

# Nett rapport SIRUS januar 2008

## Narkotikasituasjonen i kommunene 2002-2006

Basert på informasjon fra helse- og sosialetaten og politiet

Marte Ødegård Lund<sup>1</sup> og Ellen J. Amundsen<sup>2</sup>

### Innledning

Det er sentralt, både ut fra et helseperspektiv og et sosialt perspektiv, å ha en best mulig oversikt over narkotikasituasjonen i Norge, så vel nasjonalt som lokalt. Dersom man skal kunne sette i verk tiltak rettet mot misbruk av narkotiske stoffer er det viktig å ha oversikt over hva slags bruk som finnes og omfanget av problemene. Det må benyttes ulike metoder og datatilfang for å få kunnskap og innsikt i narkotikaproblematikkens mange aspekter.

Her beskrives narkotikasituasjonen ut ifra de observasjoner som gjøres av ansatte i kommunene og i politiet som jobber med rusmiddelproblematikken og den lokalbaserte kunnskap de tilegner seg gjennom sitt daglige arbeid. Politiet ser og erfarer vesentlig mer enn det som tradisjonelt belegges med tall. Helse- og sosialetaten kan få informasjon og danne seg inntrykk av situasjonen, selv om det byr på problemer å angi dette i eksakte tallangivelser. I kartleggingen som presenteres her har vi forsøkt å samle og systematisere denne informasjonen. I tillegg har vi samlet informasjon om hvordan den enkelte kommune organiserer sitt rusmiddelarbeid. Kartleggingen omfatter i all hovedsak illegal narkotika og ikke rusmidler generelt.

I denne oppdaterte nett rapporten vil vi presentere sentrale funn fra 2006 og sammenligne noen av resultatene med data fra 2002, 2003, 2004 og 2005. De årlige undersøkelsene som omfatter alle kommuner startet i 2002. Tabellene er samlet til slutt og i teksten henvises det til de aktuelle tabellene. I rapporten *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003* (Amundsen og Lalla 2005), gis en gjennomgang av materialet fra disse årene. Her finnes også en oversikt over metodiske anmerkninger i forhold til undersøkelsen.

Vi beskriver opplysninger om hvilke stoffer som brukes, i hvilke aldersgrupper de brukes, hvilke inntaksmåter som er observert og hva de ulike stoffene koster på gateplan. Respondentene har vurdert i hvilken grad situasjonen for de ulike rusmidlene forandret seg i løpet av det siste året. Resultatene må i det store og hele tolkes med varsomhet og ses i sammenheng med annen informasjon. Etter hvert som man blir kjent med styrker og svakheter i denne type data og får lengre tidsserier, vil nytteverdien kunne øke og kunnskapen om ulike sider ved narkotikabruk i Norge bli bedre.

### Gjennomføring av undersøkelsen og svarprosjenter (tabellene 1 og 2)

Spørreskjemaene ble sendt til helse- og sosialetatene og til politistasjoner/lensmannskontorer. Skjemaene har noen spørsmål som er like for helse- og sosialetatene og politiet, og noen spørsmål som er spesifikke for den ene eller andre etat. Skjemaene ligger på SIRUS' nettsider ([www.sirus.no](http://www.sirus.no)). De er blitt noe endret fra år til år selv om det er ønskelig å endre minst mulig for å sikre at informasjonen er sammenlignbar over tid. Spørsmål med lav svarfrekvens blir eksempelvis løpende vurdert kuttet ut eller endret.

---

<sup>1</sup> E-post: [mol@sirus.no](mailto:mol@sirus.no), telefon: 22 34 04 24

<sup>2</sup> E-post: [eja@sirus.no](mailto:eja@sirus.no), telefon: 22 34 04 32

Svarprosenten har gått noe ned sammenlignet med 2005 og var i 2006 76 % for helse- og sosialetatene og 80 % for politiet. Politiet har hatt en gjennomgående høyere svarprosent enn helse- og sosialetatene samtlige år (tabell 1). Det er få kommuner det ikke foreligger noe informasjon fra, ettersom helse- og sosialetaten og politiet til dels har sendt inn svar for ulike kommuner. Tabell 2 viser hvor stor del av befolkningen vi har informasjon om. Andelen svar er forholdsvis jevnt fordelt etter kommunestørrelse. I 2006 ser interessen for å svare ut til å være uavhengig av antall innbyggere i større grad enn tidligere år der de mindre kommunene har hatt lavere svarprosent enn de større. Selv om svarprosenten fra kommunene er svært god, er det likevel enkeltspørsmål som ikke er besvart. Svarprosenten varierer derfor fra tema til tema og er oppgitt i de vedlagte tabellene.

