

Narkotikasituasjonen i Norge **2002**



Statens institutt for
rusmiddelforskning

NARKOTIKASITUASJONEN I NORGE 2002

Redaktør:

Odd Hordvin

Redaksjonsutvalg:

Astrid Skretting, Hege C. Lauritzen, Marte K. Ødegård Lund,
Einar Ødegård, Sturla Nordlund og Knut Brofoss

Utgiver:

Statens institutt for rusmiddelforskning

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
DEL I NASJONALE NARKOTIKAPOLITISKE STRATEGIER OG JURIDISKE BESTEMMELSER.....	8
Kapittel 1. Utviklingen av narkotikapolitikken og tiltakene	8
1.1 Politiske rammebetingelser	8
1.2 Lover og retningslinjer	11
1.3 Endringer i rettspraksis	13
1.4 Endringer i opinion og debatt	13
1.5 Finansiering og økonomisk støtte	14
DEL II EPIDEMIOLOGI.....	15
Kapittel 2. Utbredelse av illegale stoffer og bruksmønstre	15
2.1 Hovedtrekk og nye trender.....	15
2.2 Narkotikabruk i befolkningen	16
2.3 Problembruk.....	20
Kapittel 3. Helsemessige konsekvenser av narkotikabruk	22
3.1 Etterspørsel etter behandling.....	22
3.2 Narkotikarelaterte dødsfall	23
3.3 Smittsomme sykdommer	27
3.4 Andre helsemessige forhold	28
Kapittel 4. Sosiale og juridiske forhold og konsekvenser	31
4.1 Sosiale problemer.....	31
4.2 Narkotikaforbrytelser og narkotikarelatert kriminalitet	31
Kapittel 5. Narkotikamarkedet.....	33
5.1 Tilgjengelighet og tilførsel	33
5.2 Beslag	33
5.3 Pris på ulike narkotiske stoffer.....	42
Kapittel 6. Konklusjoner/diskusjonsområder	43
6.1 Samsvar mellom indikatorer	43
6.2 Metodiske begrensninger og kvaliteten av data.....	43

DEL III - TILTAK FOR Å REDUSERE ETTERSPØRSELEN.....	45
Kapittel 7. Strategier på nasjonalt nivå	45
7.1 Hovedstrategier og sentrale tiltak	45
7.2 Nye strategier og tilnærminger	45
Kapittel 8. Forebyggende arbeid	46
8.1 Tiltak i skolene/skoleprogrammer	47
8.2 Ungdomstiltak og programmer utenfor skolen	49
8.3 Tiltak rettet mot barn og familier	49
8.4 Andre type tiltak og program	50
Kapittel 9. Skadereduserende tiltak.....	53
9.1 Beskrivelse av tiltak	53
9.2 Standarder og evaluering	55
Kapittel 10. Behandling	56
10.1 Medikamentfri behandling og omsorg på nasjonalt nivå	56
10.2 Substitusjons- og vedlikeholdsprogrammer	58
10.3 Ettervern og reintegrering	59
Kapittel 11. Tiltak innen kriminalomsorgen.....	60
11.1 Tiltak for stoffmisbrukere i fengsel.	60
11.2 Alternativ til soning i fengsel	61
11.3 Etterutdanning innen kriminalomsorgen.....	61
Referanser	62
Tekstbidrag.....	63

Forord

Dette er den andre årsrapporten fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) om narkotikasituasjonen i Norge. Rapporten er utarbeidet for Det europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikamisbruk - EMCDDA.

EMCDDA er en selvstendig, desentralisert EU-institusjon. Senteret har som oppgave å samle og analysere informasjon og kunnskap om narkotika og narkotikapolitiske spørsmål. Formålet er å sette medlemslandene bedre i stand til å utforme virkningsfulle tiltak mot narkotika og narkotikarelaterte problemer innen en nasjonal eller en felles europeisk ramme. Norge ble medlem av senteret fra 2001, og SIRUS er det norske kontaktpunktet, tilknyttet det europeiske informasjonsnettverket – REITOX. Alle medlemslandene utarbeider årlig nasjonale rapporter og dokumentasjon i form av standardiserte tabeller og oversikter om epidemiologi, forebygging og behandling. Disse gir grunnlag for EMCDDAs årlige rapport om narkotikasituasjonen i EU og Norge og andre publikasjoner fra senteret.

Rapporten er en modifisert og oppdatert utgave av den engelske versjonen som ble levert til EMCDDA i oktober 2002. Spesialtemaene, som er nye hvert år, er ikke medtatt i den norske utgaven. Epidemiologiske data, informasjon om tiltak og organisatoriske endringer er så langt de hittil foreligger blitt oppdatert for 2002.

Rapporten er basert på tekstbidrag og data fra sentrale norske offentlige institusjoner og andre aktører på rusmiddelfeltet. Disse er nevnt i referanselisten. Del I: Nasjonale narkotikapolitiske strategier og juridiske bestemmelser er i hovedsak skrevet av Sosialdepartementet.

Både den norske og engelske utgaven kan lastes ned fra www.sirus.no. Rapporten på norsk kan også bestilles som trykksak fra SIRUS.

Jeg vil takke alle som har bidratt til at rapporten kan presenteres i den form den nå foreligger.

Oslo, januar 2003

Knut Brofoss
Direktør

Sammendrag – hovedtrekk for 2002

Narkotikasituasjonen i Norge må fremdeles karakteriseres som alvorlig, men foreliggende data for 2002 gir flere indikasjoner som peker også i en mer positiv retning.

Prevalensen og insidensen i bruk av illegale narkotiske stoffer er lav i Norge sammenlignet med de fleste andre europeiske land. Mens det i siste halvdel av 1990-tallet var en markert økning i andelen unge som rapporterte at de har brukt cannabis og amfetamin, kan det i den siste 2-3 års perioden (2000-2002) synes som at økningen i bruk av illegale stoffer har stoppet opp blant ungdom i aldersgruppen 15- 20 år.

Antallet overdosedødsfall er fremdeles høyt, men foreløpig oversikt fra Kriminalpolitisen (Kripos) viser en sterk nedgang på landsbasis for 2002.

Antall nye tilfeller av HIV-smitte blant sprøytebrukere i Norge er fremdeles lavt. Det samme gjelder antall nye sprøytebrukere som utvikler AIDS.

Utbruddet av hepatitt A og B blant injiserende stoffmisbrukere virker nå å være på retur.

Antallet personer som er under legemiddelassistert rehabilitering har på ny økt sterkt på landsplan, og lavterskeltak for stoffmisbrukere er blitt videre utbygd ved hjelp av en betydelig økning av tilskudd i 2002.

På den annen side har det samlet vært en økning i beslag av flere av de mest vanlige illegale stoffene i 2001/2002. Kripos' foreløpige statistikk for 2002 viser at den største absolutte økningen var for benzodiazepiner og amfetamin. Også beslaglagt mengde av benzodiazepiner, og da i hovedsak Rohypnol, økte særlig sterkt. Derimot var det en markert nedgang i antall beslag av heroin og ecstasy, men mange store enkeltbeslag.

Politiets og tollvesenets beslag av ulike stoffer og utviklingen av narkotikadødsfall indikerer at bruk og misbruk av de ulike narkotiske stoffene i økende grad er å finne over hele landet. Selv om cannabis gjennom flere år er blitt beslaglagt i alle landets politidistrikter, er også andre stoffer etter hvert å finne i stadig flere distrikter.

Regjeringen la i oktober 2002 fram en handlingsplan mot rusmiddelproblemer, som skal gjelde for perioden 2003-2005. Utfordringene og veivalgene i norsk rusmiddelpolitikk baseres på målsettingene om å kunne:

- Føre en rusmiddelpolitikk som reduserer rusmiddelproblemene samtidig som politikken har oppslutning i befolkningen.
- Styrke den forebyggende innsatsen i kommunene og lokalsamfunnene, der folk bor og barn vokser opp, med vekt på forebyggende og helsefremmende innsats rettet mot barn og unge i skole og i opplæring og fritidsaktiviteter.
- Sikre misbrukere og deres pårørende god behandling og rehabilitering/ oppfølging slik at den enkelte kan leve et verdig liv.

Regjeringen ønsker gjennom handlingsplanen å legge opp til en bred virkemiddelstrategi som omfatter hele rusmiddelfeltet. Handlingsplanen framhever disse sentrale innsatsområder:

- Integrert lokalbasert innsats mot rusmiddelbruk blant barn og unge og rusmiddelproblemer generelt
- Behandling og omsorg for de tyngste misbrukerne
- Økt internasjonalt arbeid
- Bedre samordning av innsatsen
- Kunnskapsproduksjon og kvalitetssikring.

Det vil bli utarbeidet et eget oppfølgingssystem, bestående av årlige resultatmål, konkrete tiltak som skal gjennomføres innen gitte frister, og et system for evaluering av måloppnåelsen. Handlingsplanen vil ta høyde for at utviklingen kan kreve endringer og tilpasninger.

Den sentrale sosial- og helseforvaltningen ble omorganisert med virkning fra 1. januar 2002. I tillegg til at Sosial- og helsedepartementet ble nedlagt og erstattet av et Sosialdepartement og et Helsedepartement, ble det blant annet etablert et nytt Sosial- og helsedirektorat, med innlemmelse av det tidligere Rusmiddeldirektoratets virksomhet.

Staten overtok fra 2002 eier- og driftsansvaret for sykehusene. Det innebærer at også at de spesialiserte helsetjenestene for rusmiddelmisbrukere blir et statlig ansvar. Det tas derfor også sikte på at en større del av det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for behandling av rusmiddelmisbrukere overføres til staten f.o.m. 2004. En odeltingsproposisjon med forslag til lovendringer - Rusreform I - ble lagt fram av Sosialdepartementet 11. oktober 2002. Rusreform II - om framtidig forvaltning av de fylkeskommunale behandlingstiltak som ikke vil bli berørt av Rusreform I er ute på høring.

DEL I – Nasjonale narkotikapolitiske strategier og juridiske bestemmelser

Kapittel 1. Utviklingen av narkotikapolitikken og tiltakene

1.1 Politiske rammebetingelser

Mål og prioriteringer for den nasjonale narkotikapolitikken

Norsk narkotikapolitikk er basert på en helhetlig, tverrfaglig tilnærming hvor forebyggende og behandlingsrettede tiltak balanseres mot en samtidig satsing på kontrolltiltak og tiltak rettet mot forsyningsleddene. Helt siden narkotikamisbruk oppsto som et sosialt problem blant ungdom i midten av 1960-årene har Norge tilstrebet en restriktiv narkotikapolitikk ved å forby både besittelse, ikke-medisinsk bruk og omsetning av de aktuelle stoffene.

Det er bred politisk enighet om å fastholde målet om et samfunn fritt for narkotikamisbruk. Viktige strategiske mål for regjeringen vil være å:

- Redusere tilbudet av illegale narkotiske stoffer
- Redusere all ulovlig bruk av narkotika
- Øke antallet vellykkede behandlinger for narkotikaproblemer
- Redusere dødsfall og andre sosiale og helsemessige skader som kan relateres til et narkotikamisbruk

Narkotikapolitikken krever nytenkning for å møte det siste tiårets alvorlige økning i tilgang og bruk av narkotika. Økende eksperimentering, nye narkotiske stoffer og flere misbrukere med omfattende helsemessige og sosiale problemer stiller krav til nye løsninger og utvidelse av tiltak som har vist seg effektive. Det er behov for et langsiktig og målrettet arbeid for å redusere rusmiddelproblemene.

Ny handlingsplan

Regjeringen la 3. oktober 2002 fram en handlingsplan mot rusmiddelproblemer, som skal gjelde for perioden 2003-2005. Utfordringene og veivalgene i norsk rusmiddelpolitikk baseres på målsettingene om å kunne:

- Føre en rusmiddelpolitikk som reduserer rusmiddelproblemene samtidig som politikken har oppslutning i befolkningen.
- Styrke den forebyggende innsatsen i kommunene og lokalsamfunnene, der folk bor og barn vokser opp, med vekt på forebyggende og helsefremmende innsats rettet mot barn og unge i skole og i opplæring og fritidsaktiviteter.
- Sikre misbrukere og deres pårørende god behandling og rehabilitering/ oppfølging slik at den enkelte kan leve et verdig liv.

Regjeringen ønsker gjennom handlingsplanen å legge opp til en bred virkemiddelstrategi som omfatter hele rusmiddelfeltet. Handlingsplanen framhever disse sentrale innsatsområder:

- Integrert lokalbasert innsats mot rusmiddelbruk blant barn og unge og rusmiddelproblemer generelt
- Behandling og omsorg for de tyngste misbrukerne
- Økt internasjonalt arbeid
- Bedre samordning av innsatsen
- Kunnskapsproduksjon og kvalitetssikring.

Av hensyn til både enkeltindivider og hele samfunnet, aksepteres i utgangspunktet ikke bruk av illegale rusmidler, og det forebyggende arbeidet er basert på dette grunnlaget.

Det vil bli utarbeidet et eget oppfølgingsystem, bestående av årlige resultatmål, konkrete tiltak som skal gjennomføres innen gitte frister, og et system for evaluering av måloppnåelsen. Handlingsplanen vil ta høyde for at utviklingen kan kreve endringer og tilpasninger, for eksempel som følge av nye narkotiske stoff.

Skadereduserende tiltak

Overfor tunge rusmiddelmissbrukere er det etablert en rekke skadereduserende tilbud hvor fortsatt bruk av narkotika i større eller mindre grad aksepteres. Legemiddelassistert rehabilitering for tungt belastede heroinmissbrukere har vært tilgjengelig på nasjonalt plan siden 1998. Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for ansvarsforhold og organisering av legemiddelassistert rehabilitering på regionalt og lokalt nivå. Systemet er forankret i spesialiserte regionale sentre, men den kommunale helse- og sosialtjenesten er ansvarlig for oppfølgingen. Man har støtt på praktiske problemer i forhold til den nødvendige deltakelsen av allmennpraktiserende leger og de kommunale sosialtjenestene, noe som innebærer at det særlig i Oslo har vært vanskelig å frigjøre ressurser til å ta nye søkere inn til behandling. Det er gjort en betydelig innsats for å klargjøre spørsmålene rundt organisering, ansvar og finansiering for å gjøre systemet mer effektivt. Stortinget vedtok 1. juli 2001 en revidert modell som tydeligere integrerer legemiddelassistert rehabilitering i den ordinære kommunale helse- og sosialtjenesten for å øke systemets kapasitet.

De eksisterende lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere er styrket gjennom en betydelig økning av tilskuddene i 2002. Lavterskel helsetiltak er et viktig redskap i kampen mot overdosedødsfall. Tilbudene omfatter bl.a. helsesjekk, vaksinasjoner, utdeling av brukerutstyr, smittevern, veiledning og oppfølging ved overdoser.

Det har i den senere tid vært ført en diskusjon om etablering av offentlige sprøyterom, i første omgang i et begrenset antall kommuner som en strengt kontrollert prøveordning. Argumentet har vært at ingen midler skulle være uprøvd i kampen for å redusere dødsfall forårsaket av overdose. På den annen side har det vært hevdet at dette kan oppfattes som et skritt i retning av legalisering av narkotikabruk. Spørsmålet om etablering av sprøyterom var oppe til behandling i Stortinget 21. juni 2002, og regjeringen ble da bedt om å legge til rette for forsøk med sprøyterom. Det bes om et tidsavgrenset forsøk med sprøyterom i to kommuner, integrert i eksisterende lavterskel tilbud og rettet mot de tyngste heroinmissbrukerne. Forsøket skal evalueres. Det er fremdeles behov for en nærmere avklaring av viktige problemstillinger knyttet til etableringen av en slik forsøksordning.

Både økt internasjonalt samarbeid og økt mobilisering i lokalmiljøene anses for å være de avgjørende faktorene for i hvor stor grad man vil lykkes i å redusere tilbudet av narkotika i årene fremover. Internasjonalt samarbeid - både på lokalt, regionalt og globalt nivå betraktes som en av hovedlinjene i norsk narkotikapolitikk, og er en viktig del av en omfattende tilnærming til bekjempelse av narkotikamisbruk. På europeisk nivå er Norge medlem av og deltar i arbeidet til EMCDDA og Europarådets Pompidougruppe. Norge har også ratifisert de tre relevante FN-konvensjonene og i tillegg til vår deltakelse i og støtte til UNDCP, er Norge styreleder for den regionale delen av Dublingruppen, som også omfatter de tre baltiske stater. Norge har vært medlem av gruppen siden 1993. I en årrekke har det vært et tett samarbeid mellom de nordiske land om narkotikas spørsmål, både gjennom formelle og uformelle kanaler.

Organisering og koordinering på sentralt og lokalt nivå

Hovedansvaret for narkotikapolitiske spørsmål, herunder forebyggende tiltak, omsorg og behandling, ligger i Sosialdepartementet (tidligere Sosial- og helsedepartementet). Den sentrale sosial- og helseforvaltningen ble omorganisert med virkning fra 1. januar 2002. I tillegg til at Sosial- og helsedepartementet ble nedlagt og erstattet av et Sosialdepartement og et Helsedepartement, ble det blant annet etablert et nytt Sosial- og helsedirektorat, med innlemmelse av det tidligere Rusmiddeldirektoratets virksomhet.

Hovedmålet for omorganiseringen er at en skal stå bedre rustet til å nå de sosial- og helsepolitiske målene og til å møte fremtidige faglige utfordringer. Andre viktige mål for omorganiseringen er å redusere intern administrasjon og dobbeltarbeid, og styrke det forebyggende arbeidet, tilsynet med og kvalitetsutvikling av helse- og sosialtjenesten, samt styrke forskningen og bruk av informasjonsteknologi.

Gjennom omorganiseringen har departementet søkt å sikre en bred og oppdatert tilgang til kunnskap og erfaring som grunnlag for strategisk planlegging og utvikling av rusmiddelpolitikken. Tre sentrale miljøer arbeider med forebygging av rusmiddelmisbruk, og er som følger:

- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
- Norgesnett, som består av syv regionale rusfaglige kompetansesentre
- Sosial- og helsedirektoratet

Disse opererer innenfor områdene forskning og dokumentasjon, undervisning og kompetanse, samt administrative oppgaver.

I samsvar med gitte retningslinjer er kommunene ansvarlige for forebyggende tiltak, samt for å skaffe rusmiddelmisbrukere et behandlingstilbud. Utgangspunktet er at tjenestene skal forankres i lokalsamfunnet hvor problemene finnes. Rusmiddelpolitikken anses å være en viktig del av norsk velferdspolitik, og samarbeid med andre lokale tjenester og sektorer er av vesentlig betydning. Det er ikke bare nødvendig å koordinere sosiale tjenester for rusmiddelmisbrukere, men også deres forhold til den psykiske helsetjenesten, til barneverntjenesten og til primærhelsetjenesten. I tillegg vil det være nødvendig med et nært samarbeid i forhold til boligetablering, arbeidsmarkedet og utdanningssystemet. Frivillige organisasjoner gir et viktig bidrag ved å eie og drive forsterkede botilbud, ofte med støtte fra offentlige midler.

Ansvar for behandling og rehabiliteringen av rusmiddelmisbrukere er pr. i dag lagt til fylkeskommunene, men fra 2002 er noen av tilbudene, de som er knyttet til den spesialiserte helsetjenesten, organisert i form av statlig eide helseforetak.

Politiet arbeider for å forhindre narkotikarelatert kriminalitet fra to vinkler. For det første ved en effektiv politistyrke som gjennom etterforskning og inngripen bidrar til å redusere tilgangen til narkotika. For det andre ved å spre informasjon om de skadelige konsekvensene av narkotikamisbruk. Politiet driver en aktiv informasjonstjeneste for ulike ungdomsgrupper, foreldregrupper og skoler der strategien er å forhindre rekrutteringen av nye grupper til narkotikamiljøet.

Forskerkommisjon

Sosialministeren har utnevnt en forskerkommisjon som skal sammenfatte eksisterende kunnskap om effekt av tiltak for å forhindre rusmiddelmisbruk, evaluere behov for ytterligere forskning og indikere politiske dilemmaer og muligheter i årene som kommer. Kommisjonen vil legge fram sin rapport i begynnelsen av 2003.

1.2 Lover og retningslinjer

Det finnes ingen særskilt lov som kun omhandler narkotika i Norge. Lovgivende ansvar er delt mellom Justisdepartementet (straffeloven), Sosialdepartementet (sosialtjenesteloven) og Helsedepartementet (legemiddeloven, kommunehelse-tjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven).

All illegal handel med narkotika omfattes av Almindelig borgerlig Straffelov av 22. mai 1902 (straffeloven), med unntak av bruk og besittelse av mindre mengder av narkotika, som straffes i henhold til lov av 4. desember 1992 om legemidler (legemiddeloven). Maksimumsstraffen etter norsk lovgivning er fengselsstraff i inntil 21 år, som kan anvendes for de mest alvorlige narkotika-forbrytelsene.

Bestemmelser om omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere er nedfelt i lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven).

Straffeloven og legemiddeloven definerer ikke begrepet "narkotika". Legemiddeloven § 22 bemyndiger kongen til å bestemme hvilke stoffer som skal anses som narkotiske stoffer. Kongen har i sin tur delegert ansvaret til helsedirektøren (f o m. 2001 Statens legemiddelverk), som har utarbeidet en detaljert oversikt over narkotiske stoffer, (narkotikalistene av 30.juni 1978, nr. 8). Inkludert i den nasjonale narkotikalistene er alle psykotrope stoffer (jf. FN-konvensjonen om psykotrope stoffer av 1971) og andre narkotiske stoffer (jf. FNs narkotika-konvensjon av 1961) som er under internasjonal kontroll. Dessuten et mindre antall andre stoffer/planter, som kun er under nasjonal kontroll. Salter og derivater av stoffer er også oppført på den nasjonale narkotikalistene. Alle isomer, estere og etere av stoffene og deres salter betraktes også som narkotika.

Forskrift av 19.desember 1997 om stoffer som kan brukes ved ulovlig fremstilling av narkotika og psykotrope stoffer implementerer Rdir. 92/109/EØF, endret ved Kdir. 93/46/EØF.

Straffeloven § 162 første ledd er grunnbestemmelsen om narkotikaforbrytelser. Bestemmelsen retter seg mot enhver person som forsettlig (jf. straffeloven § 40) "tilvirker, innfører, utfører, erverver, oppbevarer, sender eller overdrar" narkotiske stoffer. Straffen for narkotikaforbrytelser etter § 162 første ledd er bøter og/eller fengsel i inntil 2 år. Grove narkotikaforbrytelser straffes med fengsel i inntil 10 år, jf. § 162 annet ledd. Hvorvidt en narkotikaforbrytelse skal anses som grov, vil avhenge av en konkret vurdering hvor det etter loven særlig skal legges vekt på hva slags stoff overtredelsen gjelder, kvantumet og overtredelsens karakter (for eksempel om stoffet systematisk er solgt til særlig utsatte grupper slik som skoleelever, innsatte i fengsel eller klienter i sosiale institusjoner).

§162 tredje ledd skjerper straffen til fengsel i minimum 3 år til 15 år hvis overtredelsen gjelder "et meget betydelig kvantum". Denne bestemmelsen tar ifølge motivene sikte på helt ekstraordinære tilfeller. Under "særdeles skjerpene omstendigheter" kan fengsel i inntil 21 år (den maksimale straff under norsk kriminallovgivning) idømmes, jf. tredje ledd annet punktum. Det følger av bestemmelsens forarbeider at den først og fremst er ment å ramme de virkelig store organisatorene av den internasjonale handel med de aller farligste narkotiske stoffene. Uaktsom narkotikaforbrytelse straffes med bøter eller fengsel inntil 2 år, jf. § 162 fjerde ledd. Straffeloven § 162 retter seg også mot medvirknings handlinger, jf. bestemmelsens femte ledd.

Besittelse og bruk av mindre mengder narkotika rammes ikke av straffeloven §1 62, men av de mildere bestemmelsene i legemiddeloven § 31 annet ledd, jf. § 24. Straffen for besittelse og bruk av narkotika er i henhold til disse bestemmelsene bøter og/eller fengsel i inntil 6

måneder. Det samme gjelder for medvirkning. I henhold til § 31 første ledd omfatter skyldkravet både forsettlig og uaktsom overtredelse. Forsøk på overtredelser skal straffes som en fullbyrdet overtredelse, jf. legemiddeloven § 31, siste ledd.

