 75 per cent reported using hash
 - 85 per cent reported taking pills
 - 50 per cent reported drinking alcohol
 - 20 per cent reported taking cocaine, 8 per cent ecstasy, 3 per cent LSD
- 70 per cent of post-1995 first time injectors had smoked heroin before injecting it; only 15 per cent of pre-1980 first time injectors had smoked heroin in advance.
- 25 per cent of the respondents interviewed after 2001 (n=600) had tried methadone or subutex in the four weeks preceding the interview. 10 per cent reported daily or nearly daily consumption of these substances
- 14 per cent of the amphetamine users and 8 per cent of heroin interviewed since 2002, were on drug assisted rehabilitation – DAR. Compared with non-rehab users, heroin-injecting rehab clients used about 50 per cent less heroin on average, but there was no significant difference in amphetamine consumption between rehab and non-rehab users.

Income

- As many as 85 per cent had received social security payments or social assistance; 45 per cent had earned money selling drugs; and every fourth interviewee had engaged in criminal activity in the month leading up to the interview.
- Women and men obtained money in very different ways. A much higher number of women than men reported prostitution as a source of income (43.5 / 1.5 per cent); more men than women reported income from work (17.5 / 6.0 per cent) and crime (30.0 / 15.5 per cent).
- How money was obtained varied by age, and there were differences between heroin and amphetamine users as well.
- Ways of obtaining money also changed during the study. Between the early and later stages of the study, the percentage reporting illegal activity such as theft and drug selling fell, as did the number

reporting income from prostitution. The group reporting “other means of income” grew during the period.

- Overall income per month fell significantly over the period, from an average of NOK 43,600 (1993–95) to 27,700 (2000–04). Income from drug sales, prostitution and crime fell by about a half between 1993 and 2004; money obtained through “other means” also fell, but less dramatically
- Women’s monthly earnings averaged at least 30 per cent more than men’s (46,700 / 34,900). The main difference concerned proceeds from prostitution: women averaged NOK 12,000 more than men and a significantly higher percentage of women reported prostitution as a source of income. Data on other sources of income showed similar averages for women and men.
- 85 per cent of those asked (n=2372) said they paid cash the last time they bought drugs, 8 per cent bought on credit, while 7 per cent performed a service of some kind. A smaller percentage of amphetamine users than heroin users paid in cash (70 / 87 per cent) and a higher percentage of amphetamine users paid on credit (16 / 7 per cent).
- Heroin users’ expenses dropped by about a third 1998–2004; daily expenses in 2004 amounted therefore to NOK 760. Amphetamine users’ expenses dropped by about 40 per cent 1998–2004; in 2004 their daily expenses ran up to NOK 290.

Prices and impact of price and income variation

- What drugs cost may influence the amounts people use of the different substances, how often they resort to other substances and how the drugs are taken. Price changes may also affect the number of new users, and say something about the market.
- The price of heroin has fallen in excess of 70 per cent since 1993; in the same period, the price of amphetamine fell by about 60 per cent.
- Price per gram is 2.5 times higher for single doses of heroin and amphetamine, relative to “bulk-buying” of 5 grams at a time.
- The real price of hash has fallen slightly despite a relatively stable nominal price. Some pills (including Rohypnol) cost more today.
- People who inject are also likely to change consumption habits in response to changing prices. Analyses suggest that a 10 per cent

rise in the price of heroin will produce about a 12 per cent drop in demand (6 per cent among users who also sell drugs).

- With a 10 per cent rise in income, demand among heroin users is likely to rise by about 5 per cent
- Decriminalising drugs would probably lead to higher consumption rates because prices would drop. Many of the problems associated with drug use are sensitive to the amount of drugs consumed. If consumption increases, the problems in all likelihood will increase as well. Before making a rounded judgement on the desirability of liberalising current drug legislation, each of these benefits and costs should be carefully weighed and assessed separately and together.

SIRUS rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

- 1/2001. Horverak, Øyvind, Sturla Nordlund og Ingeborg Rossow: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. 48 s. Oslo 2001.
- 2/2001. Axelsen, Niels Kristian: *Skjenking i grenseland. Strategier, tiltak og lovgivning mot økonomisk kriminalitet i skjenkesteder i de nordiske land*. 119 s. Oslo 2001.
- 3/2001. Watten, Reidulf og Helge Waal: *Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge behyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD)*. 62 s. Oslo 2001.
- 4/2001. Lund, Ingeborg: *Fra monopol til konkurranse. Restaurantbransjen og alkoholleverandørene etter EØS-avtalen*. 81 s. Oslo 2001.
- 1/2002. Ugland, Trygve: *Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. (Publisert i samarbeid med ARENA. ARENA-report No 3/2002) 254 s. Oslo 2002.
- 2/2002. Horverak, Øyvind: *Selvbetjente vinmonopolutsalg. En evaluering*. 85 s. Oslo 2002
- 3/2002. Hauge, Ragnar og Reidun Johanne B. L. Lohiniva: *Bevillingssystemet som alkoholpolitisk virkemiddel. En evaluering av endringene i alkoholloven i 1997*. 165 s. Oslo 2002.
- 4/2002. Johansen, Nicolay B.: *Tillit og svik i narkomiljøet*. 208 s. Oslo 2002.
- 1/2003. Berg, Elin: *Sambhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. 116 s. Oslo 2003.
- 2/2003. Lund, Ingeborg & Sturla Nordlund: *Pengespill og pengespillproblemer i Norge*. 128 s. Oslo 2003.

- 3/2003 Melberg, Hans Olav & Øyvind Omholt Alver: *Rus og psykiatri i inntektsystemet for kommunene*. 94 s. Oslo 2003.
- 4/2003 Melberg, Hans Olav, Grethe Lauritzen & Edle Ravndal: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. 163 s. Oslo 2003.
- 5/2003 Skretting, Astrid & Elin K. Bye: *Bruk av rusmidler blant norske 15-16 åringer. Resultater fra den norske delen av de europeiske skoleundersøkelsene - ESPAD, 1995, 1999, 2003*. 62 s. Oslo 2003.
- 1/2004 Holth, Per & Elin K. Bye: *B Evaluering av 'Ansvarlig Vertskap' i Bergen 2000-2003*, 80 s. Oslo 2004.
- 2/2004 Alver, Øyvind Omholt, Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbø: *Rusreformen – Noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. 62 s. Oslo 2004.
- 3/2004 Horverak, Øyvind: *Da Vinmonopolet kom til Trysil. En evaluering*. 115 s. Oslo 2004.
- 4/2004 Alver, Øyvind Omholt: *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge*. 65 s. Oslo 2004.
- 1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storrø: *Evaluering av alkoholkampanjen 'Alvorlig talt'* 128 s. Oslo 2005.
- 2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla: *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003* 44 s. Oslo 2005.
- 3/2005 Østhus, Ståle: *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken – en analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden 1962 og fram til i dag* 120 s. Oslo 2005.

Rapportene kan bestilles fra instituttet.