I 1988 ble det vedtatt en ny § 162a, om såkalt utbytteheleri (narkotikaheleri) i straffeloven. Bestemmelsen tok sikte på å ramme de økonomiske interesser som er knyttet til narkotikahandel. I 1993 ble bestemmelsen imidlertid opphevet samtidig med at straffeloven § 317 om heleri fikk en så generell utforming at den også rammer utbytteheleri i forbindelse med narkotikahandel, for eksempel hvitvasking av narkotikapenger. § 317 fjerde ledd inneholder imidlertid fortsatt en særlig strafferamme for forsettlig befatning med utbyttet av en narkotikaforbrytelse. Under særdeles skjerpene omstendigheter er strafferammen for slike handlinger fengsel i inntil 21 år. For øvrig er strafferammen for "simpelt" heleri bøter og/eller fengsel i inntil 3 år.

En kriminell handling begått av en narkotikamisbruker med det mål å finansiere hans/hennes misbruk kommer inn under de generelle reglene i straffeloven som gjelder tyveri, ran, etc. Videre kan fortjenesten fra lovbruddet konfiskeres ved å anvende de generelle reglene vedrørende inndragning i straffeloven § 34. Det finnes ingen spesielle bestemmelser som omhandler kriminelle handlinger med det mål å finansiere misbruk. Imidlertid medfører straffeloven § 317 at fortjeneste fra en kriminell handling kan føre til strengere straff hvis lovbruddet er relatert til narkotika.

Endringer i lover og regelverk

Straffegjennomføringsloven av 18. mai 2001 nr. 21 § 12 åpner for behandling som alternativ til fengselsstraff. Til forskjell fra tidligere skal oppholdet kunne skje på det tidspunkt hvor det er mest hensiktsmessig i forhold til domfeltes rehabilitering, og ikke nødvendigvis mot slutten av straffetiden, slik hovedregelen var etter den nå opphevede fengselsloven av 12. desember 1958 nr.7 § 12. Beslutningen om at straffen skal gjennomføres i institusjon, jf. straffegjennomføringsloven § 12, treffes vanligvis av lokalt nivå innen kriminalomsorgen, jf. Loven § 6. For langtidsdømte (personer idømt mer enn 10 års fengselsstraff), særreaksjonsdømte og høyrisikoinnsatte skal avgjørelsen treffes av regionalt nivå. Kriminalomsorgen skal ikke beslutte slik gjennomføring hvis sikkerhetsmessige grunner taler mot det, eller det er grunn til å anta at den domfelte vil unndra seg gjennomføringen.

Straffegjennomføringsloven gir for øvrig hjemmel for å gjennomføre ulike former for tvangstiltak, blant annet med sikte på å hindre bruk av rusmidler mv. under gjennomføringen av straffen. For eksempel kan det i medhold av § 29 tas urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve for å avdekke slik bruk.

Staten overtok f.o.m. 2002 eier- og driftsansvaret for sykehusene. Det tas derfor også sikte på at en større del av det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for behandling av rusmiddelmissbrukere overføres til staten f.o.m. 2004. En proposisjon med forslag til lovendringer - Rusreform I - ble lagt fram av Sosialdepartementet 11. oktober 2002 (Ot.prp. nr.3 2002-2003). Rusreform II - om framtidig forvaltning av de resterende fylkekommunale behandlingstiltak hjemlet i sosialtjenesteloven er blitt sendt ut på høring med svarfrist 14.1 2003.

Ansvaret for videreutvikling av lavterskel helsetilbud og legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmissbrukere ble fra 1. januar 2002 forankret i det nye Helsedepartementet.

Tiltakene for rusmiddelmissbrukere skal omorganiseres med sikte på å gi brukerne bedre tilgang til effektive behandlings- og habiliteringstilbud. Tilbudene skal i større grad skreddersys den enkelte,

og brukermedvirkningen styrkes. Målet er å redusere rusmiddelproblemer, og gjøre det mulig for den enkelte å føre et mest mulig normalt og verdig liv i eget nærmiljø. Tiltakene skal være tilpasset ulike behov hos ulike grupper, som for eksempel misbrukere med barn eller gravide.

Straffelovkommisjonen la i mars 2002 fram sin siste rapport om revisjon av norsk straffelovgivning. En samlet kommisjon går inn for å redusere maksimumsstraffen for narkotikaforbrytelser og narkotikaheleri fra 21 år til 10 års fengsel. Et flertall av kommisjonen går inn for å avkriminalisere kjøp, bruk og besittelse av små kvanta narkotika til eget bruk (NOU 2002:4). Innstillingen er sendt ut på høring med svarfrist 1.3. 2003. Justisministeren har imidlertid avvist å åpne for diskusjon om avkriminaliseringsspørsmålet i oppfølgingen av rapporten, under henvisning til regjeringens målsetting om å motvirke enhver form for legalisering av narkotika.

1.3 Endringer i rettspraksis

Praksis viser at straffen for narkotikaforbrytelser i stor utstrekning beror på hvilket stoff og kvantum det er snakk om. Befatning med cannabis straffes langt mildere enn befatning med farligere stoffer. Et viktig spørsmål i forhold til utmåling av straff er hva slags befatning den domfelte har hatt med stoffet. Det reageres for eksempel normalt langt mildere på innførsel eller kjøp av narkotika med sikte på eget bruk, enn i saker der handlingen var motivert av fortjeneste.

I tre nyere dommer (Rt.1999 s. 33 og s.1504 og Høyesteretts avgjørelse 6.september 2000) understreker Høyesterett uttrykkelig behovet for å skille markert mellom kjøp eller oppbevaring av narkotika til eget bruk, og kjøp eller oppbevaring av narkotika med sikte på videresalg. I avgjørelsen fra september 2000 uttaler førstvoterende at dette etter hans mening "må oppfattes som å innebære en omlegging av praksis" i forhold til tidligere. Det kan derfor virke som om Høyesterett nå ønsker å gå enda lengre enn tidligere i å skille mellom befatning med narkotika med sikte på egen bruk og befatning med sikte på videresalg.

1.4 Endringer i opinion og debatt

I store deler av 2002 har det på ny vært en omfattende mediedebatt om bruken og spredningen av ecstasy og andre syntetiske stoffer. Ganske nytt er omtalen av Rohypnol brukt som partydrug i enkelte ungdomsmiljøer. Aktuell og spesielt polarisert er den pågående debatten om det åpne misbrukermiljøet i Oslo – "Plata" og rekrutteringen av nye unge til tungt misbruk. Forslagene har delvis dreid seg om å splitte miljøet, men det har vært mest fokus på å kunne gi et bedre tilbud til denne gruppa. Tvangsbehandling, lavterskel metadonutdeling, sprøyterom, flytting av miljøet til andre og mindre synlige tilholdssteder i sentrum og etablering av "væresteder" med en viss grad oppfølging utenfor byområdet er noen av forslagene. En bedre koordinering mellom politiet og helse- og sosiale myndigheter om tiltak som kan virke på sikt og som ikke oppfattes som renovasjon, har vært etterlyst. Det har vært hevdet at en bør legge til grunn erfaring fra modeller som har vært prøvd ut med godt resultat i andre europeiske byer - som Frankfurt.

Fokus i media er fremdeles sterkt rettet mot at antall overdosedødsfall ikke er blitt redusert på landsbasis, og mangelen på bedre livreddende tiltak for den enkelte. Når det gjelder diskusjonen om etablering av sprøyterom, vises til omtale under 1.1 Skadereduserende tiltak.

Kritikere har også pekt på det de hevder er et misforhold mellom alvorlighetsgraden av lovbruddene og de retningslinjene som ulike narkotikarelaterte lovbrudd blir straffet etter. Det generelle straffenivået for kriminalitet i Norge blir ansett for å være relativt lavt, mens straffenivået for narkotikarelaterte forbrytelser er høyt. Enkelt personer og advokater har også uttrykt tvil om hvor effektiv det gjeldende straffesystemet er med hensyn til å forebygge rusmiddelmisbruk, og om ikke det restriktive norske kontrollsystemet skaper mer problemer enn det løser.

1.5 Finansiering og økonomisk støtte

Prinsippet om desentralisering, som fortsatt kjennetegner den norske sosial- og helsetjenesten, innebærer at de administrative nivåer som er ansvarlige for å gjennomføre de ulike tiltakene også er ansvarlige for å finansiere de samme tiltakene gjennom rammetilskudd fra staten.

I tillegg til rammetilskudd har Sosialdepartementet og Helsedepartementet tilgjengelig ekstraordinære midler til å utvikle spesielle høyt prioriterte tiltak innen områder som epidemiologi, forskning, forebygging og behandling. Slike midler blir kanalisert gjennom SIRUS, Sosial- og helsedirektoratet (i 2001, Rusmiddel-direktoratet), regionale kompetansesentre, spesialiserte sentre for legemiddelassistert rehabilitering og lavterskeltiltak. Siden midler blir bevilget både til et stort antall offentlige instanser, institusjoner og organisasjoner, enten som driftsmidler eller som prosjektrettede bevilgninger, er det komplisert å presentere eksakte beløp i forhold til spesifikke interesseområder.

På forskningsområdet (alkohol og narkotika) ble SIRUS tildelt totalt 21,2 millioner i driftsmidler for 2001.

På forebyggingsområdet ble Rusmiddeldirektoratet tildelt 54,2 millioner i 2001 til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid på sentralt nivå.

I 2001 bevilget Sosial- og helsedepartementet 162,7 millioner til utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak. Innenfor denne bevilgningsposten ble blant annet følgende tiltak prioritert i 2001:

- Forebyggende rusmiddelarbeid på lokalt nivå
- Legemiddelassistert rehabilitering
- Lavterskel helsetiltak
- Midler til lokalt forebyggingsarbeid, for en vesentlig del kanalisert gjennom de regionale kompetansesentrene.

DEL II – Epidemiologi

Kapittel 2. Utbredelse av illegale stoffer og bruksmønstre

2.1 Hovedtrekk og nye trender

Selv om prevalensen og insidensen i bruk av illegale narkotiske stoffer fremdeles er lav sammenlignet med de fleste andre europeiske land, var det i siste halvdel av 1990-tallet en markert økning i andelen unge som rapporterer at de har brukt cannabis og amfetamin. I den siste 2-3 års perioden (2000-2002) synes likevel økningen i bruk av illegale stoffer å ha stoppet opp blant ungdom i aldersgruppen 15- 20 år.

Survey-undersøkelser i voksenbefolkningen viser en økende andel i aldersgruppen over 20 år som oppgir at de noen gang har brukt cannabis, noe som etter alt å dømme kan tilskrives en kohorteffekt. Dette forholdet understrekes av at antall bilførere som arresteres med mistanke om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol i veitrafikksaker har blitt mer enn fordoblet i løpet av 1990-tallet. De hyppigst påviste stoffene er ved siden av cannabis, amfetamin og flunitrazepam (Rohypnol).

Mens et tungt misbruk og avhengighet av amfetamin og heroin tradisjonelt har hatt sammenheng med sosiale og personlige problemer, er det mye som tyder på at den mer eksperimenterende bruken av cannabis, amfetamin og også stoffer som ecstasy (MDMA), ikke ensidig kan knyttes opp til slike bakenforliggende faktorer.

Benzodiazepiner – og da spesielt Rohypnol har fått økende popularitet til å dempe virkningen av sentralstimulerende midler, i noen grad også brukt som 'party dop'. Rohypnol er tradisjonelt mest brukt til å forsterke virkningen av heroin blant tyngre misbrukere. Alkohol er likevel det desidert mest vanlige rusmiddelet i ungdomsmiljøene. Alkoholbruken blant ungdom under 21 år har økt betydelig de siste 4-5 årene. Overalt hvor en finner illegale stoffer, finner en gjerne også alkohol.

Beregninger når det gjelder omfanget av aktive sprøytebrukere, tyder på at det har funnet sted en fordobling i løpet av 1990-tallet. Innsøkingen til legemiddelassistert rehabilitering har vært langt større enn det de første prognosene viste.

Foreløpige tall fra Kripos viser at det har vært en sterk nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall i 2002. Politidistriktene melder om at til sammen 210 personer døde som følge av bruk av narkotika i 2002. Dette er nærmere 40 % færre enn i 2001 da det ble innrapportert 338 dødsfall. Dette kan skyldes flere forhold, som periodevis mindre tilgang på heroin, lavere styrke i heroinet og at antallet opiatmisbrukere som er under legemiddelassistert rehabilitering har økt vesentlig.

Samtidig har det samlet vært en klar økning i antall beslag av flere av mest vanlige illegale stoffer i 2001/2002. Kripos' foreløpige statistikk for 2002 viser at den største absolutte økningen var for benzodiazepiner og amfetamin. Også beslaglagt mengde av benzodiazepiner, og da i hovedsak Rohypnol, økte særlig sterkt. På den annen side var det en markert nedgang i antall beslag av heroin og ecstasy, mens beslagene i mengde fortsatt er store og har økt vesentlig for ecstasy. Kripos hevder det er mye som tyder på at utviklingen innenfor stoffgruppene ecstasy og heroin kan settes i sammenheng med politiets og tollvesenets etterretningsarbeid, og at det er grunn til å tro at de

store beslagene har bidratt til å begrense tilgangen på markedet, som igjen har medført færre beslag i brukermiljøene.

Det er vanskelig å lese endringer i bruk direkte ut fra beslagstall, men det vil likevel være interessant å følge utviklingen av spesielt heroinbruken, om det etter hvert betydelige antallet personer som er i legemiddelasistert rehabilitering, vil kunne medføre lavere etterspørsel etter heroin.

Det er fremdeles ikke indikasjoner på noen kokainbølge i Norge. Selv om antall beslag av kokain har økt fra 2001 til 2002 er tallene små og kokain utgjør kun 1,9% av det samlede antallet beslag.

For GHB, som ble narkotikaklassifisert i 2000, har den relativt store økningen som ble registrert i 2000 kulminert. GHB fortsatt utgjør en meget liten del av den samlede beslagmengden.

Det er i dag relativt enkelt å skaffe til veie de fleste narkotiske stoffer. I allfall i de større byene. I Oslo sentrum spesielt har det i mange år vært et tungt belastet åpent narkotikamarked. 'Markedsplassen' er blitt flyttet flere ganger etter påtrykk fra politiet, delvis også fra handelsstanden og har siden slutten av 90- tallet vært lokalisert til området rundt Sentralbanestasjonen. Selv om området videoovervåkes kontinuerlig av politiet, foregår omsetning og bruk ganske åpenlyst. Tilstanden har likhetstrekk med tilsvarende åpne omsetningssteder i andre store europeiske byer.

2.2 Narkotikabruk i befolkningen

I den vanlige befolkningen

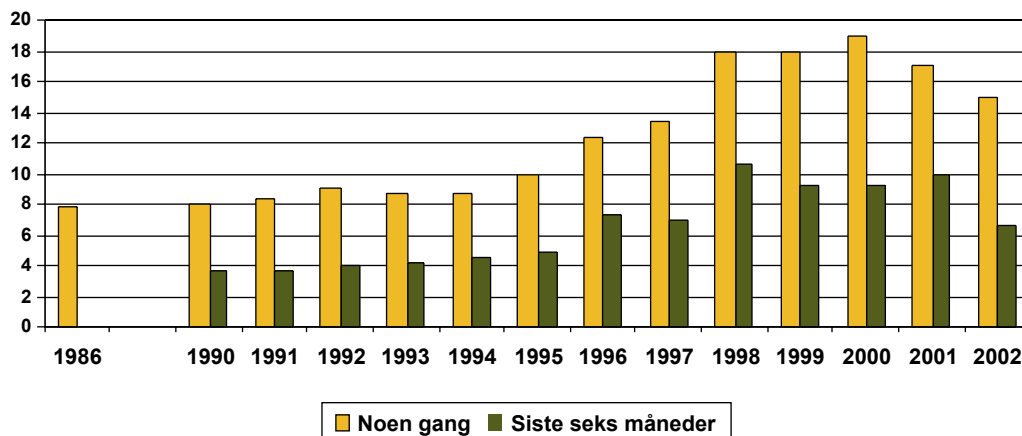
1999 ble det gjennomført en intervjuundersøkelse om bruk av alkohol og andre rusmidler i et landsrepresentativt utvalg av den norske befolkning hvor respondentene ble bedt om å svare skriftlig og anonymt på spørsmål om eget bruk av narkotika. Det ble gjort en lignende undersøkelse i 1991, men med et mer begrenset utvalg av spørsmål vedrørende bruk av narkotika. Innenfor aldersgruppen 15-64 år økte andelen som noen gang hadde brukt cannabis, fra 9,6 % i 1991 til 15,4 % i 1999. Andelen som oppga at de hadde brukt cannabis i løpet av det siste året økte fra 3,0 % til 4,5 %. I 1999 var det innenfor samme aldersgruppe 3,8 % som oppga at de noen gang hadde brukt amfetamin, 1,3 % ecstasy, 2,1 % kokain og 1,4 % heroin (SIRUS). Den neste intervjuundersøkelsen er planlagt i 2004. Spørsmålene er tilpasset EMCDDAs standarder, slik at dataene kan sammenlignes med EU landene.

Blant ungdom

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning/Statens institutt for rusmiddelforskning, SIFA/SIRUS, har siden 1968 foretatt årlige undersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i Oslo. I 1986 ble det for første gang foretatt en tilsvarende undersøkelse på landsbasis og fra 1990 har både Oslo-undersøkelsen og den landsomfattende undersøkelsen blitt gjennomført hvert år. Disse undersøkelsene foregår ved at det samme spørreskjema blir sendt i posten til to representative utvalg av ungdom i aldersgruppen 15-20 år, ett utvalg som bare gjelder ungdom som er registrert bosatt i Oslo og ett som omfatter hele landet inkludert Oslo. Mens svarandelen gjennom mange år lå omkring 70%, har den i de senere år sunket til omkring 50%.

For andelen unge i aldersgruppen 15-20 år som oppgir å ha brukt ulike narkotiske stoffer, kan det se ut som om økningen vi har sett de siste årene, har stoppet opp. Mens andelen på landsbasis som oppgir at de har brukt cannabis noen gang, lå på 18-19 % i årene 1998-2000 har denne andelen i de siste par år vært henholdsvis 17 og 15 % (figur 1). Når det gjelder andelen som oppgir at de har brukt cannabis i løpet av de siste seks måneder, skjedde det en økning fra omkring 7 % i 1997 til omkring 10 % i årene 1998-2001. I 2002 er imidlertid andelen 15-20 åringer på landsbasis som oppgir å ha brukt cannabis i løpet av de siste seks måneder igjen redusert til i underkant av 7 %.

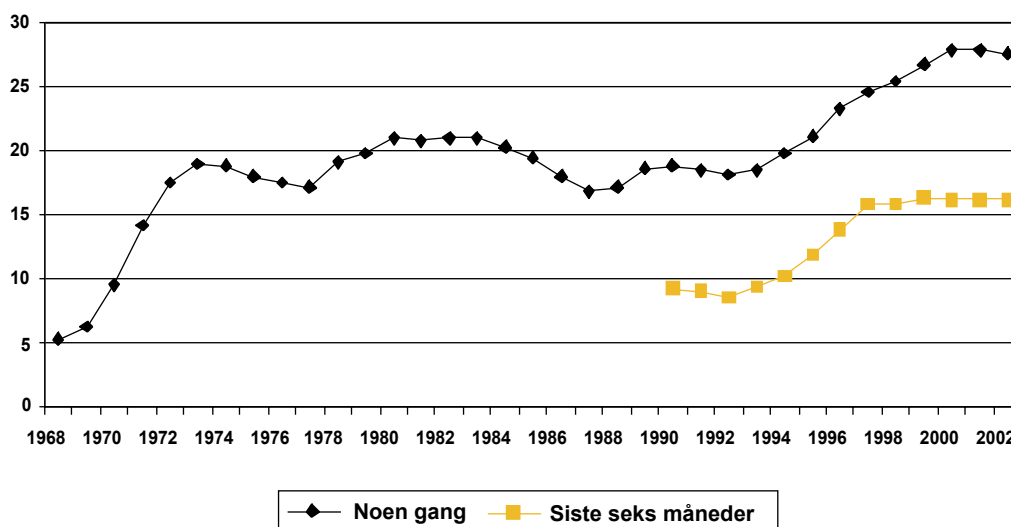
Figur 1. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder 1986 - 2002.



Kilde: SIRUS

Andelen som oppgir å ha brukt cannabis er høyere i Oslo enn på landsbasis. Dette gjelder både bruk noen gang, og bruk i løpet av de siste seks måneder (figur 2). Også i Oslo finner vi imidlertid at det har skjedd en viss utflating, både når det gjelder andelen som oppgir å ha brukt cannabis noen gang (omkring 28% de siste par år) og i løpet av de siste seks måneder (omkring 16 % de siste år).

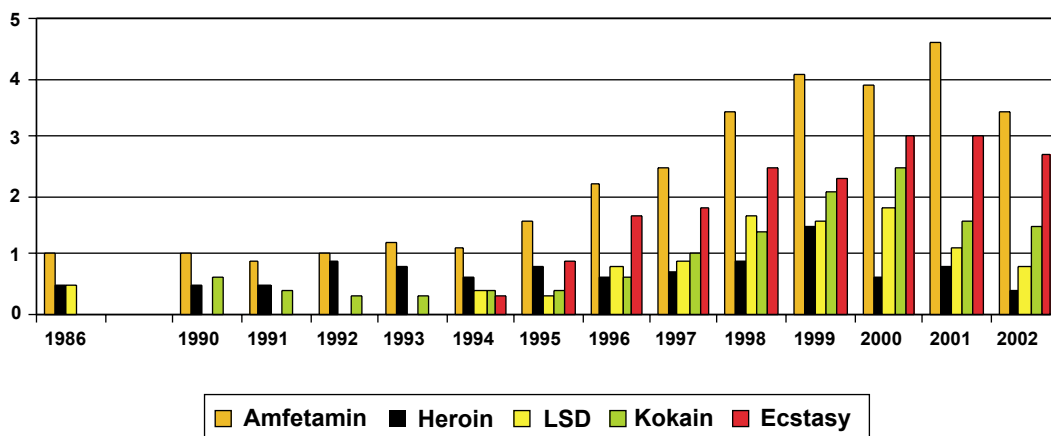
Figur 2. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder, 1968 - 2002 (treårig glidende gjennomsnitt).



Kilde: SIRUS

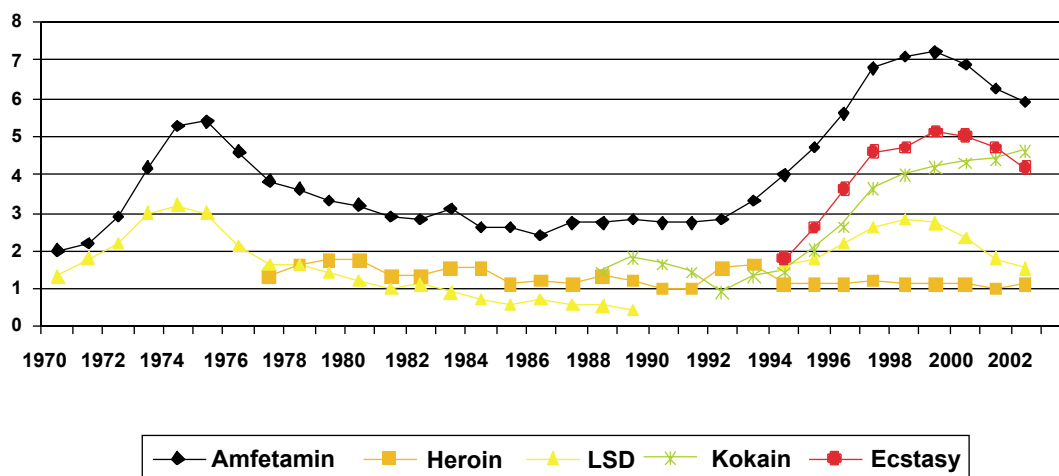
Når det gjelder andelen som oppgir at de har brukt andre stoffer, har det stort sett vært en utflating eller nedgang de siste par år (figur 3 og 4). Eksempelvis har andelen 15-20 åringer på landsbasis som oppgir at de noen gang har bruk ecstasy, holdt seg på omkring 3 % og 4-5 % i Oslo. Det ser videre ut til å ha vært en liten nedgang i andelen som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin.

Figur 3. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1986 - 2002.



Kilde: SIRUS

Figur 4. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer 1970 - 2002 (treårig glidende gjennomsnitt).



Kilde: SIRUS

Vi vil imidlertid gjøre oppmerksom på at tallene er beheftet med statistiske feilmarginer, og må tolkes med stor forsiktighet. Spørreskjemaundersøkelser vil alltid være forbundet med visse feilkilder (alle svarer ikke, en del av svarene kan bevisst eller ubevisst være feil, osv) og at undersøkelsene det her refereres til er rettet mot ungdom i sin alminnelighet. Det er derfor grunn til å tro at ungdom som regelmessig bruker narkotiske stoffer enten det dreier seg om cannabis eller sterkere stoffer, vil være underrepresentert i undersøkelsene (SIRUS Rusmidler i Norge 2002).

ESPAD

Norge har deltatt i The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD blant 15-16 åringer 1995 og i 1999 om bruk av rusmidler.

Den norske ESPAD-undersøkelsen blant 15-16 åringer, viser at mens det i 1995 var 6 % som oppga at de noen gang hadde brukt cannabis, var denne andelen steget til omkring 12 % i 1999 (tabell 1). Tilsvarende viser undersøkelsen at det har skjedd en økning i andelen som oppgir å ha brukt

cannabis i løpet av de siste 12 måneder og siste 30 dager (tabell 1). Både de årlige ungdomsundersøkelsene og ESPAD-undersøkelsene viser at det gjennomgående er en større andel gutter enn jenter som oppgir å ha brukt cannabis.

Tabell 1. Prosentandel 15-16 åringer (ESPAD) som oppgir å ha brukt cannabis henholdsvis noen gang, i løpet av de siste 12 måneder og siste 30 dager.

	Noen gang	Siste 12 mnd	Siste 30 dager
1995	5.9	4.7	2.7
1999	12.3	9.1	4.1

Kilde: SIRUS

Når det gjelder andre stoffer, viser resultater fra ESPAD-undersøkelsen i 1999 at 3 % oppga at de har brukt stoffene amfetamin, ecstasy og heroin noen gang. Tilsvarende oppga 2 % å ha brukt LSD/hallusinogene stoffer og 1 % å ha brukt kokain en gang i livet. 6 % av skoleungdommene har prøvd eller brukt løsemiddel noen gang, mens 2 % har brukt løsemiddel i løpet av siste 12 måneder (Hibell et al. 2000).

Narkotika i fengslene

Fengselsamfunnet gjenspeiler og konsentrerer de problemer som finnes i samfunnet utenfor. Andelen innsatte som sitter fengslet for brudd på narkotikalovgivning har vært økende og er i samsvar med det økende problem som en ser i Norge for øvrig. I 2001 var 899, eller i underkant av 30 %, av totalt 3 057 innsatte pr. dag i norske fengsler dømt for ulike typer narkotikalovbrudd. Utover dette er en del domfelte dømt for narkotikarelaterte forbrytelser som har direkte sammenheng med rusmiddelmissbruk; typisk er tyverier og vinningskriminalitet begått for å skaffe penger til å finansiere stoff-misbruket som statistikken ikke fanger opp.

Fengselsmyndighetene anslår at ca. 40-60 % av de innsatte i norske fengsler bruker narkotika en eller flere ganger under soning (Stortingsmelding nr. 16 (1996-1997) Narkotikapolitikken). Dette anslaget bygger på tidligere undersøkelser som er foretatt i fengslene, bl.a. ved anonymiserte spørreundersøkelser blant innsatte, fengslenes og visitasjonspatroljenes innrapporteringer til Fengselsstyret.

Fengslene har etter ikrafttreddelsen av den nye Straffegjennomføringsloven av 18. mai 2001 fått bedre muligheter til kontrolltiltak i forhold til rusbekjempelse. Bl.a. er det gitt hjemmel for å avkrefe urinprøver og blodprøver på generelt grunnlag. Nytt er også at narkotikahund kan søke på personer. Det er også innført en rett til visitasjon av besøkende, og rett til å holde disse tilbake til politiet ankommer. Forøvrig kan helsepersonell på anmodning fra fengslene foreta kroppslige undersøkelser (undersøkelse av kroppens hulrom) ved mistanke om bruk eller oppbevaring av narkotika hos innsatte. Utover dette fins en rekke kontrolltiltak, bl.a. bruk av narkotikatoalett, narkotikahund og kommunikasjonskontroll.

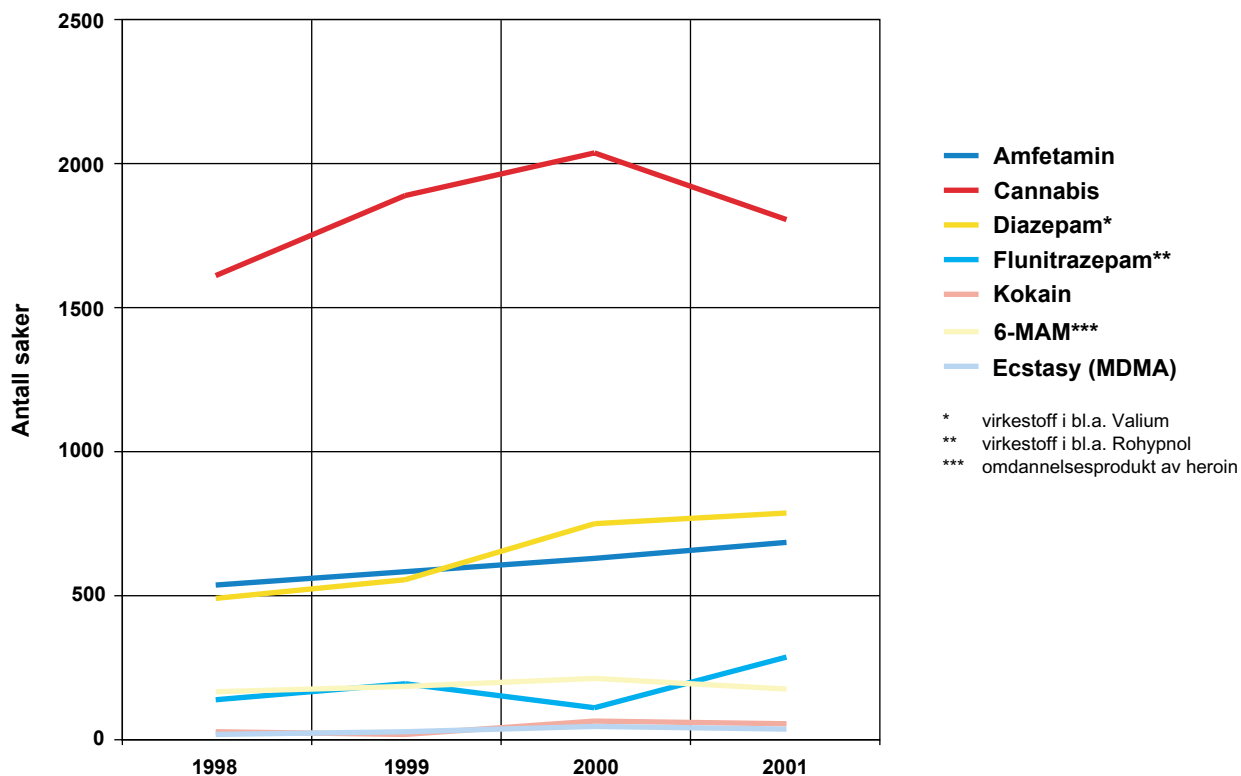
Antallet kroppslige undersøkelser har vært relativt stabilt i perioden 1993 - 2000. Samlet har antallet funn av narkotika og brukerutstyr økt fra 1988 til 2001. I 1988 ble det gjort 234 funn av narkotika og 777 av brukerutstyr. I 2001 ble det gjort 523 funn av narkotika og 882 av brukerutstyr. Økningen kan skyldes økt spredning og bruk av narkotika i fengslene, men kan også henge sammen med bedre kontrollrutiner.

Antall urinprøver som har gitt positivt utslag for narkotika har økt fra 1 019 i 1988 til 2 538 i 2000. Men siden det totale antall prøver de samme årene økte fra 6 706 til 20 995, har andelen positive

prøver gått ned fra 15,2 % til 12,0 %. De fleste utslagene er på cannabisstoffer og ulike narkotiske tabletter. Dette er i samsvar med de beslag som er foretatt (Justisdepartementet).

Cannabis er det klart hyppigst påviste stoff i prøver fra innsatte i fengsler og åpne anstalter (figur 5). Videre påvises det hyppig amfetamin og diazepam (virkestoff i bl.a. Valium). Det har ikke vært store endringer i bildet de senere år, men det registreres en økning av flunitrazepam, som er virkestoff i bl.a. Rohypnol (SRI).

Figur 5. Stoffpåvisning i kriminalomsorgssaker



Kilde: SRI

2.3 Problembruk

Beregninger finnes kun for antall sprøytemisbrukere. Slike beregninger er blitt foretatt tre ganger, i 1989, 1999 og 2001. Mens antallet i 1989 var anslått til mellom 4 000 og 5 000 var det i 1999 økt til 9 000 - 12 000. (Bretteville-Jensen og Ødegård 1999). I 2001 anslås antallet til mellom 10 500 og 14 000 personer, det vil si tilnærmet en fordobling i løpet av de siste 10 årene

Heroin er det klart dominerende stoffet ved injeksjon. Det synes å ha vært en økning i konsumet av heroin som ikke bare har sammenheng med at det er blitt flere misbrukere, men også ved at mengdedoseringen per injeksjon har økt. En undersøkelse foretatt blant brukere av den såkalte Sprøytebussen i Oslo, viser at det gjennomsnittlige heroinforbruket pr. gang har gått opp siden 1993.

Et overraskende funn er at kvinnelige sprøytemisbrukere rapporterer å bruke 22 % mer heroin enn menn. De oppgir i gjennomsnitt å ha signifikant flere "sprøytedager" per måned, sette flere injeksjoner per "brukerdag" og injisere større doser per "skudd". I tråd med andre studier finner man

også at kvinner bruker mer benzodiazepiner, men mindre alkohol og cannabis enn mannlige sprøytemisbrukere (Bretteville-Jensen 1999).

Ved beregningen i 1999 ble det også gjort et anslag på aldersfordelingen. Man har anslått at 10% av sprøytemisbrukerne er under 21 år, 45% mellom 21 og 30 år og 45% er 31 år eller eldre. De fleste som injiserer narkotika er menn. Kvinneandelen er anslått til å utgjøre ca. en tredel. Misbrukerpopulasjonen er over tid blitt eldre. Det er all grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette. I tillegg ser det ut til å være økende rekruttering i de eldre aldersgruppene, særlig blant menn. En mulig forklaring på dette er at det har skjedd en viss overgang til heroin blant tradisjonelle alkoholmisbrukere. Det er videre blitt en større geografisk spredning av sprøytemisbruket i Norge, selv om Oslo fortsatt utgjør tyngdepunktet. Det antas at økningen i rekrutteringen av sprøytemisbrukere vil fortsette og at det demografiske rekrutteringspotensialet vil stige. Samtidig vil den registrerte økningen i bruken av lettere narkotiske stoffer blant ungdom i løpet av 1990-tallet kunne føre til økt rekruttering til sprøytemisbruk (Bretteville-Jensen og Ødegård 1999).

Risikoatferd

Risikoatferd knyttet til injisering vil først og fremst være relatert til risiko for infeksjonssykdommer, skader som følge av feilinjisering (abcesser, mm) og risiko for overdose. Risikoer ved selve livsførelsen stoffbruker framstår blant annet ved overrepresentasjon av en del sykdommer og generelt dårligere helsetilstand enn i befolkningen for øvrig innenfor samme aldersgrupper. Årsrapport 2001 fra Feltpleien, et lavterskeltiltak i Oslo bekrefter risikoatferd både knyttet direkte til injisering, men også helseproblemer som kan avspeile generelt dårlige livsbetingelser.

I en brukerundersøkelse av 201 klienter ved Feltpleien (Strømsmo, Siri 2000, upublisert) oppgir 36% å ha dårlig helse. Sammenlignet med Statens helseundersøkelser av normalbefolkningen selvrporterer rundt 7% det samme. Bildet bekreftes og utdypes i en pågående ernæringsundersøkelse blant stoffmisbrukere (Høgskolen i Akershus og Rusmiddeletaten i Oslo). Dette leder til et utvidet forebyggingsbegrep, som ikke bare vil dreie seg om å minske risiko ved injisering, men som også vil måtte omfatte basale behov som ernæring, mer stabile boforhold mm både for å øke sannsynligheten for å komme til behandling for ulike sykdomstilstander og for å redusere risiko for sykdommer som følge av livsstil.

“Sprøytebussen” i Oslo har en bred kontaktflate til injiserende stoffbrukere, og det har vært gjennomført fire brukerundersøkelser ved dette tiltaket (1992, 1994, 1997 og 2000). Foreløpige sammenligninger av tallmaterialet fra de fire undersøkelsene tyder på en økning i andel som har erfaring med overdoser, og det har også vært en merkbar økning fra 1992 i andelen som oppgir å ha satt overdose med vilje. Videre oppgir knapt 30% å ha delt sprøyte siste år, noe som må sies å være en høy andel, tatt i betraktning at sprøytetilgjengeligheten er god. Delingen har imidlertid ikke skjedd helt ukritisk, men med kjæresten og venner. Frekvensen av hiv-test blant bussbrukerne er fortsatt høy og antall nye hiv-tilfeller blant sprøytebrukere er lavt (se 3.3).

I 2001 ble brukerne av “Sprøytebussen” for tredje år på rad tilbudt vaksinasjon for hepatitt A og B, skjembildeundersøkelse og immunstatusundersøkelse, i et samarbeid mellom Helsevernetaten og Rusmiddeletaten i Oslo og Statens helseundersøkelser. Høsten 2002 tilbød Helsevernetaten og Rusmiddeletaten på nytt brukerne av bussen hepatitt A- og B-vaksine, blodprøver og skjembildefotofering og deltakelse i en undersøkelse om hepatitt C, hvor hensikten er å avdekke risikoatferd for å kunne utvikle bedre risikoreduserende strategier. Det vil være særlig viktig å identifisere de som fortsatt er hepatitt C-negative og generelt intensivere oppmerksomheten omkring smittereduserende atferd.

Kapittel 3. Helsemessige konsekvenser av narkotikabruk

3.1 Etterspørsel etter behandling

Norge har etablert et registreringssystem for behandling av klienter med rusmiddelproblemer. Systemet baserer seg på et klientkartleggings skjema, som brukes til å registrere forhold knyttet til henvendelser om behandling, klientens situasjon ved behandlingsstart, og forhold ved avslutning av behandling. Skjemaet er ment å skulle utfylles av behandler på grunnlag av intervju med klientene, og inkluderer variabelsett som dekker "core items" i EMCDDAs indikator for etterspørsel etter behandling. Systemet er tilrettelagt for klienter med både alkohol-, medikament- og stoffproblemer. Det er i Norge vanlig at samme institusjon behandler alle disse typene rusmiddelproblemer.

På grunn av offentlig regelverk knyttet til personvern telles data fra klientkartleggingssystemet sammen på institusjonsnivå, før det samles regionalt og nasjonalt som aggregerte tall. Det at data foreligger nasjonalt bare i aggregert form, gjør at det ikke er mulig å skille klienter med ren eller primær alkoholproblematikk fra klienter med primær narkotikaproblematikk. Formen data foreligger i gjør det også umulig å kontrollere for dobbeltforekomster, det vil si behandlinger der samme klient står for flere behandlinger i samme eller ulike institusjoner samme år. Klienten kan ikke "følges gjennom systemet" over tid.

Det er igangsatt et arbeid for å få klientkartleggingsystemet individbasert, slik at det vil kunne brukes i EMCDDAs indikator for etterspørsel etter behandling. Det arbeides med utformingen av et krypteringssystem for data og personidentifikator til bruk for den enkelte institusjon, sikker overføring av data fra institusjon til sentral dataforvalter, valg av sentral dataforvalter og lagringssystem, og bestemmelse av tilgjengelighet til sentralt lagrede data. Disse elementene skal kunne godkjennes av Datatilsynet, og kunne aksepteres av behandlingstiltakene. Det tas sikte på at søknad til Datatilsynet om konsesjon til drift av et slikt individdatabasert klientkartleggingsystem skal fremmes i begynnelsen av 2003.

Tabell 2. Registrerte henvendelser, påbegynte og avsluttede behandlinger

År	Antall tiltak (av ca. 190)	Ant. henvendelser	Ant. påbegynte behandlinger	Ant. avsluttede behandlinger
1998	110	18.115	13.541	10.956
1999	110	20.426	15.700	12.634
2000	113	26.462	18.981	15.738*

*Avslutningstallet for 2000 inkluderer 2271 behandlinger som er registrert som "ikke avsluttet" ved årets slutt. NB: Samme person kan være registrert flere ganger samme år. Omfatter både personer med primært alkoholproblem og personer med primært narkotikaproblem

Tabell 2 viser utviklingen av registrerte henvendelser og behandlinger og registreringer som gjelder avslutninger fra 1998 til 2000. Data for 2001 er under innsamling. Grunnen til det økende antall registrerte henvendelser er todelt: For det første er det økende oppslutning blant de store behandlingstiltakene. For det andre er det sannsynlig at mange tiltak oppnår bedre rutiner for registreringene over tid, slik at disse blir mer komplette. I de tre årene 1998, 1999 og 2000 har til sammen 142 forskjellige tiltak levert tellinger til den nasjonale klientkartleggingen. Av disse er noen permanent eller midlertidig nedlagt, andre har hatt problemer med tellinger grunnet dataproblemer, og noen har hatt problemer grunnet utskiftninger i personellet. 88 tiltak har levert data alle tre årene.

Når henvendelsene for 2000 fordeles på kjønn og alder sees en klar tendens til at kjønnsfordelingen er jevnere med synkende alder. I aldersgruppen 16 til 20 år er det 42 % kvinner og 58 % menn,

mens i aldersgruppen 51 til 60 år er fire femdel av henvendelsene fra menn. Alder og kjønn er variabler som er entydige og lett registrerbare, og det er derfor stor grunn til å feste lit til at tallene reflekterer den reelle fordelingen for henvendelsene som er registrert. Det er samme tendens i kjønnsforskjellene i aldersgruppene i dataene for 1998 og 1999, og i tallene for de enkelte regionene alle de tre årene.

Det er klart at alkohol er det rusmiddelet som er mest brukt av flest menn - ca. 46 %, mens 28 % av mennene har heroin som sitt mest brukte rusmiddel. Heroin er det mest brukte rusmiddel for kvinnene - 33 %, mens 31 % av kvinnene har alkohol som sitt mest brukte rusmiddel. En klart større andel av kvinnene (8 %) enn av mennene (vel 2 %) har vanedannende medikamenter som mest brukte rusmiddel. Dette inkluderer også mennesker som er blitt avhengige av medikamenter som de har fått gjennom vanlig medisinsk behandling, og som ikke bruker medikamentet til rusformål. Ecstasy var mest brukte rusmiddel i 14 tilfeller i 1998, og i 18 tilfeller i 1999. Data for 2000 viste ecstasy som mest brukte rusmiddel i 82 tilfeller (Stiftelsen Bergensklinikkene).

3.2 Narkotikarelaterte dødsfall

I Norge er det to instanser som registrerer narkotikadødsfall, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Kriminalpolitisen (Kripos). SSB's tall fremkommer på grunnlag av rettsmedisinske obduksjonsrapporter og legenes dødsmeldinger. SSB koder dødsårsakene etter en norsk utgave av den internasjonale klassifikasjon av sykdommer, ulykker og skader (ICD -10). Dødsfall som registreres i denne statistikken er i henhold til bestemmelse av underliggende årsak, dvs. narkotikainntaket har direkte ledet til dødsfallet. Kripos' registrering er basert på innrapportering fra landets politikamre. Inklusjonskriteriet synes i utgangspunktet her å være mindre strengt i den betydningen at det ikke ensidig er basert på en medisinsk diagnose. Tross ulikhet med hensyn til innhenting av data, sammenfaller de to seriene godt i perioden 1991 til 2000 (SSB har foreløpig ikke publisert tall etter 2000) (tabell 3).

Foreløpige tall fra Kripos viser at det har vært en sterk nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall i 2002. Politidistriktene melder om at til sammen 210 personer - fordelt på 166 menn og 44 kvinner - døde som følge av bruk av narkotika i 2002. Dette er 128 (nærmere 40 %) færre enn i 2001 da det ble innrapportert i alt 338 dødsfall. Ikke siden 1997 har politiet rapportert om så få narkotikadødsfall.

Gjennomsnittsalderen på de avdøde var 33 år for menn og 34 år for kvinner. I alt 23 av 27 politidistrikter meldte om narkotikarelaterte dødsfall i 2002, og i år som tidligere er det Oslo politidistrikt som melder om flest dødsfall (79). Mer enn hvert 3. narkotikarelaterte dødsfall skjedde i hovedstaden.

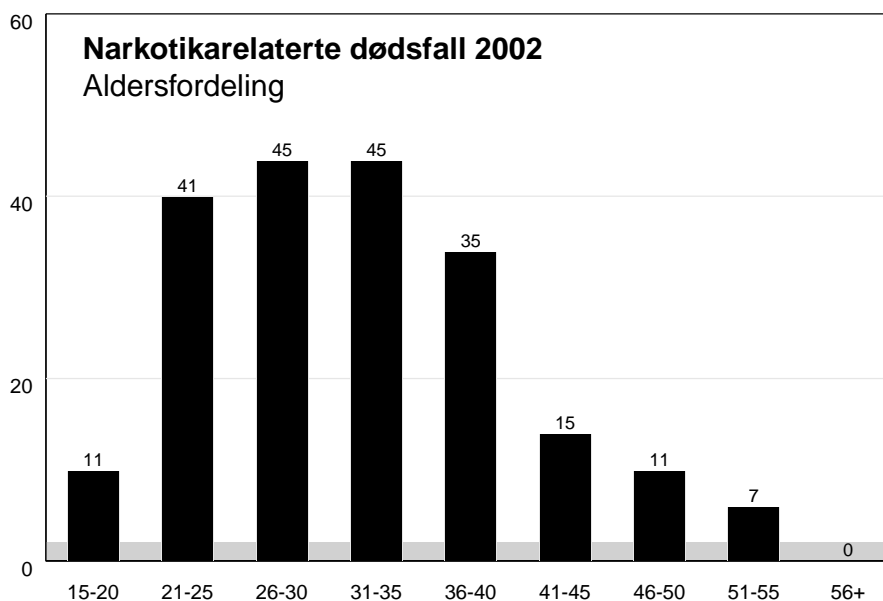
Tabell 3. Dødsfall som skyldes bruk av narkotika fordelt på kjønn Ifølge Kripos og SSB (underliggende årsak)

1991-2002	Antall døde ifølge KRIPOS			Antall døde ifølge SSB		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
1991	74	22	96	66	22	88
1992	78	19	97	81	23	104
1993	77	18	95	76	17	93
1994	102	22	124	105	19	124
1995	108	24	132	114	29	143
1996	159	26	185	171	26	197
1997	149	28	177	155	30	185
1998	226	44	270	224	50	274
1999	181	39	220	179	57	236
2000	264	63	327	302	72	374
2001	286	52	338
2002	166	44	210			

Kilder: Kripos og SSB

Tallmaterialet fra Kripos gjelder både tilfeller av akutt forgiftning (overdose) og dødsfall som kan settes i klar sammenheng med avdødes misbruk. Det faktiske antallet narkotikarelaterte dødsfall vil erfaringsvis bli noe lavere etter hvert som det foreligger obduksjonserklæringer fra Rettsmedisinsk institutt. Kripos opererer med ujusterte tall også for tidligere år for å gi et riktig sammenligningsgrunnlag.

Figur 6 Narkotikarelaterte dødsfall etter alder

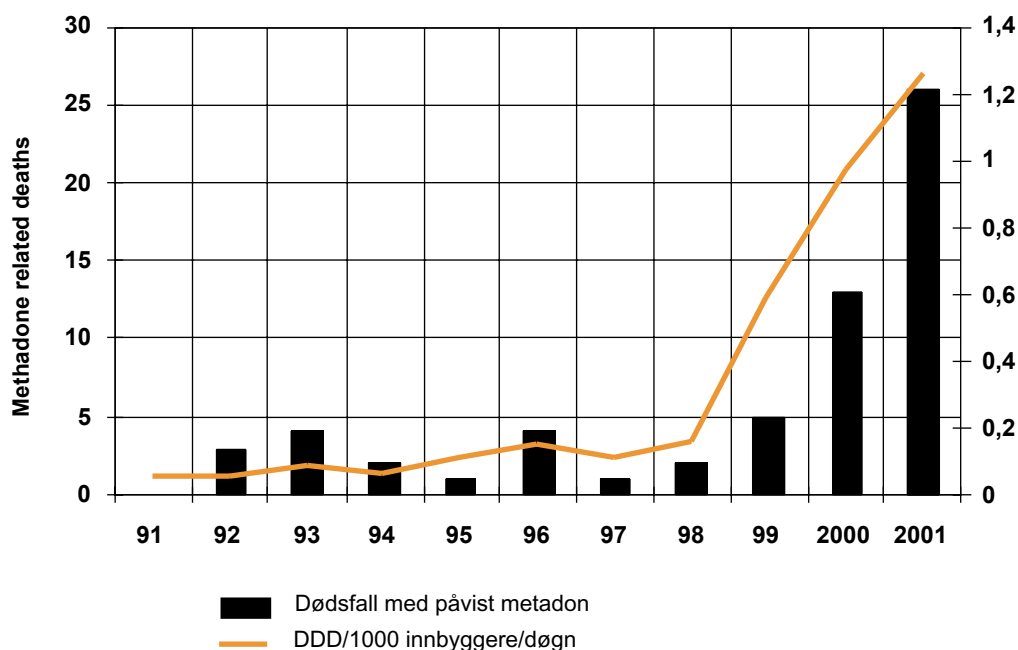


Kilde: Kripos

Metadon-relaterte dødsfall

En sammenstilling av forekomst av metadon ved rettslige obduksjoner, dvs prøvemateriale analysert ved Statens rettskikologiske institutt (SRI) relatert til salg av metadon, viser en meget god korrelasjon mellom total foreskrevet mengde og antall forgiftningsdødsfall der metadon har vært en viktig faktor. Det ses en kraftig økning av antall dødsfall de siste par årene parallelt med økning i foreskrevet mengde. Forgiftninger med metadon alene utgjør 10 % av materialet som figur 7 baserer seg på, resten er hovedsaklig blandingsforgiftninger.

Fig 7. Metadon-relaterte dødsfall i Norge 1991-2001



Kilde: SRI

THC-relaterte dødsfall

I en undersøkelse som ble gjort ved SRI i 2001 av obduksjonssaker hvor det var påvist tetrahydrocannabinol (THC - virkestoffet i cannabis), var det blant de undersøkte sakene rapportert seks tilfeller av plutselig død uten klarlagt dødsårsak. Ved en sammenstilling av påvist THC-konsentrasjon, kliniske data og obduksjonsfunn gav undersøkelsen holdepunkter for at det hadde inntruffet akutt hjertedød hos disse personene. THC-inntak og dets tidsmessige forhold til symptomene eller eventuell død er ikke tidligere dokumentert med måling av THC-nivå i blod. Cannabis er generelt betraktet som et lite toksisk stoff, dvs. at det er liten fare for alvorlig forgiftning og død. Denne studien konkluderer imidlertid med at cannabis har betydelige akutte effekter på hjerte-kar-systemet både hos friske og hos hjertesyke mennesker, og antyder at det kan være en sammenheng mellom cannabisbruk og plutselig hjertedød. Slike alvorlige, men sjeldne bivirkninger kan bli oppdaget etter at et stoff har blitt brukt tilsynelatende trygt over lang tid (Bachs L., Mørland H.).

Årsaksfaktorer

Økningen av det samlede antallet dødsfall har ingen enkel forklaring, og vi har fremdeles manglende kunnskaper på dette området. Faktorer som kan ha påvirket utviklingen:

- Antallet sprøytemisbrukere er blitt fordoblet de siste 10 årene
- Gruppen tunge narkotikamisbrukere er blitt eldre og mer forkomne fysisk og psykisk
- Det har vært stor tilgang på heroin med følgende prisfall, noe som igjen har økt doseringene hos den enkelte misbruker
- Blandingsmisbruk, der heroin tas sammen med alkohol og/eller forskrivningspliktige medisiner som Rohypnol, blir mer og mer vanlig
- I tillegg synes mange misbrukere mer oppgitte og selvdestruktive etter flere opphold i ulike behandlingstilbud
- Det høye antallet dødsfall kan dessuten ha sammenheng med en mer utbredt sprøytekultur i Norge kontra andre land, inklusive de øvrige nordiske. I Norge inntas heroin i det alt vesentlige ved injisering (SIRUS)

Dødeligheten blant de tyngre misbrukerne i Norge er beregnet i flere oppfølgingsstudier. Det er imidlertid ikke uproblematisk å generalisere fra gruppespesifikke dødelighetsrater til hele populasjonen. Bretteville-Jensen og Ødegård (1999) understreker også usikkerheten ved anslaget når de på basis av en litteraturgjennomgang stipulert den årlige dødeligheten blant sprøytemisbrukere til å være mellom 3 og 4 %. Anslaget indikerer en økning i dødeligheten. I 1990 ble det, ut fra foreliggende litteratur, antatt at den årlige dødeligheten var mellom 2 og 2,5 % (Skog 1990). Det er foreløpig ikke mulig å gjøre beregninger av dødelighet ut fra klientkartleggingsdata (se 3.1).

Situasjonen i Oslo

I Oslo kommune har en arbeidsgruppe gjort en analyse av bakgrunnen for den sterke økningen av narkotikadødsfallene i hovedstaden. De fant bl.a. følgende:

Det er først og fremst heroin som fører til overdosedødsfallene. Toleransen for opiatere synker raskt, noe som øker faren for overdose etter opphold i misbruket (eksempelvis etter behandling og fengsel). Alkohol og benzodiazepiner (eks. Rohypnol) spiller en viktig rolle. Forskrivning av vanedannende medikamenter fra leger (uten tett oppfølging) øker dødeligheten. Misbrukere med dårlig somatisk og/eller psykisk helse er mer utsatt. Menn er mer utsatt enn kvinner. Økende alder øker sjansen for overdoser. Alder er ofte korrelert med misbrukslengde.

De fleste dødsfallene fant sted i private omgivelser, mens 32 % i 1998 og 25 % i 1999 fant sted i hva vi kan kalle "offentlige omgivelser". I år 2000 hadde dette tallet sunket til 21 %.

Politiet gir i tillegg følgende vurderinger: Det synes å være sammenheng mellom antall dødsfall og tilgangen på narkotika. Et aktivt arbeid for begrensning av tilgang er således av vesentlig betydning. Det registreres nå flere overdosedødsfall enn tidligere i "ikke-tradisjonelle" strøk, som eksempelvis i øvre middelklasse strøk på Oslos vestkant. 25 - 30 % av dødsfallene i Oslo var personer med utenbys tilhørighet. Mer nøyaktige og inngående registreringsrutiner av slike dødsfall kan gi mer nyanterte opplysninger om problematikken. Blandingsmisbruk registrert i tilknytning til alkohol / benzodiazepiner er økende.

Oslo kommune har vært ansvarlig for et EU-finansiert prosjekt (1999-2001) om strategier for å redusere overdosedødsfall, et samarbeid mellom Oslo, Frankfurt, København og Amsterdam. Formålet er å samle bedre kunnskap om årsaker til at stoffmisbrukere dør av overdoser og, analysere hvordan denne kunnskapen kan være til praktisk hjelp til å utvikle bedre helseforebyggende tiltak. Sluttrapporten forelå våren 2002 (Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities, Rusmiddelstaten Oslo kommune, 2002). Noen årsakssammenhenger om situasjonen i Oslo fra projektrapporten:

"En av problemtypene kan tilbakeføres til forskjellig registreringspraksis. I København registreres overdosetilfellene etter registrert bostedsadresse. Selv om et dødsfall finner sted i København, vil tilfellet ikke bli registrert i tallene for København dersom avdøde var registrert eller bodde utenfor kommunen. Tallene for Oslo representerer alle tilfeller funnet i Oslo. Dersom Oslo hadde fulgt samme registreringspraksis som København, ville tallene for Oslo for årene 1998-2000 ligget 29-32 % lavere, og tallene for Amsterdam for 1999 ville vært mer enn 50 % lavere. I Amsterdam skiller det mellom dødsfall blant nederlandske og utenlandske statsborgere, og tall oppgis for begge grupper. Tabellene viser totalt antall overdosedødsfall. I Frankfurt omfatter tallene alle overdosedødsfall funnet i kommunen.

Overdose synes å være den viktigste dødsårsaken blant narkotikamisbrukere i Oslo. Problemet med økningen i antall dødsfall meldte seg noe senere i Oslo enn i de andre byene og ble møtt med en økt vektlegging av medikamentfri behandling med sikte på stoffrihet som skulle være tilgjengelig på forespørsel. I 1992 ble en rekke "umiddelbare tiltak" lansert. Tiltakene bestod først

og fremst i å samordne innsatsen fra politi og utekontakt for å få brukerne direkte inn i et medikamentfritt behandlingsopplegg, straks de ønsket det, med midler til å kjøpe behandling uansett hvor i landet slik behandling måtte være tilgjengelig. Som et ledd i disse tiltakene ble det også opprettet et oppsøkende helseteam som skulle sørge for oppfølging av overlevende overdoseofre og drive forebyggende arbeid blant narkotikamisbrukere og deres familie og venner.

Et annet særtrekk ved Oslo er den sene innføringen av metadon. De første metadonprosjektene kom i gang primært for å dekke behandlingsbehovene for AIDS-pasienter, og dernest som et tilbud til spesielt behandlingsresistente narkomane. Først i 1998 ble et nytt, utvidet metadonprogram lansert. Fremdeles er under 10 % av alle injiserende stoffmisbrukere omfattet av dette programmet.

Av de fire byene synes Oslo å ha prioritert medikamentfri behandling høyest. Oslo har også brukt en kombinasjon av sosiale tjenester og rehabiliteringsordninger mer intensivt enn de andre byene. Økningen i overdosedødsfallene er blitt møtt med "mer i samme gate", dvs. økt vektlegging av avholdenhetsorientert behandling, utekontakt og forskjellige støtteordninger. Politiet har gradvis skiftet fokus og retter nå interessen mer mot narkotikabruk blant ungdom og mindre mot kontroll av bruk og salg av heroin på et stadig voksende "åpent narkotikamiljø" i Oslo sentrum.

Byer som dagens Oslo, som har metadonprogrammer med restriktive opptakskriterier og strenge krav til brukerne, vil måtte endre eller supplere disse programmene. Dette innebærer også at arealer hvor destruktive mønstre for narkotikabruk dominerer og problembrukerne synes å dominere, åpne narkotikamiljøer og nedslitte slumområder med subkulturer av narkotikabrukere, bør motvirkes og oppløses. Dette forutsetter at brukerne har akseptable alternativer.

Den sterke sprøyte-kulturen i Oslo er helt klart en av de viktigste årsakene til de høye overdosedødsfallene i byen".

3.3 Smittsomme sykdommer

HIV og AIDS

Per 31. desember 2001 var det diagnostisert 446 HIV-positive med risikofaktor sprøytebruk (iberegnet de som både hadde risikofaktor sprøytebruk og homo/biseksuell) i Norge, en femtedel av alle diagnostiserte HIV-tilfeller (tabell 4). Blant de som hadde utviklet AIDS per 31.12.2001, var 126 sprøytebrukere eller 17 % av det totale antall AIDS-tilfeller. Antall nye tilfeller av HIV-smitte blant sprøytebrukere i Norge er lavt. Det samme gjelder antall nye sprøytebrukere som utvikler AIDS. En stor del av sprøytebrukere som har utviklet AIDS, er allerede døde. I tillegg er forholdsvis mange HIV-positive stoffmisbrukere døde av andre årsaker. Undersøkelser viser at mer enn 90 % av sprøytemisbrukere oppgir å ha testet seg, de fleste flere ganger. Mørketallet er derfor trolig forholdsvis lite.

Tabell 4. Andel sprøytebrukere av registrerte personer med HIV-infeksjon og AIDS med risikoatferd sprøytebruk, etter diagnoseår.

	HIV	HIV- sprøytebruk	% andel sprøytebruk	AIDS Totalt	AIDS sprøytebruk	% andel AIDS sprøytebruk
1984-89	894	315	35 %	144	8	6 %
1990	90	22	24 %	59	13	22 %
1991	142	16	11 %	59	16	27 %
1992	105	12	11 %	50	8	16 %
1993	113	13	12 %	64	13	20 %
1994	94	12	13 %	74	19	26 %
1995	105	11	10 %	67	8	12 %
1996	116	9	8 %	56	12	21 %
1997	113	11	10 %	34	8	24 %
1998	98	8	8 %	39	5	15 %
1999	147	12	7 %	28	6	21 %
2000	176	7	4 %	38	6	16 %
2001	158	8	5 %	26	4	15 %
total	2 351	456	19 %	738	126	17 %

Kilde: Statens folkehelseinstitutt

Hepatitt

I 1995 ble det registrert utbrudd av hepatitt A og B blant injiserende stoffmisbrukere. I perioden 1995 - 2000 ble det tilsammen identifisert 1162 sprøytebrukere med hepatitt B. Utbruddet virker nå å være på retur. I 2001 ble meldt om 134 nye tilfeller (i 2000:176; i 1999: 375; i 1998: 385). Hepatitt C er fortsatt kun meldepliktig ved akutt infeksjon, og antall meldte tilfeller gjenspeiler derfor ikke den reelle insidensen. Det var henholdsvis meldt 13, 17, 15 og 11 akutte hepatitt C infeksjoner blant injiserende misbrukere i årene 1997,- 98, -99 og 2000. Det er flere forhold som gjør at dette antallet gir et nærmest verdiløst bilde av den reelle insidensen, blant annet at de fleste nysmittede ikke kjenner noen symptomer og derfor ikke oppsøker lege slik at tilstanden kan diagnostiseres og meldes. Det er i mange tilfeller heller ikke mulig når en diagnostiserer hepatitt C hos en pasient, å fastslå når smitten skjedde. Prevalens av kronisk hepatitt C i Norge er heller ikke sikkert kjent. En vet imidlertid at et stort antall stoffmisbrukere har vært smittet av hepatitt C. Flere prevalensundersøkelser har vist at 50-80% av misbrukerne i Norge har fått påvist en positiv anti-HCV-prøve (Statens folkehelseinstitutt).

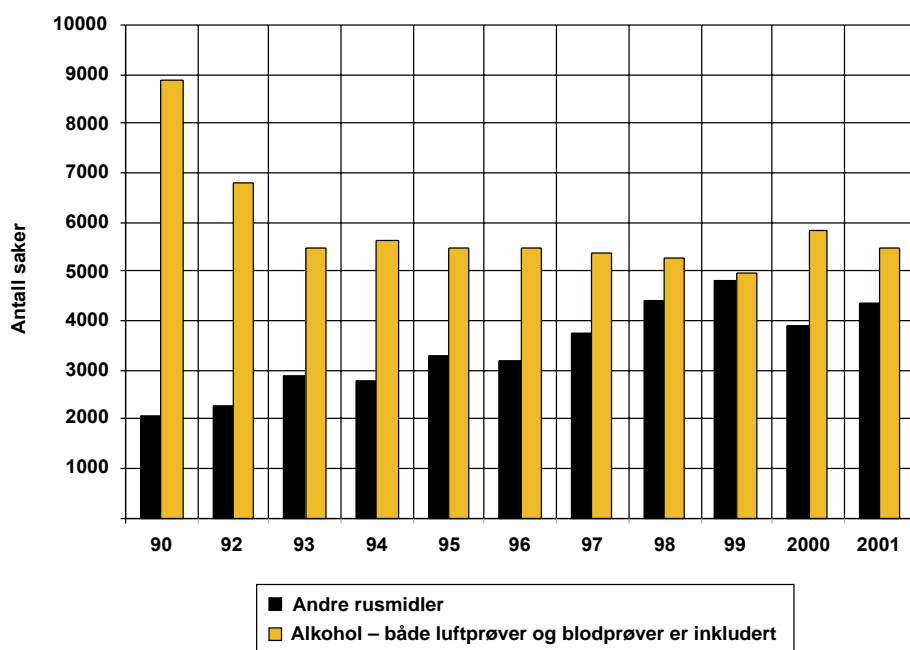
3.4 Andre helsemessige forhold

I perioden 1998-99 ble det foretatt en kartlegging av personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende bruk av rusmidler (Statens helsetilsyn 2000). Undersøkelsen konkluderte med at omkring 4 000 personer som misbruker alkohol og/eller narkotika har psykiske lidelser av en så alvorlig karakter at de har behov for særskilte behandlingstiltak for sine psykiske problemer utover det som finnes i dag. 2/3 var menn og gjennomsnittsalder var 31 år. Omkring halvparten det vil si ca. 2 000, var stoffmisbrukere. Det var en klar tendens i retning av at pasienter med psykoser misbrukte cannabis og amfetamin, mens pasienter med personlighetsforstyrrelser var overrepresentert blant opiatmisbrukere.

Narkotikabruk i trafikken

Antall bilførere som arresteres med mistanke om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol i veitrafikksaker har blitt mer enn fordoblet i løpet av 1990-tallet, og i 2001 var antallet ca. 4 300 saker. Denne tidsutviklingen er vist i figur 8 hvor også saker med mistanke om alkoholpåvirkning er tatt med. Narkotika og/eller medikamenter blir påvist i ca. 80% av sakene hvor primærmistanken er knyttet til slike stoffer, hvilket indikerer en høy treffsikkerhet hos politiet mht hvilke bilførere som fremstilles for prøve.

Figur 8. Antall bilførere pågrepet i perioden 1990-2001 for mistanke om påvirkning av alkohol eller andre rusmidler.



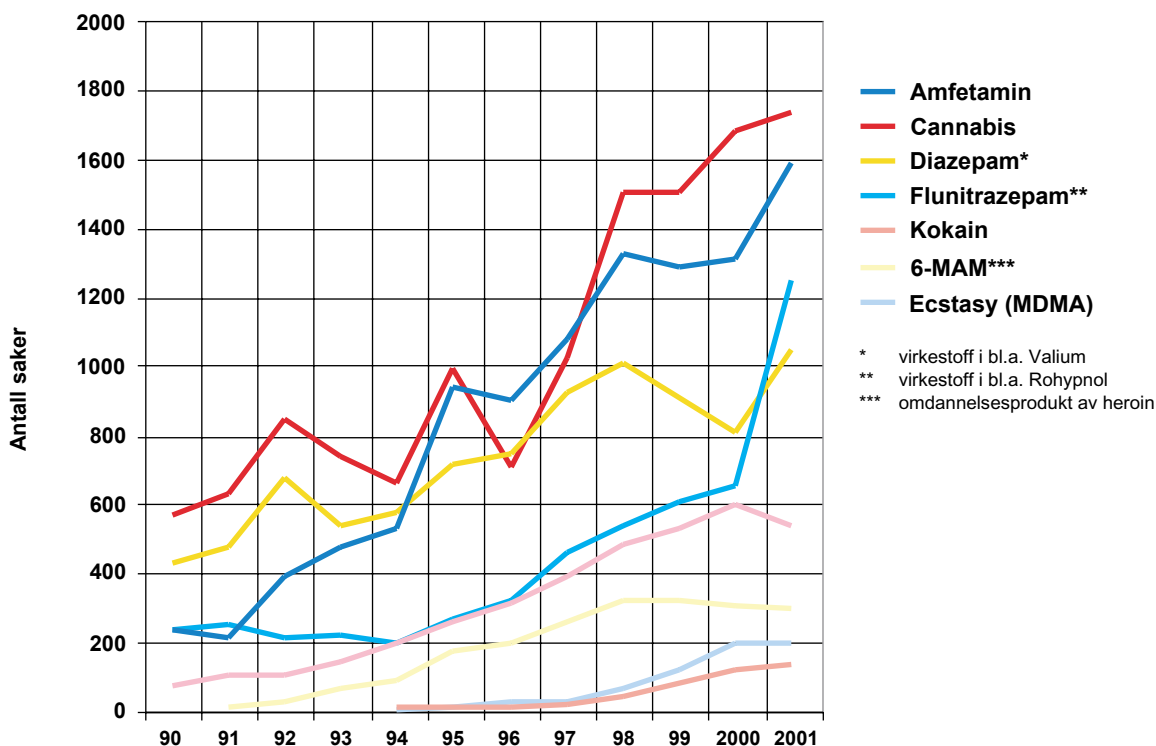
Kilde: SRI

I hver positiv prøve blir det i gjennomsnitt påvist ca. 2,6 stoff, hvilket tyder på en betydelig grad av blandingsmisbruk hos denne gruppen. De hyppigst påviste stoffene er cannabis og amfetamin. I tilfelle hvor det blir påvist legemidler (eks. flunitrazepam, diazepam m.fl.), forekommer disse vanligvis (80 - 90%) i kombinasjon med andre stoffer (illegale stoffer, andre legemidler som virker på sentralnervesystemet, eller alkohol) og i blodkonsentrasjoner som viser inntak langt over det man vanligvis finner etter vanlig anbefalt terapeutisk dosering.

Utover på 1990-tallet ble det påvist en betydelig økning i amfetamin og heroin (indikert ved påvisning av omdannelseproduktet 6-MAM). Forekomst av slike stoffer var relativt stabil for de siste årene, mens det igjen er vist en økning i amfetamin-positive prøver for 2001 (ca. 20%) (figur 9). Samtidig viser statistikken en tendens til økning i forekomst av kokain og ecstasy for de siste 2 -3 årene, samt en betydelig økning i forekomst av flunitrazepam. Fra 2000 til 2001, økte antall prøver hvor det ble påvist flunitrazepam nesten til det dobbelte (fra 656 positive enkeltfunn til 1 252 enkeltfunn).

Det er imidlertid vanskelig ut fra disse dataene å trekke sikre konklusjoner både om nivå og utviklingen. Dette fordi prøvene tas på initiativ av politiet, noe som betyr at antallet positive prøver kan ha sammenheng med politiets fokus og ressurser.

Figur 9. Stoffpåvisning i veitrafikksaker



Kilde: SRI

Den typiske bilfører som kjører etter inntak av andre rusmidler enn alkohol, er en mann i alderen 20-39 år, som ofte kombinerer flere stoffer; illegale stoffer/legemidler, eventuelt i tillegg til alkohol. Bilføreren har ofte vært arrestert for tilsvarende forhold tidligere og har stor sannsynlighet for å bli pågrepet på nytt.

I Norge utarbeides det for tiden ikke statistikk over rusmiddelrelaterte trafikkulykker, men det er nylig tatt initiativ fra Samferdselsdepartementet for å foreta nødvendige avklaringer vedrørende etablering og drifting av et slikt trafikkulykkesregister (SRI).

Kapittel 4. Sosiale og juridiske forhold og konsekvenser

4.1 Sosiale problemer

Studier av norske narkotikamisbrukere viser stor overrepresentasjon av ulike sosiale problemer. Mange lever under svært dårlige boforhold, de lever i miljøer med mye kriminalitet, voldsbruk og prostitusjon. En studie av brukere av den såkalte sprøytebussen i Oslo viste eksempelvis at mer enn 4/5 mottok økonomisk sosialhjelp eller gikk på trygd, mens bare omkring 10 % hadde inntekter fra arbeid. Over halvparten av kvinnene hadde inntekt fra prostitusjon (Bretteville-Jensen 2000).

4.2 Narkotikaforbrytelser og narkotikarelatert kriminalitet

Lovverk

Straffeloven § 162 og legemiddeloven § 31, 2. ledd jf § 24, 1. ledd regulerer narkotikaovertredselsene. Straffeloven regulerer de mer alvorlige overtredselsene, mens legemiddeloven har straffebestemmelser for det som regnes for mindre alvorlige forhold. Se nærmere beskrivelse i del 1. Det finnes statistikk vedrørende anmeldte, etterforskede, siktede og dømte knyttet til narkotikalovbrudd. Det gis imidlertid ikke opplysninger om hvilke stoffer som er involvert.

Tabell 5. Antall anmeldte og etterforskede narkotikalovbrudd.

	Straffeloven § 162		Legemiddeloven		Totalt	
	Anmeldte lovbrudd*	Etterforsk lovbrudd	Anmeldte lovbrudd*	Etterforsk lovbrudd	Anmeldte lovbrudd*	Etterforsk lovbrudd
1985		1 137		3 666		4 803
1986		1 794		2 789		4 583
1987		2 364		2 244		4 608
1988		3 624		2 605		6 229
1989		4 266		3 837		8 103
1990		4 697		4 394		9 091
1991	7 377	5 328	5 711	4 621	13 088	9 949
1992	7 692	6 250	6 328	5 059	14 020	11 309
1993	7 640	6 458	6 432	5 281	14 072	11 739
1994	8 005	6 458	6 759	5 384	14 764	11 842
1995	11 911	8 044	11 420	7 629	23 331	15 673
1996	13 669	10 310	13 786	10 442	27 455	20 752
1997	16 169	11 639	18 376	12 360	34 545	23 999
1998	17 276	13 809	21 498	16 489	38 774	30 298
1999	17 820	16 041	23 167	20 135	40 987	36 176
2000	19 302	16 718	24 726	21 574	44 028	38 292
2001	21 411		27 548		48 959	

Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

*Opplysninger om anmeldte narkotikalovbrudd foreligger fra 1991.

Kriminalstatistikken viser en klar økning av narkotikarelatert kriminalitet. I perioden 1991 til 2001 har anmeldte brudd på legemiddeloven blitt nær femdoblet. Antallet anmeldelser for brudd på straffelovens § 162, som regulerer den mer alvorlige narkotikakriminaliteten, er nær tredoblet i samme periode. Sammenlignet med øvrige typer kriminalitet viser statistikken over anmeldte lovbrudd at narkotikalovbrudd har den desidert sterkeste økningen. Det store antallet saker kan imid-

lertid tilbakeføres til at samme sak vil kunne bli registrert som flere lovbrudd dersom personen anmeldes eller etterforskes for både bruk, besittelse og kjøp til eget bruk.

Antallet personer som er siktet i brudd på narkotikalovgivningen er nær tredoblet fra 1990 til 2001 (tabell 6). Statistikken over antall reaksjoner for narkotikalovbrudd viser også en sterk økning.

Tabell 6. Antall siktede for narkotikaforbrytelser

	Straffeloven §162	Legemiddel-loven	Totalt
1985	609	1 332	1 941
1986	825	1 150	1 975
1987	915	1 021	1 936
1988	1 260	1 064	2 324
1989	1 367	1 690	3 057
1990	1 511	1 821	3 332
1991	1 584	1 993	3 577
1992	1 974	1 929	3 903
1993	2 282	1 508	3 790
1994	2 143	1 303	3 446
1995	2 496	1 442	3 938
1996	2 878	1 577	4 455
1997	3 424	1 764	5 188
1998	4 056	2 430	6 486
1999	4 891	3 111	8 002
2000	5 539	3 651	9 190

Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

Kapittel 5. Narkotikamarkedet

5.1 Tilgjengelighet og tilførsel

Ulike datakilder går i retning av at det har funnet sted en økning i tilgjengeligheten i 2001. Dette gjelder hele landet og gjenspeiler seg dels i beslag gjort av politi og tollvesen, dels i nedgang i priser på ulike stoffer og dels i survey-undersøkelser der en søker å måle befolkningens vurdering av tilgjengelighet.

Narkotikapolitiet regner med at omkring 80% av all narkotika som smugles til Norge har Oslo som bestemmelsessted, og spres videre til resten av landet herfra. Utviklingstendensen går i retning av spredning av narkotika til stadig flere politidistrikt. Narkotika smugles gjerne via naturlige innførselsporter som grenseoverganger til Sverige og ved fergehavner. Nye stoffer kommer stort sett til Oslo og det sentrale Østlandsområdet først. Når det her er etablert et marked for det nye stoffet, spres det så til andre områder i Norge.

En indikasjon på at bruk og misbruk av de ulike narkotiske stoffene i økende grad er å finne over hele landet, er utviklingen av politiets og tollvesenets beslag av ulike stoffer og utviklingen når det gjelder narkotikadødsfall. Selv om cannabis gjennom flere år er blitt beslaglagt i alle landets politidistrikter, er også andre stoffer etter hvert å finne i stadig flere distrikter.

Utviklingen i narkotikadødsfall bekrefter at eksempelvis heroin i større grad enn tidligere misbrukes over hele landet. Mens det i 1989 ble meldt om narkotikadødsfall i 16 av landets 54 politidistrikt, var antallet i 2001 steget til 41.

Den økte tilgjengeligheten av ulike stoffer framkommer også i survey-undersøkelser. De årlige spørreskjemaundersøkelsene i aldergrupper 15- 20 år viser eksempelvis at det har vært en økning i andelen som oppgir at de er blitt tilbudt cannabis fra omkring 25 % i første halvdel av 1990-tallet til omkring 40 % i de senere år. Likeledes har andelen som oppgir at de vil kunne klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager, økt fra omkring 55 % til omkring 70 %. ESPAD-undersøkelsen peker i samme retning ved at det var en økning fra 25 % i 1995 som oppga at det var nokså lett eller svært lett å få tak i cannabis til 38 % i 1999.

I befolkningsundersøkelsen fra 1999 oppgir 33 % at de vil klare å skaffe hasj i løpet av 2-3 dager, mens den tilsvarende andel fra en undersøkelse i 1994 var 31 %. Når det gjelder det å få tak i amfetamin, har andelen steget fra 18 % i 1994 til 21 % i 1999, mens andelen som oppgir at de vil ha mulighet til å få tak i kokain og heroin, har steget fra ca. 11 % i 1994 til 16 % i 1999 (SIRUS).

5.2 Beslag

Kripos registrerer beslag av narkotiske stoffer som gjøres av politi og tollvesen. I saker der både tollvesen og politi er involvert unngås derfor dobbeltregistreringer. Antall beslag er definert ut fra hvor mange ganger en stofftype er påvist og tallfestes ut fra forskjell i type stoff, tidspunkt for beslag og hvor beslaget er foretatt. I en og samme sak registreres med andre ord flere beslag hvis det beslaglegges flere typer stoff. Det samme gjelder hvis beslagene er gjort på ulike steder eller på ulike tidspunkt.

Hovedtrekk for 2002

Antall innkomne narkotikasaker til Kripas i 2002 viser på ny en markert økning¹. Økningen i antall narkotikabeslag utgjør 9,6 % i forhold til 2001, som også var et rekordår. Tendensen er likevel ikke entydig. Den største økningen er for benzodiazepiner - hvor Rohypnol utgjør hele 76 % – og de sentralstimulerende stoffene amfetamin og metamfetamin. Økningen er også stor for smertestillende medikamenter.

Det er videre verdt å merke seg at antallet heroinbeslag har gått tilbake med nær 24 %, og en må helt tilbake til 1995 for å finne samme beslagfrekvens. I mengde var beslagene imidlertid relativt store.

– Antallet beslag av kokain har økt med 15 %, noe som må karakteriseres som markant, selv om økningen er noe mindre enn i de siste årene.

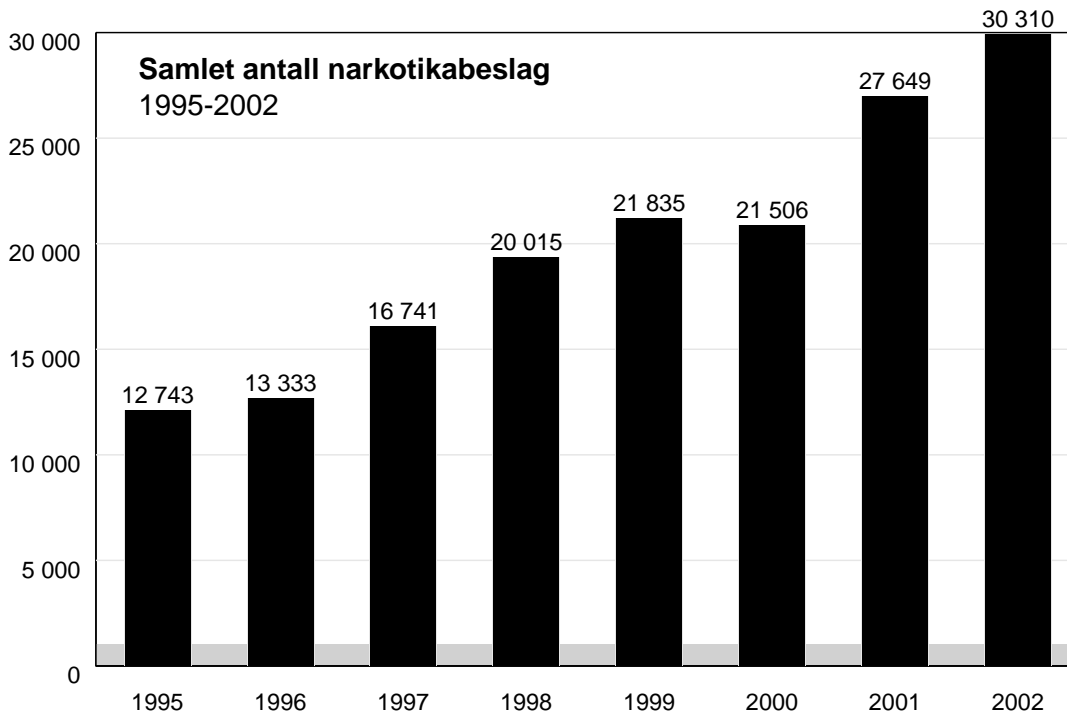
– For ecstasy er det gjort vesentlig flere store beslag, mens det totale antallet beslag har gått tilbake med over 14 %..

Cannabis er fremdeles det stoffet som beslaglegges oftest. Beslagene utgjorde i 2002 ca. 1/3 av samtlige saker, men økningen er mindre enn de siste 5 årene.

Beslagstallene for GHB holder seg på et lavt nivå i likhet med det som har vært registrert de senere årene. Det later til at utbredelsen er helt marginal i forhold til andre rusmidler.

Ut fra beslagstallene kan det se ut som om LSD nærmest er borte fra markedet.

Figur 10. Antall narkotikabeslag 1995- 2002



Kilde: Kripas

¹ Tallene er foreløpige og kan bli korrigert.

Tabell 7. Antall beslag 2000 - 2002 fordelt på de mest vanlige stofftyper

Stofftype	2000	2001	2002	Endring i % fra 2001
Cannabis	9 224	10 844	10 931	+0,8 %
Amfetamin	3 077	4 596	5 077	+10,4 %
Metamfetamin	171	392	619	+57,9 %
Heroin	2 314	2 501	1 902	-23,9 %
Benzodiazepiner	4 265	6 024	8 017	+33,1 %
Smertestillende	845	1 009	1 204	+19,3 %
Doping	469	643	674	+4,8 %
Kokain	390	496	574	+15,7 %
Ecstasy	827	837	714	-14,7 %
Khat	255	198	240	+21,2 %
LSD	87	52	16	-69,2 %
GHB	83	82	83	+1,2 %
Opium	19	24	13	-45,8 %

Kilde: Kripos

Cannabis

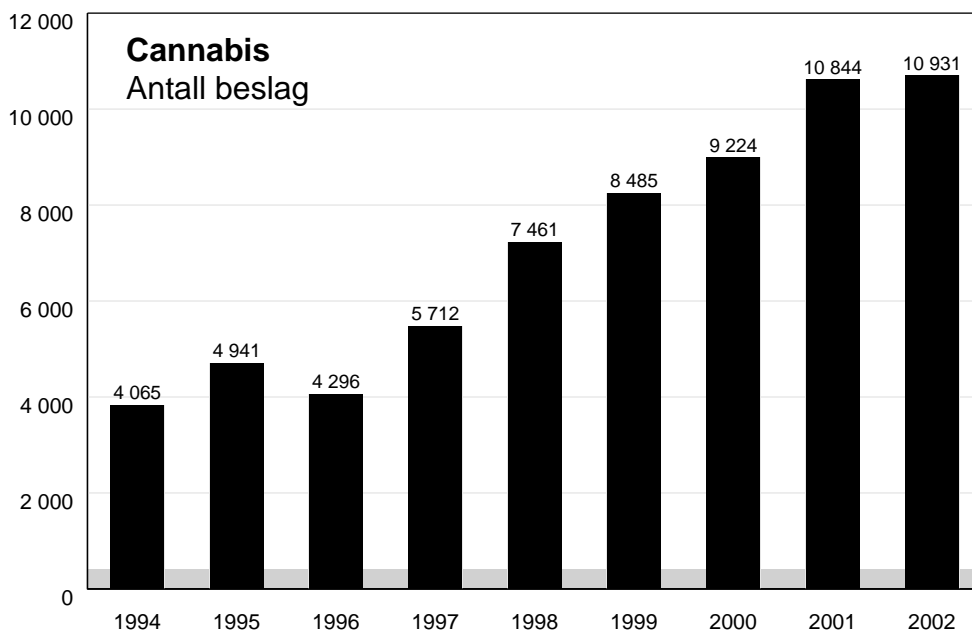
Mengden beslaglagt cannabis var 1 211 kg i 2002. Dette ligger godt over gjennomsnittet for de siste 10 årene. Bare tre ganger tidligere har det vært beslaglagt en større mengde på ett år.

Antallet beslag økte med 0,8 % sammenlignet med 2001. Basert på antall beslag, utgjør hasjissj over 85 % av det totale antallet cannabisbeslag. Cannabisbeslagene fordeler seg på 1 092 kg hasjissj, 104 kg marihuana, 13 kg cannabisplanter og 1,67 kg cannabissekstrakt.

Av enkeltsaker ble det registrert sju saker med stoffmengde over 40 kg hasjissj, hvorav Oslo politidistrikt har det største på 166 kg.

Mesteparten av cannabis som ender på det norske markedet er produsert i Nord-Afrika. Ofte transporteres cannabis fra Spania, Nederland og Danmark til Norge. Det er mange aktører som involverer seg i innførsel - og mottakerapparatet, og innførselen kan ikke relateres til noen etnisk gruppe. I de fleste av sakene er det nordmenn som står for innførsel og mottak. Tollvesenet er sterkt representert ved beslagene.

Fig 11. Cannabis



Kilde: Kripas

Amfetamin/metamfetamin

Den beslaglagte mengden amfetamin og metamfetamin er hhv. 209 kg og 23 kg fordelt på 5 077 og 619 beslag (som gir et forholdstall mellom amfetamin/metamfetamin på 10/1).

Beslaglagt mengde er nær 200 % større enn gjennomsnittet for de siste 10 årene, og antallet beslag har økt med 133 % på fem år.

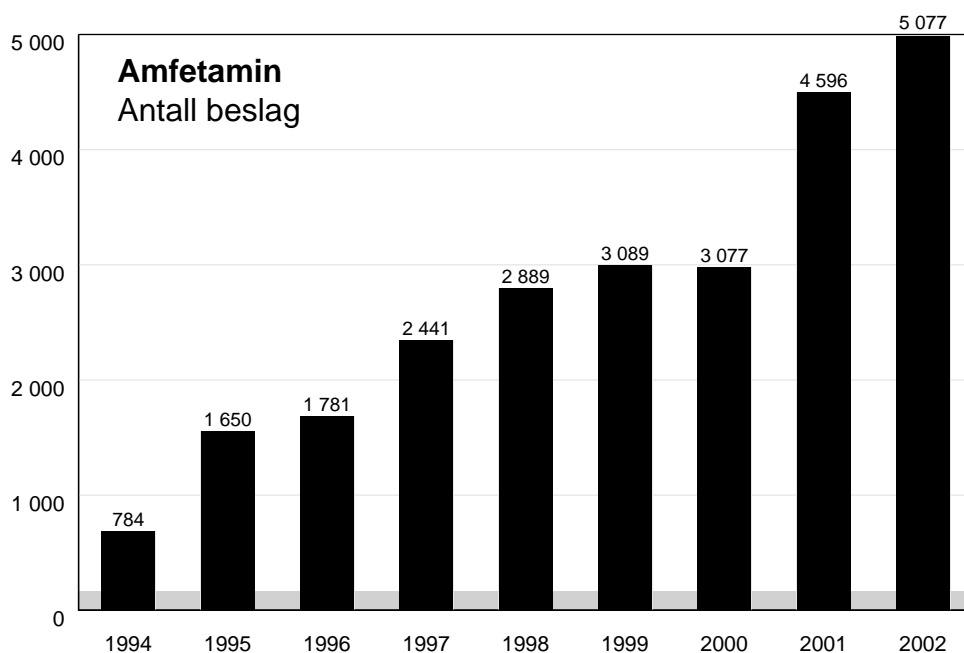
For 10 år siden ble det gjort langt flere beslag av heroin enn av amfetamin. I 1998 ble det gjort like mange beslag av begge stoffer mens beslagfrekvensen i 2002 for amfetamin og metamfetamin var over tre ganger høyere enn for heroin.

Gjennomsnittlig styrkeprosent på beslag over 15 gram er beregnet til ca. 34 %. Dette er vesentlig svakere enn i 2001 da gjennomsnittlig styrkeprosent lå på 42 %.

Det meste av amfetaminet som beslaglegges i Norge er produsert i Europa og kommer i hovedsak fra Nederland, Belgia, Polen og Estland. Mesteparten av metamfetaminet som beslaglegges produseres i Baltikum og innføres av kriminelle miljøer fra Baltikum.

Amfetamin er beslaglagt i samtlige 27 politidistrikter.

Fig 12. Amfetamin



Kilde: Kripos

Heroin

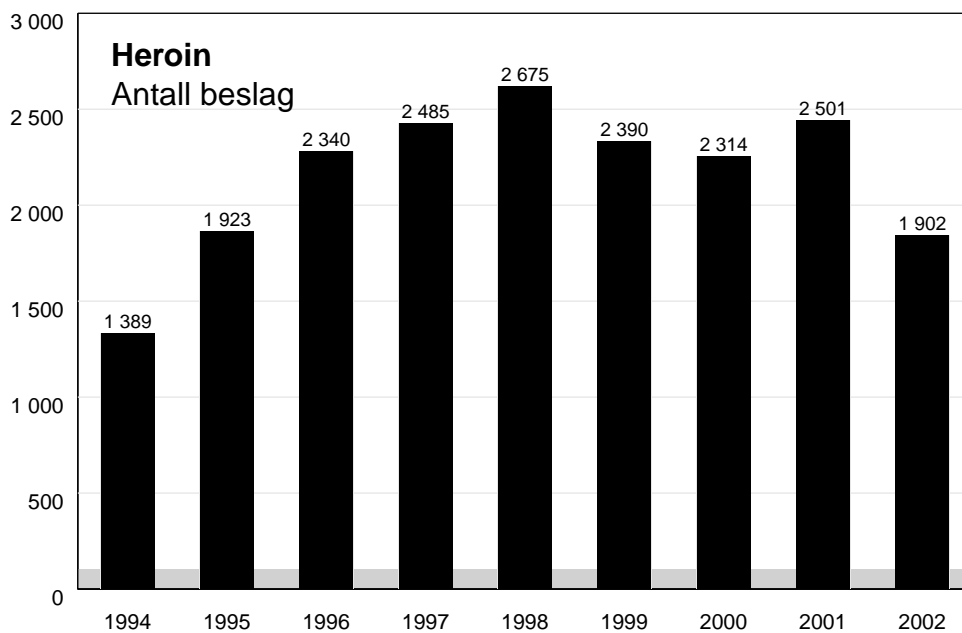
Det ble beslaglagt til sammen 59,1 kg heroin i 2002. Bare to år tidligere har det vært beslaglagt større mengder.

En tendens i 2002 er imidlertid en markant nedgang i antall beslag for hele landet, også i Oslo. Denne utviklingen er spesielt markant i annet halvår. Antallet beslag gikk ned med 13 % i Oslo og med hele 24 % på landsbasis.

Det gjennomsnittlige innholdet av heroin i stoffblandingene er beregnet til ca. 30 vektprosent, og denne styrkegraden er den laveste som er registrert noe år. Det er videre verdt å merke seg at styrkeprosenten nok et år er den samme i store beslag som i de minste.

Av de 59,1 kg heroinholdig blanding som er beslaglagt, utgjør heroinholdig stoffblanding (såkalt "hvitt heroin") til sammen bare 0,5 kg fordelt på 26 beslag. Styrkegraden på disse heroinbeslagene er 75 % i gjennomsnitt.

Figur 13. Heroin



Kilde: Kripos

Ecstasy

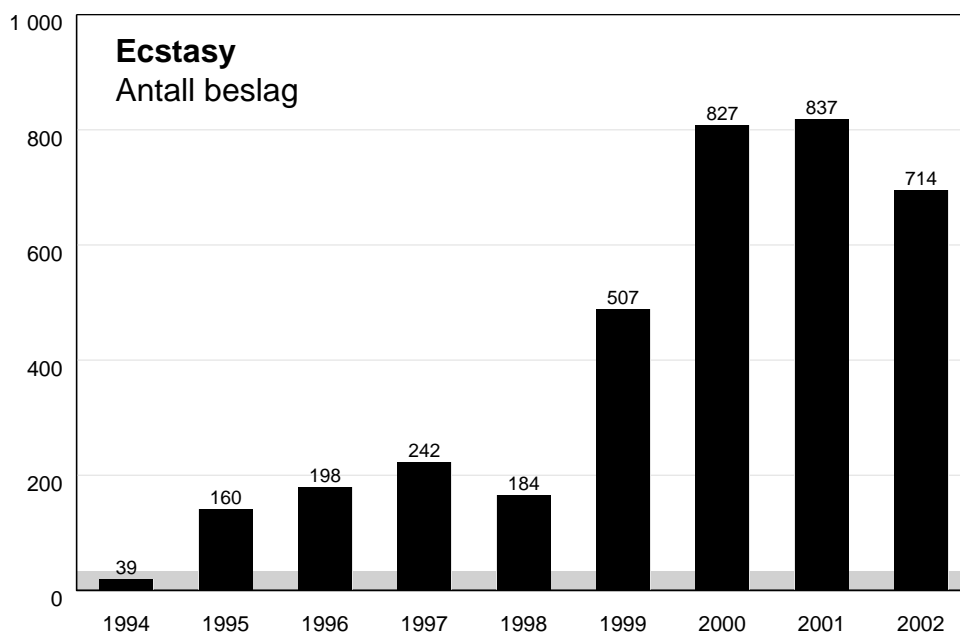
Antallet tabletter "ecstasy" som ble beslaglagt i 2002 var 102 217. I tillegg ble det beslaglagt 75 g ecstasyholdig pulver. Aldri før har mengden vært så stor, og økningen er markant sammenlignet med 2001.

Antallet beslag var imidlertid kun 714, og viser en tilbakegang med 14 %. Det er grunn til å tro at dette kan settes i sammenheng med at det er foretatt mange, store enkeltbeslag. Markedet er dominert av MDMA, som ble påvist i 99,6 % av beslagene. Stoffene MDA, PMA og MDEA er registrert kun i fire beslag. Verken 2C-B, DOB, 2C-J, 2C-T-2 eller andre kjente hallusinogene stoffer er påvist i beslagene fra 2002.

Nye tabletter mottas omtrentlig hver uke, og til sammen 47 nye logoer ble registrert i 2002 hvorav tre viste seg å ikke inneholde ecstasy. Sammenlignet med 2001 er tilførselen av nye tabletter/logoer om lag 25 % mindre.

"Ecstasy"-tabletter fremstilles illegalt og er derfor ikke underkastet kvalitetskontroll slik som kommersielle legemidler. Det finnes heller ingen innholdsdeklarasjon ved distribusjon av tablettene. Likevel er det registrert påfallende få avvik fra "normalen" gjennom de siste 15 årene; de aller fleste tabletter inneholder 70–120 mg virkestoff (MDMA). Så langt er det ikke påvist opioider i noen av tablettbeslagene.

Figur 14. Ecstasy



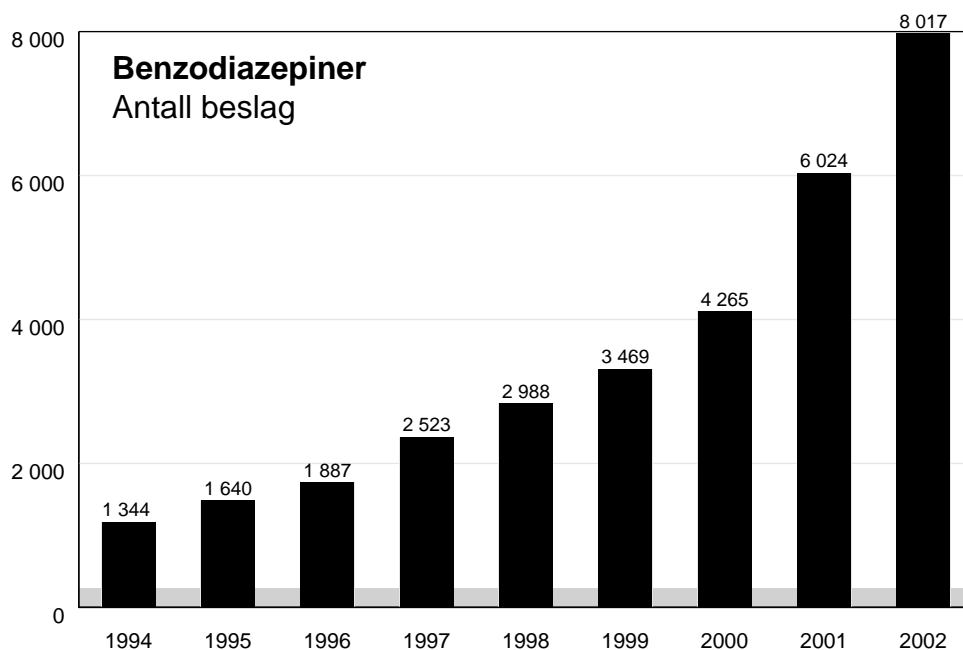
Kilde: Kripos

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner den stoffgruppen som har økt mest både med hensyn til mengde og antall beslag i hele landet. I alt ble det i 2002 beslaglagt over 1 254 000 tabletter (økning med 50 % fra 2001) fordelt på over 8 000 beslag (økning med 33 % fra 2001). Benzodiazepiner står i dag for hele 26,6 % av det samlede antall narkotikabeslag i Norge. Antall beslag og mengder er blitt mangedoblet i løpet av få år.

Rohypnol utgjør hovedmengden, og andelen har steget fra 60 % til 76 % på to år. Andre hyppig beslaglagte benzodiazepiner er Valium, Rivotril og Sobril. Benzodiazepiner blir svært ofte registrert sammen med andre stoffer (heroin, amfetamin, cannabis og ecstasy) i en og samme narkotikasak. De aller fleste sakene relaterer seg til preparater som er smuglet inn i landet.

Figur 15. Benzodiazepiner



Kilde: Kripos

Kokain

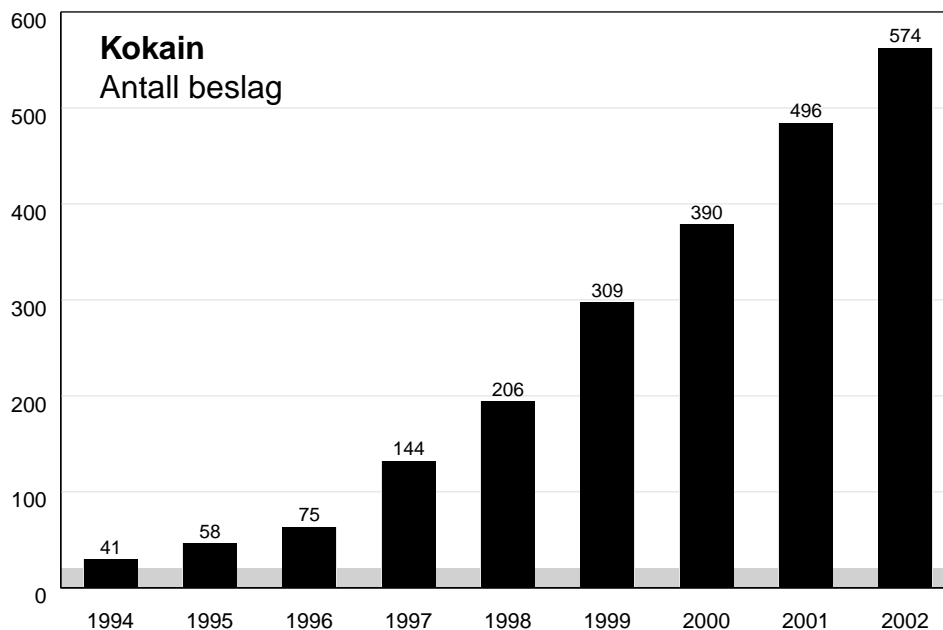
Det ble i 2002 beslaglagt i alt 35,7 kg kokain fordelt på 574 beslag. Bare i 1998 (grunnet et store enkeltbeslag som ble funnet i sjøen) og 1999 har man registrert større mengder.

Det er registrert beslag i 25 av 27 politidistrikter.

Det smugles generelt store kvanta kokain fra Sør-Amerika til Europa hvor Spania ansees som hovedinnfallsporten. Imidlertid har det vært en nedgang i beslagene i Spania i forhold til de to foregående årene.

De siste to årene har også innholdet av kokain i det beslaglagte pulveret gjennomsnittlig vært langt lavere enn det som har vært registrert gjennom flere tiår. Tidligere var styrkeprosenten av kokain oftest over 80 %, mens den for 2002 er blitt beregnet til 51 %.

Figur 16. Kokain



Kilde: Kripos

Andre stoffer

KHAT

Beslagsmengden for khat synker for tredje år på rad og viser 1 674 kg for 2002. I fjor var mengden 2 296 kg. Antallet beslag i 2002 (240) er imidlertid mye høyere enn i fjor (198). Tallmaterialet de siste årene indikerer at det innenfor Oslo politidistrikt tas en lang rekke mindre beslag enn tidligere, trolig i typiske brukermiljøer.

LSD

Nedgangen er markant både med hensyn til mengder og antall beslag. I 2002 er det kun beslaglagt 169 rusdoser fordelt på 16 beslag.

GHB

I alt er det beslaglagt ca. 3,3 liter GHB fordelt på 83 beslag, og beslagstallene holder seg på et lavt nivå i likhet med det vi har registrert de senere årene.

Opium

I alt er det beslaglagt 122 g opium fordelt på 13 beslag i 2002. Dette er en markert nedgang både med hensyn til mengde og antall beslag enn det som er blitt registrert de seneste år.

Andre opioider (narkotikaklassifiserte smertestillende legemidler)

Både mengde og antall beslag av stoffer innenfor denne legemiddelklassen har steget markant i 2002. I alt er det beslaglagt over 70 000 medisinske doser fordelt på over 1200 beslag. Ett beslag av Temgesic var på hele 50 000 tabletter. Det er også verdt å merke seg at antall beslag av metadonholdige preparater viser en relativt stor økning med 1 720 medisinske enheter fordelt på 65 beslag av oppløst metadon. På tre år er antall beslag av metadon tredoblet og beslaglagte mengder mangedoblet. (Kripos)

5.3 Pris på ulike narkotiske stoffer

Pris på ulike narkotiske stoffer skrives fra informasjon fra narkotikapolitiet i Oslo. Pris per gram er beregnet ut fra pris på brukerdoser. Prisen på de ulike narkotiske stoffene varierer ut fra størrelsen på det kvantum som omsettes, slik at pris per gram vil være lavere ved kjøp av ett gram enn ved kjøp av enkeltdoser. Prisene på cannabis har vært stabile i den siste femårsperioden, mens det har vært et markant prisfall på amfetamin, heroin, LSD, kokain og ecstasy. Prisfallet på heroin startet allerede på begynnelsen av 1990-tallet og har siden gått jevnt nedover. Mens prisen per gram ved kjøp av brukerdoser var omkring 6000 kroner i 1996 ligger den i dag på omkring 1800 -2000 kroner (Oslo politidistrikt).

Tabell 9. Noen narkotikapriser i Oslo (januar 2002). I kroner

Stofftype	Brukerdose	1 gram	10 gram	1 kilo
Heroin	350-400	800-1 500	6 000-10 000	250 000-400 000
Hasj	100	-	650-800	30 000-50 000
Amfetamin	200	200-400	2 000-3 000	+/- 10 000
Ecstasy	100-200 pr. tablett	100-150 pr. tablett	80-100 pr. tablett	

Kilde: Oslo Politidistrikt

Bakgrunnen for prislisen er informasjon fra brukere og selgere på ulike nivåer, samt opplysninger innhentet fra tjenestemenn ved narkotikaseksjonen. Prisene kan variere til dels kraftig med bakgrunn i kvalitet, kontakter og kvantum.

Prisutviklingen følges også i en studie i Oslo om priselastisiteter på narkotiske stoffer. En priselastisitet antyder hvor mye forbruket av en vare vil endre seg som følge av at prisen på varen øker. Mange har hevdet at personer som er avhengig av narkotika, spesielt av stoffer som heroin og amfetamin, vil være lite sensitive overfor prisendringer. Man har ment at avhengigheten medfører at misbrukerne vil bruke omtrent samme mengde stoff nesten uansett pris på rusmidlene de bruker. Resultatene fra data innhentet blant sprøytemisbrukere i Oslo, indikerer imidlertid at dette ikke stemmer. Både heroin- og amfetaminmisbrukere vil ifølge undersøkelsen justere forbruket betydelig dersom prisene på disse stoffene endres, og heroinmisbrukerne synes å være mer prissensitive enn amfetaminmisbrukerne (Bretteville-Jensen og Bjørn 2002). Materialet antyder også at kvinner er mer prisfølsomme enn menn (Bretteville-Jensen 1999). Data bekrefter at den store prisreduksjonen på heroin og amfetamin har medført økt forbruk blant sprøytemisbrukerne.

Kapittel 6. Konklusjoner/diskusjonsområder

Fra at Norge fram til begynnelsen av 1990-tallet hadde relativt små problemer knyttet til bruk og misbruk av narkotika, sammenlignet med andre land, har dette bildet endret seg i de senere år. Alle tilgjengelige datakilder peker i retning av økt bruk av narkotiske stoffer i den allmenne befolkning samtidig som det har vært en fordobling av antall injeksjonsmisbrukere. Det har vært en dramatisk økning i antall narkotikadødsfall og svært mange injeksjonsmisbrukere rapporteres å ha dårlig helse. Ett virkemiddel i denne sammenheng er en storstilt satsing på substitusjonsbehandling og lavterskel helsetiltak.

Etter alt å dømme er det flere faktorer som kan bidra til å forklare den negative utviklingen. På den ene siden har det siste ti-året vært en periode med store endringer i den internasjonale narkotikatrafikken med flere og nye aktører. Dette har lagt grunnen for økt innsmugling og geografisk spredning av stoffene, nedgang i priser med derav følgende økning i tilgjengeligheten. På den andre siden er vi inne i en tid der holdningene til rusmidler synes å utvikle seg i en mer liberal retning enn tidligere og der bruk av rusmidler i større grad enn tidligere inngår som en del av kulturelle strømninger som har stor innflytelse på store ungdomsgrupper.

6.1 Samsvar mellom indikatorer

Det må sies å være stor grad av konsistens mellom de ulike indikatorene på utvikling når det gjelder narkotika i Norge. Som det framgår har det vært en gjennomgående økning både når det gjelder beslag, antall narkotikalovbrudd, andel som har brukt ulike stoffer etc. Utviklingen når det gjelder ecstasy er et mulig unntak. Mens beslagene har økt og prisen har gått ned, noe som kan tyde på økt tilgjengelighet, har andelen unge i alderen 15-20 år som oppgir at de noen gang har brukt dette stoffet i de siste årene, vært relativt stabil.

6.2 Metodiske begrensninger og kvaliteten av data

For Norges del er data knyttet til flere av de gitte indikatorer fra EMCDDA mangelfulle. Dette gjelder særlig data om klienter i behandling, estimat på mortalitet og omfang av narkotikabruk i fengsle. Når det gjelder narkotikarelaterte dødsfall, er data som følger ICD-10 klassifisering ikke oppdatert for foregående år, men rapporteringsrutinene vil nå bli endret slik at data vil kunne foreligge noe tidligere. Når det gjelder data over arresterte med bakgrunn i narkotikalovbrudd, sprøytemisbrukere med hepatitt, hiv og aids, skiller rapporteringen i Norges seg fra de gitte retningslinjene, noe som skyldes særskilte nasjonale rapporteringsrutiner.

Det vil også kunne være usikkerhet i datamaterialet med hensyn til prevalens om bruk av narkotika. Eksempelvis kan en lav svarprosent i de årlige ungdomsundersøkelsene føre til at de ikke er representative. Stoffenes illegale natur kan også føre til en statistisk underrapportering. Videre kan det hende at yngre respondenter vil ha mindre motforestillinger mot å gi opplysninger om bruk av narkotika enn eldre, med derav større grad av rapportering fra yngre enn eldre respondenter.

Estimering av antall injiserende misbrukere er gjort ved bruk av en multiplikator metode med utgangspunkt i registre over antall narkotikadødsfall. Metodikken baserer seg på at det er en sammenheng mellom antall narkotikadødsfall og antall misbrukere. Feilkilder her kan være at tallene over narkotikarelaterte dødsfall ikke er så pålitelige som antatt. Estimater er blant annet beregnet ut fra narkotikadødsfall registrert hos Kripos. Forskningsmessig gjennomgang viser at disse er relativt pålitelige (Bretteville-Jensen og Ødegård, 1999). Det er likevel slik at man i noen tilfeller kan stille spørsmålstegn ved hva som ligger til grunn for politiets registrering av de enkelte narkotika-

dødsfall. Noen av disse kan feilaktig ha blitt registrert som narkotikadødsfall, fordi personen var narkotikabruker, men at vedkommende døde av andre årsaker. På sikt bør flere metoder utvikles for bedre å kunne estimere det problematiske tunge misbruket av narkotika.

Når det gjelder narkotikalovbrudd, er dette "lovbrudd uten offer", hvor det sjelden forekommer anmeldelser fra utenforstående. Det er derfor i stor grad politiets eller tollvesenets egeninnsats som er avgjørende for hvor mange lovbrudd som avdekkes og fører til straff. Endringer fra ett år til et annet eller forskjeller mellom ulike distrikter, vil derfor helt eller delvis kunne tilbakeføres til forskjeller i kontrollintensitet, uten at det trenger være noen forskjeller i det faktiske antall begåtte lovbrudd.

Beslag av narkotika, antall og beslaglagt mengde vil også varierer etter politiets og tollvesenets kontrollmessige prioriteringer og innsats. Beslagstallene sier blant annet ikke så mye om hvor store mengder av stoffene som kommer ut på markedet og anvendes i illegalt bruk. Beslagstallene kan også påvirkes av endringer i lowerket.

Opplysningene om priser på narkotika er innrapportert av politiet i Oslo. Dataene begrenser seg til å gjelde rapporteringer i Oslo. Politiet registrerer gjennomsnittspris ut fra opplysninger gitt relativt slumpmessig for et utvalg av narkotikalangere, brukere og andre i Oslo. Prisene er altså ikke gitt ut fra et representativt utvalg.

DEL III – Tiltak for å redusere etterspørselen

Kapittel 7. Strategier på nasjonalt nivå

7.1 Hovedstrategier og sentrale tiltak

Norge opererer ikke med skarpe skiller mellom alkohol, medikamenter og narkotika på forebyggings- og behandlingsfeltet. Dette gjenspeiles i handlingsplaner og strategier gjennom de siste 15-20 årene og i gjennomføringen av så vel forebyggende som behandlingsrettede tiltak. I kapittel 1.1 beskrives nærmere hovedlinjene i narkotikapolitikken, organiseringen og strategiene på nasjonalt nivå.

7.2 Nye strategier og tilnærminger

Regjeringens Handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005)

For å redusere etterspørselen etter rusmidler og skadene av disse vil regjeringen gjennom handlingsplanen:

- Legge særlig vekt på tiltak hvor behovene og nøden er størst, og på de områder hvor tiltakene kan dokumentere best effekt.
- Prioritere virkemidler som er rettet inn mot de yngste, særlig barn og ungdom i risikozonen, herunder barn av rusmiddelmisbrukere, og mot de mest belastede misbrukerne. Regjeringen vil legge opp til at det skal være en lav terskel for å få hjelp, mens terskelen for å miste hjelp skal være høy.
- At innsatsen på feltet må utgjøre en sammenhengende tiltakskjede hvor foreldre, nærmiljø, frivillige organisasjoner, kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser danner en kjede av tiltak som utfyller hverandre. Tiltakskjeden må være dynamisk, dvs. at dersom et problem ikke lar seg løse på ett trinn, skal det være mulighet for hjelp på neste trinn. Det blir viktig å øke bevisstheten og styrke kompetansen til de som direkte eller indirekte arbeider med rusmiddelrelaterte problemstillinger, og da særlig på lokalt og regionalt plan.
- Legge stor vekt på at rusmiddelarbeidet er godt organisert på alle nivåer, og at virkemidlene som brukes er kunnskapsbaserte og på en kostnadseffektiv måte bidrar til å oppnå målene. Det blir viktig å sikre at alle tiltak som gjennomføres på feltet av det offentlige, eller med offentlig støtte og godkjenning, innfrir gitte kvalitetskriterier.
- At tiltakene skal evalueres. Slik evaluering må klarlegge tiltakenes virkning både på kort og lang sikt. Klare, felles kriterier skal legges til grunn for evalueringen, herunder en felles oppfatning av hva som er god forebygging og vellykket behandling.
- Etablere et oppfølgningssystem der nye og eksisterende tiltak struktureres i forhold til den nye mål- og virkemiddelstrukturen. Det vil bli stilt krav om at mål, målgrupper, målekriterier er klart definert og at evalueringen er planlagt og gjennomføres samtidig med tiltaket.
- Oppnevne to rådgivende ekspertkomiteer for hhv. forebygging og behandling, inkludert skadereduksjon. Det er viktig at også pårørende/andre omsorgspersoner og tidligere rusmiddelmisbrukere deltar med sin erfaringsbaserte kunnskap i komiteene. Komiteene skal gi Regjeringen løpende råd om konkrete rusmiddelpolitiske utfordringer, evaluere tiltak, foreslå nye og stimulere til kunnskapsutvikling.

Kapittel 8. Forebyggende arbeid

Sosialdepartementet har et overordnet ansvar for narkotikapolitiske spørsmål, forebyggende tiltak inkludert, mens Sosial- og helsedirektoratet er tillagt ansvaret for å koordinere gjennomføringen av nasjonale forebyggende strategier og tiltak.

Forebygging av rusmiddelmisbruk er ellers et kommunalt ansvar forankret i lov om sosiale tjenester. Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten i kommunene arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler og spre kunnskap om skadevirkninger av slik bruk. Det rusmiddelforebyggende arbeidet har hovedvekt på lokalbaserte tiltak med vekt på samspill mellom hjem, skole, sosial- og helsesektor og fritids- og kultursektor. Rusmiddelpolitiske organisasjoner spiller en vesentlig rolle i det forebyggende arbeidet.

De syv regionale kompetansesentrene har en viktig oppgave i å samarbeide med kommunene om utvikling av kompetanse, metoder og tiltak på forebyggingsområdet. Hvert kompetansesenter har ett eller flere spesialområder. Oversikt over kompetansesentrene og spesialområdene:

Region Nord

Fylkene: Nordland, Troms og Finnmark

Nordlandsklinikken – www.nordlandsklinikken.no

Spesialområde: Gruppeterapeutisk tilnærming til rusmiddelproblematikk

Region Midt-Norge

Fylkene: Nord- og Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal

Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget – www.mnk-rus.no

Spesialområde: Ungdom og rusmiddelmisbruk, unge rusmiddelmisbrukere

Region Vest

Fylkene: Sogn og fjordane, Hordaland og Rogaland

Region vest har to kompetansesenterenheter

Rogaland A-senter - www.rogaland-asenter.no

Spesialområde: Familie og barn i skolealder, Arbeidsliv og rusmidler

Stiftelsen Bergensklinikken – www.bergenclinics.hl.no

Spesialområde: Kvinner og rusmidler, kvinnelige rusmiddelmisbrukere

Region Øst

Fylkene: Oppland, Hedemark, Akershus og Østfold

Sanderud sykehus, Rusmiddelavdelingen – www.sanderud-sykehus.no

Spesialområde: Dobbeldiagnose – psykiatri og rusmidler, spilleavhengighet

Oslo

Rusmiddeletatens kompetansesenter – www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no

Spesialområde: Nye misbrukertrender blant ungdom

Region Sør

Fylkene: Aust- og Vest-Agder, Telemark, Buskerud og Vestfold

Borgestadklinikken – www.borgestadklinikken.no

Spesialområde: Gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med små barn

Dokumentasjon

Nett-tjenesten <http://www.forebygging.no> som ble opprettet i 2000, er utviklet gjennom et bredt samarbeid mellom fagmiljø i Norge. Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken er drifts- og redaksjonsansvarlig mens SIRUS er oppdragsgiver og står for finansieringen.

Den overordnede målsettingen for [forebygging.no](http://www.forebygging.no) er å være en sentral interaktiv arena og portal for det forebyggende og helsefremmende arbeidet i Norge ved å være "lim" mellom forskning og praksis, blant annet ved å:

- etablere, utvikle og kvalitetssikre et nasjonalt referanseområde for det rusforebyggende arbeidet
- gi brukere teoretisk og forskningsbasert kunnskap og praktiske ferdigheter;
- inspirere og dyktiggjøre forebyggere ved å gi mulighet til alternativ nettverksdannelse og erfaringsutveksling
- synliggjøre gode eksempler og virksomme strategier

Målgruppene for [forebygging.no](http://www.forebygging.no) er praktikere innenfor det lokale rusmiddelforebyggende arbeidet, som helse-/sosialarbeidere og lærere.

Nett-tjenesten inneholder både en kunnskapsbase og interaktive tjenester. Kunnskapsbasen er etablert med mer enn 4000 emner, og mer en 100 fagpersoner har bidratt med tekst og informasjon. I tillegg til publiserte fagemner finner brukerne om lag 70 timer video. I innhold spenner videoene fra intervjusekvenser om f.eks. ungdommers bruk av ecstasy og cannabis til forelesninger og introduksjoner av konkrete tiltaksprogram. Videoene er tilrettelagt for ilternett.

SIRUS nedsatte i 2002 en arbeidsgruppe med formål å etablere et nasjonalt dokumentasjonssystem for forebyggingsfeltet. Arbeidsgruppa består av representanter fra nettstedet [forebygging.no](http://www.forebygging.no), de regionale kompetansesentrene, Sosial- og helsedirektoratet, Norgesnett og SIRUS. Arbeidet er i første omgang konsentrert om å registrere rusmiddelforebyggende prosjekter og tiltak som mottar faglig og/eller økonomisk støtte fra det offentlige i "forebygging.no's" prosjekt og tiltaksdatabase. Databasen vil være et viktig virkemiddel for å synliggjøre og spre kunnskap om prosjekter og tiltak med dokumentert effekt, og å motivere til samarbeid og koordinering av informasjon. På lengre sikt vil det også bli arbeidet for å fremme evalueringsvirksomheten. Databasen vil videre kunne bidra til identifisering av norske prosjekter til EMCDDAs database over forebyggings- og behandlingsrettede tiltak -EDDRA.

En norsk versjon av EMCDDA's "Guidelines for the evaluation of drug prevention: A manual for programme-planners and evaluators" er under utarbeiding av Sirus. Den tilpassede versjonen av "Retningslinjene" skal være en hjelp til planlegging og tilrettelegging av rusforebyggende prosjekter og programmer i Norge, slik at disse i størst mulig utstrekning blir evaluerbare og sammenliknbare med andre prosjekter nasjonalt og internasjonalt.

8.1 Tiltak i skolene/skoleprogrammer

Skolen spiller en sentral rolle i det forebyggende arbeidet. Rusmiddel-undervisningen er forankret i læreplanverket og skal søkes integrert i den ordinære undervisningen. Målet er å gjennomføre et aktivt forebyggende arbeid i grunnskolen og videregående opplæring for å motvirke bruk og misbruk av rusmidler. Skolens mulighet til å lykkes med dette avhenger av samspillet med elevene og foreldrene, og i samarbeid med lokalsamfunnet og tjenesteapparatet i kommunene.

Det finnes ingen offentlig godkjenningsordning for forebyggingsprogram som brukes i skolene.

Skolene har lenge vært en ettertraktet arena for ulike private aktørers markedsføring av egne modeller og tilnærminger. Flere program er importert, særlig fra USA og med vekslende hell søkt tilpasset norske forhold. Kun et lite antall slike programmer er forskningsmessig evaluert, og resultatene legges ikke alltid til grunn i vurderingen om eventuelt bruk i skolene. Mer skremselspregede forelesninger av tidligere misbrukere og kortvarige kampanjer mot narkotika finnes sammen med tematisk balanserte opplegg med et langsiktig perspektiv. Jevnaldersprogrammer virker å bli stadig mer populære.

Eksempler på nyere nasjonale program er foreldreopplegget "Ungdom og hasj". Hovedhensikten er å styrke ungdom til å si nei til hasj og gi foreldrene et redskap til å ta opp tema sammen med sine barn. Opplegget består av foreldrehefte, lærerveiledning med transparente og elevhefte. Undervisningsopplegget for 8 klasse: "Ungdom og alkohol", med hovedvekt på jevnaldersformidling, er lagt ut på internett (www.rusdir.no) (Sosial- og helsedirektoratet).

Politi og lensmannsetaten driver forebyggende arbeid mot narkotika i skolen gjennom å tilby bl.a. et to timers undervisningsopplegg for ulike klassetrinn i grunnskolen. Til dette har Justisdepartementet utviklet "Politiets skoleperm", som består av tre undervisningspakker for de ulike skoletrinnene med informasjon og materiell om politiets arbeid. Undervisningspakken fungerer som en veileder for den lokale politi- og lensmannsetaten for hvordan man driver forebyggende arbeid i skolen.

Eksempler på andre skoleprogrammer er et treårig (2000-2002) kompetanse-utviklingsprogram, SAMTAK for personer tilknyttet Pedagogisk-psykologisk tjenesten (PPT) og ledelsen for grunnskolen og videregående opplæring. PPT's formål er å gi råd om opplærings- og behandlingsmulighet for elever med lærevansker. Hovedvekten er lagt på kompetanseheving i forhold til lese- og skrivevansker, sammensatte lærevansker og sosio-emosjonelle problemer. Det er lagt til rette for at problemstillinger i tilknytning til bruk av rusmidler blant barn og unge kan bli tatt opp som en del av den lokale gjennomføringen av programmet (Sosial- og helsedepartementet 2000).

Rusmiddelstatens kompetansesenter, Oslo har utarbeidet et videobasert foreldre/klasseopplegg om hasj og tenåringer, og det å være foreldre. Opplegget er nå i bruk i Oslo-skolene, men har også vakt interesse utenfor Oslo.

Det er igangsatt arbeid rettet mot videregående skoler i Oslo med mål om at alle skal lage konstruktive handlingsplaner for det rusforebyggende arbeidet, herunder beredskap for håndtering av bekymringsfull bruk av rusmidler hos elevene. Oppfølgingen av planene vil bli kvalitetssikret.

Tre eksempler på programmer utarbeidet av stiftelser og frivillige organisasjoner (NB ingen av disse er spesifikt rettet mot narkotika):

Lions Quest har gjennom mange år bistått skolen med undervisningsopplegget "Det er mitt valg" for 1.-9. klasse. Høsten 2002 foreligger også et opplegg utarbeidet for videregående skole. Programmet er basert på humanistisk pedagogikk og fokuserer på utvikling av sosial kompetanse. Kursing av lærere er et viktig element. Mer enn 18 000 lærere i Norge er skolert i opplegget. Det er også utviklet materiell for foreldremøter og egen bok for foreldre: "De viktige årene". Det gjennomføres for tiden en 3-årig evalueringsstudie med intervensjons- og kontrollskoler for å se på videre resultater.

Ungdomsorganisasjonen Juvente har i en årrekke drevet jevnaldersprogrammet "Fristil" ("Handling mot rusgift") der rundt 1.000 elever på 9. klassetrinn skoles i fire dager for deretter å gjennomføre aktiviteter for sine medelever. Juventes musikkteatergruppe "Kolon" som er rettet mot videregående skole, når årlig et publikum på nærmere 40.000 elever.

MOT er en stiftelse etablert av toppidrettsutøvere. I deres virksomhet inngår holdningsskapende arbeid i skoler. Egne MOT-informatører besøker skoler for å redusere mobbing, vold og bruk av rusmidler og skape et inkluderende miljø. Noen andre skolerelaterte programmer er omtalt i kapittel 9.4.

Evaluering av skoleprogram

Det finnes få evalueringsstudier av forebyggende skoleprogrammer om rusmidler. En faggruppe nedsatt av Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet utarbeidet i 2001 en rapport: "Vurdering av program og tiltak for å redusere problematferd og utvikle sosial kompetanse". 56 ulike program ble vurdert, men bare 9 program ble anbefalt brukt i skoleverket. Ingen av disse var spesifikt relatert til narkotika. Kun ett program - Dan Olweus's program mot mobbing - ble anbefalt uten forbehold. De øvrige 8 programmene som ble anbefalt, men med behov for evaluering og til dels videreutvikling er: Alternative skoler, Det er mitt valg (Lions Quest), Du og jeg og vi to, Kreativ problemløsning i skolen, Mobbing (Senter for atferdsforskning), Problematferd- er det noe problem, Skolemekling og Steg for steg. Rapporten kan leses på <http://skolenettet.is.no/sosial-kompetanse>

8.2 Ungdomstiltak og programmer utenfor skolen

Oppsøkende barne- og ungdomsarbeid i offentlig regi ble etablert i Norge på slutten av 1960 tallet. Det er etablert utekontakter i en rekke kommuner, per i dag 63 enheter. I gjennomsnitt har hver enhet 2-3 ansatte, mens Uteseksjonen i Oslo er den største med 25 ansatte, alle med profesjonell bakgrunn. Virksomhetene spenner over ulike forbyggingstiltak overfor eldre barn og ungdom, inklusive kontakt og formidling til behandling av unge som har utviklet problemer med rusmiddel-misbruk.

Prosjektet "Future" startet i Oslo i 1995 som et samarbeid mellom Uteseksjonen i Oslo og ildsjeler fra house-miljøet for å drive informasjonsvirksomhet om rusmidler i techno- og party miljøet. Prosjektet har endret navn til "Future" og finnes i fire større byer: Bergen, Trondheim, Tønsberg og Oslo, knyttet til utekontakt-virksomheten.

Fritidsklubber for barn og ungdommer finnes i mange kommuner. De fleste er kommunalt finansiert, men i enkelte tilfeller drives de i samarbeid med frivillige organisasjoner.

En rekke rusmiddelpolitiske organisasjoner driver egne programmer og tiltak for ungdom med støtte av Sosial- og helsedirektoratet.

8.3 Tiltak rettet mot barn og familier

Kompetansesentret for rusmiddelrelatert problematikk i Helseregion Sør, Borgestadklinikken, har nasjonalt ansvar for spesialkompetanseområdet "Gravide rusmiddelmissbrukere og familier med barn". Senteret arbeider med å utvikle og spre slik kompetanse gjennom deltakelse i prosjekter, utvikling og gjennomføring av opplæringsprogrammer.

Borgestadklinikken har i samarbeid med eksterne krefter laget et videreutdanningstilbud, hvor målgruppen er ansatte i helsestasjon. Utdanningen fokuserer på rusmiddelarbeid i helsestasjon med særlig vekt på å øke ansattes handlingskompetanse.

Ulike frivillige organisasjoner har også engasjert seg i problematikken omkring bruk av rusmidler under svangerskap og foreldres forhold til ulike rusmidler. Blant annet har Blå kors utarbeidet et forebyggingsprogram "Barn i faresonen" som har til hensikt å lære nettverket rundt barn å se, for-

stå og handle når barn lider under voksnes omsorgssvikt. Programmet gir ulike tilbud til helsestasjoner, barnehager, barneskolen og ungdomsskolen samt tverretattlig samarbeid. Budskapet er rettet mot voksne, men handler om barn.

Landsforbundet mot stoffmisbruk(LMS), er en organisasjon for pårørende. Hoved-målsettingen er å gi familiene til stoffmisbrukere hjelp til selvhjelp og å hjelpe misbrukeren tilbake til samfunnet. Organisasjonen har over 70 lokallag. LMS tilbyr selvhjelps- og samtalegrupper, arrangerer kurs for foresatte, driver bedriftsprogram i arbeidslivet LMS utgir tidsskriftet "Mot Stoff" og driver egen støttetelefon (se 9.4).

Nettadresse: www.motstoff.no

8.4 Andre type tiltak og program

Samfunnsbaserte tiltak/program

Det finnes ulike lokalbaserte programmer og prosjekter i Norge. Tre nyere eksempler på prosjekter er utviklet av Stiftelsen Bergensklinikkene:

- "Rusmiddelarbeid i kommunene" – modell for å utvikle kompetanse og felles innsats i rusmiddelarbeidet.

Som kompetansesenter har Stiftelsen Bergensklinikkene ansvar for å bidra til å utvikle kompetanse i offentlig- og frivillig sektor, og har prioritert utvikling av samarbeid mellom faginstanser og ulike profesjoner i lokalsamfunn. Innsatsen inkluderer både forebyggende arbeid så vel som innsats overfor rusmiddelmisbrukere. Mobilisering og erfaringsutveksling mellom ulike profesjoner blir brukt som virkemiddel i utvikling av kompetanse, samt for å skape handlingsalternativer og iverksette ulike tiltak i rusmiddelarbeidet. Modellen inneholder kartlegging, organisering, målavklaring og prioritering, samt kompetansehevende tiltak.

- "Tidsbrytere" – en grunnskolering for foreldre

Ideen bak "Tidsbrytere" er å skolere foreldre til selv å være aktive i formidlingen, med basis i heftet 'Rett rundt hjørnet' – et debatthefte om rus og ikke-rus for voksne med ansvar for barn mellom 6-12 år. Kunnskapen formidles fra foreldre til andre foreldre/voksne. Gjennom å bli såkalte "Tidsbrytere" i eget nærmiljø sikres en lokal forankring, og bidrar til større grad av likhet mellom foreldrene og representantene fra ulike pedagogiske instanser i samarbeidet om temaene i heftet. Målet med grunnskoleringen er at "Tidsbrytere" på sikt skal bli en selvgående forebyggingsinnsats i den enkelte kommune/bydel.

- "Kjentmann" - håndbok for skolefolk som møter elever med rusproblemer

Når rusproblemer oppstår, møter skolen og skolefolk et uoversiktlig område av løsningsmuligheter. Håndboka er et forsøk på å skape en oversikt over fornuftige handlingsalternativ. Målsettingen er at skolen skal ha en kjentmann som kan samle og øke kompetansen innen rusforebygging, skolen skal ha strukturer som øker sannsynligheten for at elever selv tar kontakt, skolen skal være trygg, presis og målstyrt i arbeidet med en elev som misbruker rusmidler.

Natteravnene er et landsomfattende tiltak der voksne er ute i sentrumsgatene på kvelds- og nattetid i helgene. Natteravnenes oppgave er å være synlige og tilgjengelig for yngre mennesker. Ideen er at tilstedeværelse virker dempende på vold og skadeverk. Det finnes Nattravngrupper på 250 steder over hele Norge.

Alkohol- og narkotikaforebyggende programmer på arbeidsplassen

Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani (AKAN) er et partssamarbeid mellom arbeidstakere, arbeidsgivere og staten. Målet er å forebygge rusmiddelproblemer i norsk arbeidsliv samt å bidra til at ansatte med rusmiddelproblemer får hjelp. AKANs virksomhet drives på et selvstendig grunnlag ut fra de spesielle forutsetninger som partssamarbeidet innen arbeidslivet skaper. AKAN gir konsulentbistand til norske bedrifter i deres arbeid med å utvikle en forebyggende rusmiddelpolitikk med klare regler og retningslinjer. Det legges stor vekt på betydningen av bedriftskultur og lederansvar som en forutsetning for vellykket forebygging. Samtidig gir bedriftens AKAN-avtale retningslinjer for prosedyrer i enkeltsaker, bl. a. med tilbud om et individuelt tilpasset støtteopplegg for en arbeidstaker med rusmiddelproblemer. Opplegget skal ha en fast struktur og kan omfatte tiltak både internt i bedriften og eksternt, for eksempel i samarbeid med behandlingsinstitusjon.

AKAN har stort sett hatt sitt fokus mot alkoholproblematikk, men i de siste årene har også narkotika i arbeidslivet kommet inn i bildet, og høsten 2000 ble det etablert et samarbeid mellom Arbeidsmiljøsenenteret, Næringslivets Sikkerhetsorganisasjon og AKAN. Kurset tar for seg faktakunnskaper om de narkotiske stoffene, arbeidsmiljøspørsmål, aktuell statistikk, AKANs erfaringer med narkotikasaker og AKANs prosjekt rettet mot unge arbeidstakere - som metode for å forebygge utvikling av narkotikaproblemer. Kurset har vist seg å møte et behov. Det har vært mange kursdeltakere, og flere bedrifter henvender seg med ønske om at AKAN skal holde kurset bedriftsinternt.

I 1998 startet AKAN et eget prosjekt rettet mot arbeidsplasser med mange unge arbeidstakere med målsetting å utvikle og implementere strategier for rusforebyggende arbeid i arbeidsmiljøer med mange unge medarbeidere. Tilbudet har vist seg å bli svært etterspurt og gikk i 2001 over fra å være et tidsavgrenset prosjekt til å bli et permanent tilbud fra AKAN-sekretariatet med en egen konsulent som ansvarlig.

AKAN har også utviklet et kurs om legemidler og medikamentavhengighet. Dette er fremdeles under utprøving og evalueres kontinuerlig (<http://www.akan.no>).

Hjelpetelefoner

Landsforeningen mot Stoffmisbruk har et landsdekkende, døgnbemannet telefontilbud for pårørende. Tlf: 815 00 205

Rusmildeletaten i Oslo, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, åpnet i desember 2002 "RUStelefonen" (tlf: 08588), en landsdekkende tilbud til foreldre og ungdom som ønsker informasjon om rus og rusmidler. Telefontilbudet er åpent kl. 13- 21 syv dager i uken. Helligdager stengt. Driften er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet.

Kampanjer

Ansvar for gjennomføringen av landsdekkende informasjons- og holdningsdannende kampanjer ligger hos Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet har ikke igangsatt nye kampanjer i 2002.

Oslo kommune ved Rusmildeletatens kompetansesenter lanserte høsten 2002 kampanjen "Tenåringen trenger deg" rettet mot foreldre til elever i 8. klasse i Oslo skolen. Målet er å få i gang en diskusjon om foreldrenes rolle og gi foreldre troen på seg selv som de beste rusmiddelforebyggerne. Det er utarbeidet en foreldrebrosjyre, og en oversikt over instanser og nøkkelpersoner i bydelen som foreldrene kan kontakte.

Aksjonsuka mot narkotika ble arrangert i oktober 2002 for niende året på rad, i samarbeid med frivillige organisasjoner, skoler, fritidsklubber, politiet og media og bedrifter. Motto for årets kampan-

je var: " Bruk makta di". Det ble avholdt konferanser, møter, og lokale arrangementer over større deler av landet (<http://www.narkotikauka.org>).

Internett

Det finnes et utall nettsider som på ulike måter berører tema narkotika. I de siste årene har internett også blitt et medium for formidling av rusmiddelforebyggende kampanjer. Ett eksempel er Rusmiddeldirektoratets siste kampanje " Det er bare du som kan passe på hjernen din " (2001).

Sosial- og helsedirektoratet, Rusmiddelavdelingens hjemmeside - <http://www.rusdir.no> inneholder faktainformasjon om de ulike narkotiske stoffene og informasjon om tidligere landsdekkende kampanjer.

Rusmiddeletaten, Oslo kommunes <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no> finnes bl.a. informasjon om etatens publikasjoner og tidligere kampanjer.

På SIRUS' hjemmeside (www.sirus.no) kan en finne informasjon om instituttets virksomhet, forskningsrapporter, rusmiddelstatistikk samt informasjon om forskningsvirksomheten. Siden inneholder også offentlig statistikk på alkohol og narkotikaområde og ulike undersøkelser. g av tiltak for mennesker med rusrelaterte problemer

<http://www.bks.no> er en meget omfangsrik nett-tjeneste for profesjonelle og andre interesserte i rusmiddelspørsmål, med nyhetstjeneste og lenker til fagbibliotek, organisasjoner og fag instanser både i Norge og internasjonalt.

Nett-tjenesten <http://www.forebygging.no> er omtalt i kapittel 9. Dokumentasjon.

Etter- og videreutdanning av fagpersonell

Det finnes 12 videreutdanningstilbud innen rusmiddelproblematikk i Norge. Alle er høgskolebasert, – og de fleste tilbyr 20 vektall (60 studiepoeng). De søker å gi en generell innføring i rusmiddel-feltet, og dekker dermed problemstillinger fra tidlig forebygging til behandling og ettervern.

Tre av tilbudene må ses på som spesialiserte tilbud. Det gjelder Høgskolen i Narvik, som vektlegger forebygging. Målgruppe er primært lærere og ansatte som jobber med tidlig forebygging. Diakonhjemmets Høgskolesenter i Oslo et rent behandlingsrettet tilbud der målgruppe er ansatte i 2. linjen. Videre har Høgskolen i Agder et tilbud rettet spesifikt mot barns problemer.

De øvrige utdanningsstedene er lagt til Høgskolene i Østfold, Stavanger, Bergen, Vestfold, Volda, Hedmark og Tromsø. Diakonhjemmets Høgskolesenter har også et generelt studietilbud med målgruppe ansatte innen helse-/sosial, pedagogisk- og politifaglig virksomhet. Utdanningene sikter mot å gi en helhetlig forståelse der bakgrunn og oppvekst, tidlig prevensjon og intervensjon sees i sammenheng med eventuell behandling og nødvendig oppfølging.

Alle videreutdanningene tilbyr kurs i ettervernsarbeid knyttet til sin region. De påtar seg også oppdrag som evalueringer, utredninger og undersøkelser. De utgjør derfor ikke bare et viktig ledd av kompetansehevingen blant fagfolk, men er også aktivt med på å forme utviklingen av feltet. Videreutdanningene har et nært og godt samarbeid med kompetansesentrene. Den kliniske erfaringen disse står for er et nødvendig supplement til videreutdanningenes mer teori- og forskningsbaserte tilnærming.

Kapittel 9. Skadereduserende tiltak

I Norge har det vært en lang tradisjon i å iverksette tiltak for å bedre den sosiale situasjonen og helsetilstanden for personer som er syke, forkomne og avhengige av rusmidler. Denne tradisjonen ble tidligere spesielt utviklet på alkoholfeltet, med tildeling av mat, overnatting og midlertidige boliger. Avrusningsstasjoner for alkoholavhengige ble også utviklet i den samme ånden tidlig på 1970-tallet. Etter som stoffmisbrukerne ble eldre og la mange mislykkede behandlingsforsøk bak seg, var det nærliggende å tenke på tilsvarende tiltak også på narkotikafeltet, eller også forsøke å integrere tiltak for alkohol- og stoffavhengige.

Fra 1980-tallet forverret situasjonen seg i de største byene for en misbrukerpopulasjon som ble stadig eldre og mer forkommen. Deler av denne negative utviklingen hang sammen med spredning av HIV og Hepatitt C, men også den generelle helsetilstanden forverret seg. I løpet av 1990-tallet fikk man også en kraftig økning i overdosedødeligheten. Hjelpeapparatet observerte stadig oftere sår, abscesser, dårlig tannhelse og psykiske problemer blant stoffmisbrukerne. Samtidig åpenbarte det seg tydeligere at det ordinære helseapparatet bare i begrenset grad greide å ta hånd om disse problemene. Nyrekrutteringen til injeksjonsmisbruk økte i løpet av 1990-tallet, noe som også bidro til økende etterspørsel etter så vel behandlingstjenester som omsorgstiltak og generelle helsetjenester. For å bedre situasjonen er det i løpet av de siste årene lagt større vekt på å utvikle lavterskel helsehjelp, og Regjeringen har gått inn med midler til i alt 14 kommuner, mest til Oslo.

9.1 Beskrivelse av tiltak

Lavterskel botilbud og "væresteder"

I de fleste større kommuner finnes institusjoner med hovedvekt på botrening og omsorg, og det gis også tilbud om varmetuer og andre mindre tilbud som bostedsløse kan benytte på dagtid. Mange av disse fungerer utmerket, men kapasiteten har ikke økt med et økende behov. Resultatet er at kommunene i stor grad innkvarterer bostedsløse med rusmiddelproblemer i hospiter og andre store boinstitusjoner hvor oppfølging i forhold til permanent bolig, arbeid eller skolegang og nettverk ikke er vektlagt.

Substitusjonsbehandling

Sammenlignet med andre land har Norge relativ lav dekning av metadonassistert behandling eller rehabilitering. Oslo har hatt begrenset forsøksvirksomhet siden begynnelsen av 1990-tallet, mens det ble etablert et nasjonalt metadonprogram i 1998 (se 11.2). På landsbasis regner en med at 13-19 % av problembrukerne er inne i dette programmet, hvorav en del får buprenorfin. Metadontiltakene har hatt en klar rehabiliteringsprofil, med relativt strikt oppfølging og kontroll, sammen med en omfattende rehabiliteringsinnsats. For svært mange av brukerne har dette gitt klare forbedringer i fungeringsevne og livskvalitet. Imidlertid viser det seg at flere av brukerne ikke fullt ut makter å følge opplegget, slik det var tenkt. En diskusjon om metadontilbudet til denne gruppen skal endres, i form av færre krav og mindre kontroll er i gang, men ikke konkludert.

Sprøyteutdelingsprogrammer

Oslo har siden 1988 hatt en ambulerende buss på gateplan hvor rene sprøyter og kondomer blir delt ut gratis. Fra bussen deles det nå ut årlig ca. 2 millioner sprøyter. Også andre store kommuner har sprøyteutdeling, oftest kombinasjoner av automatdistribusjon, utdeling via oppsøkende tjenester, eller fra ett eller flere faste innendørs lavterskel kontaktpunkter, gjerne i samband med et helsetil-

bud. Tilbudene er først og fremst smitteverntiltak, og har forhåpentligvis bidratt til Norges lave insidens av HIV-nysmitte blant stoffbrukere. Forekomsten av hepatitt, er imidlertid fortsatt høy (se 3.3.). For Oslos vedkommende er det nå bestemt at sprøyteutdelingsprogrammet skal flyttes til permanente lokaler i tilknytning til et lavterskel helsetilbud.

Lavterskel helsetiltak

Langtkomne stoffavhengige har ofte omfattende helseproblemer, både psykiske og somatiske, samtidig som det ordinære helseapparatet ikke har greide å møte disse problemene. Dette gjelder så vel primærlegene som sykehusene. I 1999 etablerte Oslo kommune såkalte feltpleiestasjoner tilknyttet lavterskel væresteder og institusjoner 6 steder i byen, som et gatenært, poliklinisk helse-tilbud. Hensikten er å gi helsetilbud og helseinformasjon, kartlegge helseproblemer og behov for helsehjelp, gi enkel behandling for somatiske plager og kanalisere brukerne inn i det etablerte helse- og sosialapparatet. Tiltaket er ubyråkratisk og gratis for brukerne. De som ønsker å oppsøke disse helsestasjonene kan komme anonymt uten at det er bestilt time, uansett om man er stoffpåvirket eller ikke. Feltpleien i Oslo har nå ca. 2000 klienter. Tilsvarende tiltak er i ulikt omfang også bygd opp andre steder i Norge, for eksempel Strax-huset i Bergen, og Sosialmedisinsk senter i Tromsø.

I Oslo har Feltpleien de siste fire årene, i tilknytning til sprøytebussen, kjørt omfattende vaksinasjonskampanjer mot hepatitt, og også gjennomført et vellykket skjermbildefotograferingsprogram.

Et eget ernæringsprosjekt er blitt gjennomført ved et rehabiliteringssenter i Oslo for kvinner med rusmiddelproblemer. Det viste seg at mange av kvinnene led av feil- eller underernæring. Større vekt på regelmessige måltider har vist seg å ha positiv effekt på helsetilstanden.

Oppsøkende arbeid

I mange kommuner i Norge har oppsøkende arbeid overfor stoffbrukere lang tradisjon. Formålet har delvis vært å komme tidlig inn med hjelpetilbud og veiledning overfor nye i miljøene, og bidra til at folk raskt kommer seg ut av et stoffmiljø. (se 9.2. om utekontakter).

Etter hvert er det også opprettet oppsøkende enheter som i større grad skal avdekke nødssituasjoner, videreformidle til hjelpetilbud og følge opp overdosetruede personer. Disse tjenestene foretar også hjemmebesøk og transporterer folk hjem eller til avrusningsstasjoner. For eksempel i Oslo disponerer Oppsøkende- og Koordinerende Tjeneste (OKT) mobile innsatsmidler som kan brukes til å få behandlingstrengende eller omsorgstrengende klienter raskt inn i et hjelpetiltak, også i tilfeller hvor kommunen selv ikke har ledig kapasitet, men hvor slike muligheter finnes andre steder. I de fleste tilfeller samarbeider OKT tett med ambulansetjenesten når en overdose har funnet sted, og har en egen oppfølgingstjeneste overfor klienter som har overlevd overdoser.

PRO-senteret i Oslo er et nasjonalt kompetansesenter, som er innrettet mot å gi et tilbud til gateprostituerte, både gjennom et oppsøkende arbeid og ved å ha en varmestuefunksjon. Også i andre kommuner finnes lignende tiltak. Den ene av de 6 feltpleiestasjonene i Oslo er også plassert i tilknytning til PRO-senteret og yter lavterskel helsetjenester overfor prostitusjonsmiljøet. Tilsvarende tiltak finnes også i andre byer.

Rusmiddelstaten i Oslo kommune har i samarbeid med ambulansetjenesten arrangert førstehjelpskurs som et tilbud til aktive stoffbrukere i sentrumsmiljøene i Oslo, men også for politifolk, butikksatte, jernbane- og toalettvakter, kafe- og restaurantpersonale og andre som daglig arbeider eller ferdes i miljøene der stoffbrukere ofte observeres. Man vet ikke hvor effektivt dette er, men andelen av overdosedødsfall som skjer i Oslo sentrum er de seneste årene gått betydelig ned.

Andre tenkelige skadereduksjonstiltak er foreløpig ikke etablert i Norge, selv om de blir diskutert. Dette gjelder sprøyterom, forskrivning av heroin og ' på stedet testing' av mulige narkotiske stoffer osv. I Oslo er det nedsatt en arbeidsgruppe for å tilrettelegge for et sprøyterom, tilknyttet Feltpleiens tilbud i Oslo sentrum.

9.2 Standarder og evaluering

De fleste skadereduksjonstiltak i Norge er blitt gjennomført uten omfattende vitenskapelig evaluering. I tråd med at skadereduksjonstiltakene i Norge er blitt målrettet, er det også lagt større vekt på evaluering, men foreløpig foreligger det få langtids resultater. Imidlertid er forsøksprosjektene med metadon blitt evaluert både på prosessnivå og når det gjelder klientstatus. Feltpleien i Oslo ble evaluert etter et halvt år. Sprøytebussen i Oslo ble evaluert i 1997, mens den også har dannet utgangspunkt for flere kartlegginger av miljøet blant stoffbrukerne som oppsøker bussen.

Kapittel 10. Behandling

Det overordnede ansvar for koordineringen av omsorg og behandling, ligger i Sosialdepartementet. Nærmere beskrivelse av organiseringen er gitt i kapittel 1.1.

Behandling er i all hovedsak basert på frivillighet, men det er mulig etter lov om sosiale tjenester (§ 6-2) å holde tilbake misbrukere i institusjon inntil 3 måneder etter vedtak truffet i Fylkesnemnda for sosialsaker. Personer som er frivillig innlagt kan inngå avtale om tilbakeholdelse inntil tre uker (§ 6-3). Intensjonen med bruk av tvang er å motivere klienten til videre behandling.

Gravide rusmiddelmissbrukere kan etter lov om sosiale tjenester § 6-2a tas inn på institusjon og holdes tilbake der under hele svangerskapet, dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade og dersom frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig.

§ 6-2a brukes aktivt av sosialtjenesten når frivillighet ikke er mulig. Hjemmelen kan også brukes 'inaktivt' i den forstand at den har en "disiplinerende" effekt på gravide rusmiddelmissbrukere som ikke ønsker noen form for intervensjon fra hjelpeapparatet, men som allikevel går med på frivillige tiltak når man blir gjort kjent med sosialtjenestens muligheter til å tvangsinnlegge.

10.1 Medikamentfri behandling og omsorg på nasjonalt nivå

Medikamentfri behandling med mål om en framtidig rusfri tilværelse er fremdeles hovedinnretningen for det store flertallet av norske behandlingstiltak.

Det er utviklet et bredt mangfold av behandlings- og omsorgstiltak med ulike faglige og ideologiske tilnærminger. Behandlingstilbudet varierer fra profesjonelle psykoterapeutiske tilnærminger til mer enkle livssyns baserte tiltak der samling omkring det kristne budskap står sentralt. Det polikliniske psykiatriske tilbudet består av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, sosialmedisinske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker gir tilbud til barn og unge under 18 år med alle typer psykiske lidelser og problemer. Det er ca. 70 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og omtrent 100 voksenpsykiatriske poliklinikker spredd utover hele landet. Enkelte voksenpsykiatriske poliklinikker har tilsatt personell som spesielt arbeider med rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser. Psykiatriske ungdomsteam arbeider særskilt med ungdom og unge voksne mellom 15 og 30 år som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det er 28 psykiatriske ungdomsteam i landet, fordelt på 15 fylker. Fire fylker har i stedet for egne ungdomsteam "russtillinger" ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

Institusjoner med heldøgntilbud favner over alt fra små tiltak med få ansatte og med få plasser til store institusjoner med flere avdelinger. Eierformen varierer; de kan være eid av det offentlige, offentlige/private stiftelser, aksjeselskap eller i privat eie. Rundt 2/3 av heldøgntilbudet til misbrukere er i privat regi. Organisasjoner som Kirkens bymisjon, Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, Blå Kors, Frelsesarmeen m.fl. bidrar således med et betydelig supplement til det offentlige institusjonstilbudet.

Felles for de fleste tiltakene er at de som regel rettes mot både alkohol-, medikament- og narkotikamisbruk og er hovedsakelig finansiert av offentlige midler.

Akutt - og avrusningsinstitusjoner gir tilbud om avrusning og motiverer for innleggelse i det øvrige behandlingsapparat. Akuttinstitusjonene kan være enheter som en del av en behandlingsinstitusjon eller egne tiltak med sikte på livberging i krise.

I tillegg til de ovennevnte tiltakene finnes også rene omsorgsrettede tiltak, tiltak som tar i mot nedkjørte misbrukere som har lavt potensial for rehabilitering og tilbyr dem generelt tilsyn/omsorg og rusfritt miljø. Andre slike tiltak er botreningsinstitusjoner hvor en tar sikte på forbedring av beboernes evne til å mestre en 'normaltilværelse.'

Behandlingsforskning og evaluering

Det foregår forskning på rusmiddelområdet i en rekke miljøer. Forskningen skjer ved forskningsinstitutter, ved universitetene, høyskoler og i noen grad ved de regionale kompetansesentrene.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer er en faglig enhet under Instituttgruppe for psykiatri (Medisinsk fakultet, UiO). Seksjonen skal drive forskning på bruk av metadon og andre medisinske og psykososiale virkemidler i behandlingen av rusmiddelproblemer.

SIRUS har som oppgave å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddel-spørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Forskningen ved instituttet kan deles inn i fem hovedområder: rusmiddelmarkedet, rusmiddelbruk og rusmiddelkultur, forebyggende tiltak, konsekvenser, behandling og omsorg.

SIRUS har ansvaret for behandlingsstudiet "Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv multisenter studie av behandlingstiltak for stoffmisbrukere". Samarbeidspartnere er 20 behandlingstiltak i Oslo og omliggende fylker.

Prosjektet skal vurdere behandlingstilnæringer og sammensetning av behandlingstyper for stoffmisbrukere for å finne ut om det er noen tiltak som gir bedre resultater enn andre for ulike grupper av stoffmisbrukere. Prosjektet er lagt opp som en prospektiv multisenter studie der 482 klienter fra 6 ulike grupper av behandlingstiltak skal følges over to år. Klientene blir intervjuet ved bruk av et strukturert skjema (ASI) for å måle rusmiddelmisbruk og psykososiale forhold og fyller i tillegg ut 3 skjemaer selv (MCMI, SCL-25, CTQ). I tillegg innhentes det informasjon om bl.a. klientenes refleksjoner omkring eget rusmiddelmisbruk, om deres vurdering av behandlingen de har mottatt og om oppfølgingen fra 1.linjetjenesten. Klientene blir også bedt om å redegjøre for ulike "livshendelser" etter at de forlot rekrutteringstiltaket. Fra tiltakene hentes det inn opplysninger om ressursbruk fra regnskap. Spørreskjemaet inneholder også spørsmål om behandlingssideologi og -opplegg. Videre registreres det timeverk for ulike behandlingsintervensjoner hver klient mottar. Det innhentes også ulike registerdata fra strafferegisteret, rikstrygdeverket, dødsårsaksregisteret og SSB (ulike trygder, sosialstønad).

Siste og annen oppfølging av de 482 klientene ble avsluttet i juli 2002. Det ble oppnådd meget gode svarprosenten ved begge oppfølginger, 92 % ved første oppfølging og 88 % ved annen. 3.9 % i hovedutvalget (n=407) var døde før andre oppfølging, det vil si i løpet av en to års periode. Den foreløpige dødeligheten blant metadonklientene var ved første oppfølging 6.7 % (etter ett år). I hovedutvalget var gjennomsnittsalderen 29 år, og andelen kvinner var 33 %.

Ved å sammenligne resultatene fra første og annen oppfølgingsundersøkelse, i gruppen av klienter som var ute av behandling ved begge tidspunktene, kan en si noe om stabiliteten i endringer i for eksempel bruken av rusmidler. Dataene viser at for heroin var gjennomsnittlig forbruk redusert fra 10.5 dager pr. mnd. før behandling, til 5.9 dager ved første oppfølging, og til 6.0 dager ved annen oppfølging, henholdsvis ett og to år etter påbegynt behandling. Endringen synes med andre ord å være stabil over tid. For de andre rusmidlene varierer endringene. I forhold til alkohol til beruselse er faktisk reduksjonen større ved annen enn ved første oppfølging (11 % mot 32 %), mens reduksjonen i bruken av dempende stoffer er mindre stabil. Sett under ett kan tallene tyde på at det er store ulikheter mellom type rusmiddel med hensyn til i hvor stor grad en kortsiktig reduksjon også holder seg over tid.

For forhold som helse, arbeid og kriminalitet er det interessant at endringene på alle områdene er stabile i den forstand at det nesten er det samme om en bruker resultatene fra første eller annen oppfølging. Den største endringen er reduksjonen i antall dager med illegal virksomhet (fra 8 til 2 dager pr. mnd) og antall dager med psykiske problemer (fra 12 til 8 dager pr. mnd). Det er publisert fire "Nyhetsbrev" med foreløpige resultater fra prosjektet.

10.2 Substitusjons- og vedlikeholdsprogrammer

Legemiddelassistert rehabilitering med bruk av metadon eller andre medikamenter for tungt belastede narkotikamisbrukere har vært tilgjengelig på nasjonalt plan siden 1998. Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for ansvarsforhold og organisering av legemiddelassistert rehabilitering på regionalt og lokalt nivå. Systemet er forankret i spesialiserte regionale sentre, men den kommunale helse- og sosialtjenesten er ansvarlig for oppfølgingen.

Kriteriene for inntak ble revidert i 2000 og gjort mindre restriktive: Søkeren skal være minst 25 år, være dyptgående opiatavhengig tross behandling i rimelig omfang og ha en flerårig misbrukskarriere. Når metadon eller annet adekvat legemiddel er nødvendig for å gjennomføre behandling av livstruende sykdommer, gjelder særlige kriterier.

Man har støtt på praktiske problemer i forhold til den nødvendige deltakelsen av allmennpraktiserende leger og de kommunale sosialtjenestene, noe som innebærer at det særlig i Oslo har vært vanskelig å frigjøre ressurser til å ta nye søkere inn til behandling.

Det er gjort en betydelig innsats for å klargjøre spørsmålene rundt organisering, ansvar og finansiering for å gjøre systemet mer effektivt. Stortinget vedtok 1. juli 2001 en revidert modell som tydeligere integrerer legemiddelassistert rehabilitering i den ordinære kommunale helse- og sosialtjenesten for å øke kapasiteten.

Det har vært en sterk økning i antallet klienter. På landsbasis var 1909 personer inntatt i behandlingssystemet ved utgangen av 2002. I 2001: 1503 klienter.

Evaluering

Det er for tidlig å gjøre opp status over behandlingens effekt. Erfaringene er så langt at en oppnår en vesentlig redusert overdosemortalitet og pasientene får bedret evne til å samarbeide om behandling av andre sykdommer. De fleste får en klart bedret sosial funksjonsevne og livskvalitet. Kriminaliteten blir vesentlig redusert. Det er vedvarende problemer knyttet til fortsatt misbruk av rusmidler, spesielt av benzodiazepiner, delvis også av alkohol og cannabis. Disse problemene gjelder i varierende grad. En andel mellom 20 og 40 prosent ser ut til å nå en full rusmestring og en tilsvarende andel en klart bedret situasjon.

Det har vært utprøvningsprosjekter med buprenorfin. En randomisert studie har vært utført på 106 opiatavhengige som ventet på å komme inn i metadonprogramet i Oslo. 55 fikk buprenorfin – 51 fikk placebo over en 12 ukers periode. Konklusjonen var at venteliste pasientene profiterte i betydelig grad på buprenorfin som midlertidig behandling i forhold til tilbakefall, selvrapportert bruk av narkotika og velbefinnende. Pasientene hadde likevel vanskeligheter med å forbli i behandling over tid uten støtte av psykologisk art.

Et forskningsprosjekt med buprenorfin for unge opiatavhengige misbrukere ble igangsatt i mars 2002 ledet av Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo i samarbeid med psykiatriske ungdomsteam i fem regioner. 34 personer er foreløpig tatt inn i prosjektet, mens om lag 100 pasienter skal inkluderes fram til desember 2002. Prosjektet har en varighet på to år, og vil også

evaluere bruken av naltrexon for å motvirke tilbakefall etter at den medikamentelle behandlingen er avsluttet.

10.3 Ettervern og reintegrering

Ettervern er et kommunalt ansvar forankret i lov om sosiale tjenester. Ettervernet er ellers det svakeste leddet i behandlingsskjeden. Oppfølgingen av og nettverksbyggingen rundt den enkelte klient er ofte mangelfullt tilrettelagt og kan ha for kort tidshorisonntil å motvirke tilbakefall til nytt misbruk og misbruksmiljøene. Erfaring viser at livet etter avsluttet misbrukerkarriere har et særegent sett av problemer som krever en annen faglig tilnærming enn i hjelpeapparatet for øvrig. Det er foreløpig for få hjelpeinstanser med dette utgangspunktet.

Flere institusjoner driver egne systematiske ettervernsopplegg og har egne ettervernsboliger tilknyttet. Et eksempel er Stensløkka ressurscenter, Oslo kommune. Institusjonen tar imot klienter av begge kjønn og par som primært har avsluttet behandling for sitt rusproblem. Den overordnede målsettingen er å gjøre det mulig for brukerne å ta i bruk intakte og potensielle ressurser slik at de ved endt opphold kan etablere en selvstendig tilværelse – uten misbruk av rusmidler – med bolig, arbeid/utdanning og sosialt nettverk.

Idéverkstedet er en avdeling i Stensløkka Ressurscenter. Tiltaket er et tilbud til tidligere rusmiddel-misbrukere. Idéverkstedet har en pedagogisk tilretteleggende tilnærming og er et sosialt møtested for mennesker med felles bakgrunn. Det er et integreringstiltak som tar utgangspunkt i deltaker-nes ressurser og interesser innen fritidsarenaen. All virksomhet i tiltaket har som overordnet mål å bidra til den enkeltes integrering i den "normale hverdagen".

Kapittel 11. Tiltak innen kriminalomsorgen

Retningslinjer, lover og lovanvendelse innenfor kriminalomsorgen er blitt redegjort for i kapittel 1.3 og 2.2.

11.1 Tiltak for stoffmisbrukere i fengsel.

Kontrolltiltakene som er omtalt i kapittel 2.2 kan ved siden av kontrollaspektet ha også ha en viktig forebyggende effekt. Mer spesifikt har Kriminalomsorgen i flere år tilbudt soningsopplegg rettet mot de innsattes rusmiddelproblemer og rusmiddelrelatert kriminalitet. Under og etter soningsopphold i fengslene får innsatte med rusmiddelavhengighet tilbud om å delta i en rekke opplegg. Slike tiltak inkluderer:

- Kontraktssoning, alternativ soning etter straffegjennomføringsloven § 12
- rusrelaterte påvirkningsprogrammer
- livsmestringsprogrammer
- nettverksetablering
- løslatelsesgruppe
- arbeidsvirksomhet i fengselet
- undervisning
- fritidstiltak
- opphold ved frigangshjem og tilsyn av friomsorgen etter løslatelsen.

Et flertall av kriminalomsorgens tiltak inkluderer problemstillinger som direkte eller indirekte tar opp forhold knyttet til den domfeltes rusavhengighet. De siste årene er det gjennomført canadiske rusmestringsprogram i en del fengsler, kalt "Rusprogram i fengsel" (RIF). Disse vil bli fulgt opp i friomsorgen, med programmet "Mitt valg", hvor målet er å redusere tilbakefall.

Kontraktssoning har som mål å bekjempe rusmiddelmissbruk blant innsatte, og bygger på en kontrakt mellom den innsatte og fengselet om at denne skal avstå fra bruk av rusmidler under soningen. Kontraktene inngås i ordinære fengsler eller ved overflytting til kontraktsavdeling eller kontraktsfengsel. Bortsett fra kravet om ikke å bruke rusmidler, er det normalt ingen krav til innsatte om å delta i andre rehabiliterende tiltak. Også friomsorgen benytter kontrakter i tilsynsopplegg, hvor kontraktene blant annet kan inneholde vilkår og forutsetninger om å avstå fra rusmidler, ruskontroller, fremmøtehyppighet, deltakelse i undervisning, trening i dagliglivets aktiviteter, deltakelse i samtalegrupper og arbeid med fremtidsplanlegging.

HIV/AIDS-problematikken innebærer store utfordringer for kriminalomsorgen. Ansatte og innsatte skal i størst mulig grad sikres mot HIV-smitte. I fengslene fins det også injiserende stoffmisbrukere, og tross kontrolltiltakene forekommer det bruk av sprøyter. For å forhindre smitte blant de innsatte gjennom deling av sprøyter har kriminalomsorgen i samarbeid med Statens Helsetilsyn foretatt en gjennomgang av ordningen med tilgjengelig klorin for rensing av sprøyter. Det eksisterer ingen sprøyteutdelingsprogram i norske fengsler.

Når det gjelder substitusjonsbehandling, gis det adgang for innsatte som allerede har påbegynt slik behandling å fortsette med dette i soningstiden. I prinsippet kan også substitusjonsbehandling starte i soningstiden dersom den innsatte fyller opptakskravene for programmet (Justisdepartementet).

11.2 Alternativ til soning i fengsel

Straffegjennomføringsloven § 12 gir innsatte med rusmiddelproblem muligheten til å bli overført til soning i overgangsbolig eller i en behandlingstinstitusjon. Det skal legges vekt på om institusjonen kan tilby et behandlingsopplegg som imøtekommer den enkeltes behov. For domfelte som søker om å få sone hele dommen i institusjon, krever loven konkret at det må foreligge særlige grunner, dvs. tilfeller hvor domfelte er så sterkt behandlingstrengende at hele straffegjennomføringen bør skje i behandlingstinstitusjon. I praksis benyttes bestemmelsen nesten bare for alternativ soning for rusmiddelmissbrukere.

Kriminalomsorgen opererer ikke med særskilte oversikter eller godkjenningsordninger for aktuelle § 12-institusjoner, men vurderer konkret i hvert enkelt tilfelle hvorvidt man kan tilby et opplegg som er tilpasset det individuelle behov. En forutsetning for at institusjonen skal kunne motta domfelte med behandlingsbehov, er at gjennomføringen kan skje i sikkerhetsmessig betryggende former slik at kravene til alternativ straffegjennomføring blir oppfylt. Rene omsorgsinstitusjoner godtas normalt ikke som behandlingstinstitusjon etter straffegjennomføringsloven § 12. Overføring kan utelukkende skje til institusjoner som ligger innenfor landets grenser. Domfelte skal pålegges totalforbud mot å nyte alkohol eller andre rusmidler så lenge straffegjennomføringen pågår. Forbudet skal gjelde også under permisjoner, fritidsaktiviteter og lignende. Som hovedregel skal straffegjennomføring i behandlingstinstitusjon/overgangsbolig ikke innvilges når tiden fram til forventet løslatelse overstiger 12 måneder.

Stifinnerprosjektet er et rehabiliteringstiltak som drives i samarbeid mellom Oslo fengsel og behandlingstinstitusjonen Tyrilistiftelsen. Tiltaket retter seg mot tyngre rusmisbrukere og har i dag en årlig kapasitet på 18. Deltakerne er plassert 8 måneder i Stifinnerhuset ved Oslo fengsel hvor de gjennomgår en introduksjonsfase og en motivasjonsfase, og deretter overføres til soning etter fengselsloven § 12 i Tyrilistiftelsens videre behandlingsopplegg, som inkluderer bo- og arbeidstrening.

Påvirkningsprogram har en kriminalitetsforebyggende målsetting. De tar utgangspunkt i sosiale og personlige problemer som antas å medvirke til at kriminalitet begås. Volds- og sedelighetsgrupper og løslatelsesgrupper er slike eksempler på påvirkningsprogrammer.

Promilleprogram (Drunk driver program) går over ett år og er et alternativ til fengselsstraff.

Kriminalomsorgen samarbeider med en rekke organisasjoner med humanitært, religiøst, idrettslig, kulturelt eller rusbekjempende formål. Disse gjør en stor innsats gjennom besøkstjeneste og aktiviseringstiltak som fremmer ferdigheter, styrker selvfølelsen og integrerer lovbrøtteren i aktive fritidsmiljøer. Intensjonen er å styrke dette samarbeidet, bl.a. med å trekke de frivillige organisasjonene mer direkte inn i planleggingsarbeidet omkring soning. Det vil her bli lagt spesielt vekt på nettverksbygging og etablering i positive og rusfrie miljøer, allerede før løslatelsen (Justisdepartementet).

11.3 Etterutdanning innen kriminalomsorgen

Kriminalomsorgen gjennom Kriminalomsorgens utdanningscenter – KRUS iverksetter og gjennomfører opplæring av personell som arbeider med rusrelatert behandling og kontrolltiltak.

Opplæring i rusprogrammer har i de 2 siste årene vært gjennomført av canadiske instruktører. Opplæring i rusprogrammene 'Mitt valg' og 'Rusprogram i fengsel' har omfattet 12 personer pr. år. Promilleprogrammene gjennomføres nå i 2/3 av landets fylker. Tiltaket er under evaluering og endelig evalueringsrapport blir utgitt i 2003. Andre evalueringstiltak er under utredning knyttet til kontrollrutiner og rusprogrammene og vil bli ferdigstilt løpende (Justisdepartementet).

Referanser

Del I – III

- Bachs L, Mørland: H. Acute cardiovascular fatalities following cannabis use. For.Sci.Int. 124 (2001) 200-203).*
- Borgestadklinikken (2001): Graviditet, barn og rusmidler.*
- Bretteville-Jensen, A.L. & Ødegård, E. (1999): Injeksjonsmisbrukere i Norge, SIFA-rapport, 4/99.*
- Bretteville-Jensen Anne-Line: Kjønnforskjeller i bruksmønster og helse blant intravenøse heroinmisbrukere i Oslo. Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 2, 2000.*
- Bretteville-Jensen A.L. & Biørn E.: Estimating addict's price response of heroin: A panel data approaches based on a re-interviewed sample, UiO memorandum 8/2001.*
- Hibell, Bjørn et al.: The 1999 ESPAD Report. CAN. Stockholm 2000.*
- Kriminalpolitisenralen: Årsrapport 2002. Narkotikastatistikk, 1ste halvår 2002 . Foreløpig narkotikastatistikk for 2002*
- NOU 1998:18: "Det er bruk for alle".*
- NOU 2002:4: Ny straffelov. Straffelovkomisjonens delutredning VII.*
- Ot.prop. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover(statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)*
- Ravndal E, Lauritzen G, Melberg HO,: "What benefit, for whom, to what cost? A prospective multi- centre study of drug abusers", SIRUS, Newsletters no. 1– 4. 2001-2002.*
- Rusmiddeletaten, Oslo kommune: Årsmelding 2001.*
- Rusmiddeletaten (2002): Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities.*
- Rusmiddeldirektoratet: Årsmelding 2001.*
- Rusmiddeldirektoratet: Kampanjemateriell 2001.*
- Skog, Ole Jørgen., 1990, Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk - Anslag for insidens og prevalens, SIFA-rapport nr. 1/99.*
- Skretting Astrid: Legemiddelassistert "rehabilitering" i Norge, Behandling-omsorg-skadereduksjon-kontroll?(Nad publikation nr.40 2001).*
- Skretting A: Ungdom og rusmidler 2000, Rusmiddeldirektoratet.*
- Sosialdepartementet (2002): Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.*
- Sosial- og helsedepartementet (2000): Offentlige utgifter til helse og sosiale formål. 1980-1998.*
- Statens helsetilsyn. 10-2000: Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk.*
- Statens institutt for folkehelse: MSIS.*
- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS):Narkotikasituasjonen i Norge 2001*
- SIRUS: Rusmidler i Norge 2002.*
- SIRUS: Data fra surveyundersøkelser.*
- Statens rettsstoksikologiske institutt(SRI): Årsmelding 2001.*

Statistisk sentralbyrå (SSB): Kriminalstatistikken.

Stortingsmelding 1996/97:16: Narkotikapolitikken. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsproposisjon nr 58 (1997-98): Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000).

Waal, Helge et al (2001): Medikamentassistert rehabilitering i Norge.

Tekstbidrag

Borgestadklinikken: Kapittel 8.3.

Bønes, Tormod, Kripos: Kapittel 5.

Ervik, Randi, Rusmiddeletaten, Oslo kommune: Kapittel 2.3. Risikoatferd.

Falck, Lucie P, AKAN: Kapittel 8.4: Alkohol - og narkotikaforebyggende programmer på arbeidsplassen.

Gjesvik, Kalle, Høgskolen i Tromsø: Kapittel 8.4. Etter- og videreutdanning av fagpersonell

Iversen, Erik, Bergensklinikkene: Kapittel 3.1.

Justisdepartementet, Kriminalomsorgens sentrale forvaltning: Kapittel 2.2 Narkotika i fengslene; Kapittel 11.

Reinås, Knut, Rusmiddeletaten, Oslo kommune: Kapittel 9.

Ruud, Liv S., frilanser: Kapittel 8.1; 8.2; 8.4. Samfunnsbaserte tiltak/program

Schancke, Vegard A., Nordlandsklinikken: Kapittel 8. Dokumentasjon.

Statens rettskikologiske institutt(SRI): Kapittel 3.2; 3.4.

Stuen, John, Stensløkka ressurscenter: Kapittel 10.3

Statens institutt for rusmiddelforskning

Øvre Slottsgate 2B,
0157 OSLO
Tlf.: 22 34 04 00
Faks: 22 34 04 01
www.sirus.no

ISBN 82-7171-243-1