### **Endring i narkotikasituasjonen over tid (tabell 3)**

Kartleggingen forsøker å gi et bilde av omfanget og eventuelle endringer i narkotikasituasjonen. Vurderingen vil være basert på inntrykk og observasjoner fra etatene sammenlignet med foregående år. Det kan ikke leses i tabellene hvor stor bruken i utgangspunktet var. Tabell 3 viser informantenes vurdering av endring i bruk av de ulike rusmidlene for de kommuner som har svart på spørsmålet.

Hovedtyngden av kommunene oppgir at det ikke har skjedd noen endring i bruken av de ulike stoffene fra 2002 til 2006. Utviklingstrekkene varierer imidlertid noe for de ulike stoffene.

For cannabis og amfetamin ser det ut som om økningen i antall brukere flater ut. Andelen kommuner som mener det er flere brukere av disse stoffene har gått noe ned fra 2002 til 2006. Dette gjelder både vurdering fra helse- og sosialetatene og politiet. Økning i brukere av cannabis i 2006 var vanligere i kommuner med 5-40.000 innbyggere enn i små eller større kommuner. Oppgitt vekst i brukere av amfetamin var vanligere jo større kommunen var. Samtidig er det noen flere i 2006, både fra helse- og sosialetatene og fra politiet, som hevder at det er ingen endringer i forbruket av cannabis og amfetamin i forhold til i 2002. Det er små endringer i andelen som hevder at det er færre (3-6 %) eller ingen brukere (0-6 %) av cannabis og amfetamin.

I 2006 er det færre som rapporterer at de ser en økning i bruk av kokain. Fra 2004 til 2005 var det en økning i andel kommuner som rapporterte om flere brukere av kokain, men denne økning fortsatte ikke i 2006. For 2006 var det 15 prosent av helse- og sosialetatene og 25 prosent av politiet som svarte at de så en økning i kokainbruk. Det var vanligere med økning i kokainbruk i store kommuner enn i små. For ca. 30 prosent av kommunene ble det svart at det ikke var noen brukere av kokain.

For ecstasy, opiater og beroligende fortsetter tendensene til reduksjon i bruk fra 2002 til 2005 også i 2006: Det er færre respondenter både fra helse- og sosialetatene og fra politiet som kan rapportere om flere brukere. Økningen i flere brukere som ble rapportert i 2005 har altså ikke fortsatt. Det var vanligere at heroinbruk økte i kommuner med 20-40.000 innbyggere enn i andre kommunestørrelser. Helse- og sosialetatene og politiet er relativt stabile i forhold til hverandre når de rapporterer om endringer i situasjonen i forhold til året før.

### **Problemomfang (tabellene 4a og 4b)**

Forsøk på å anslå omfanget av narkotikabruk generelt og sprøytemisbruk spesielt i en kommune og i Norge samlet, vil alltid være preget av en stor grad av usikkerhet. I denne undersøkelsen benyttes det to tilnærminger. I spørreskjemaet ble det først spurt etter et anslag over antall narkotikabrukere hvor svarkategoriene var angitt som intervaller (tabellene 4a og

4b). Deretter ble det spurt etter en mer nøyaktig tallfesting dersom dette var mulig - både for antall narkotikabrukere generelt og antall sprøytemisbrukere spesielt. I tillegg skulle respondentene på en skala fra 0 til 10 angi hvor sikre de mente anslagene var. Avviket i vurderingen mellom politi/helse- og sosialetaten var til dels stort. Dette illustrerer hvor vanskelig det er å finne tilnærmet eksakte tall og hvor usikre også samletall for hele landet vil være (Amundsen og Lalla, 2005).

Selv om de fleste av landets kommuner antagelig har en viss forekomst av narkotikabruk, ser problemet ut til å være av begrenset omfang i brorparten av disse. Omkring halvparten av landets kommuner rapporterer at antallet narkotikabrukere er under 50, for ca 1/5 at det er færre enn ti brukere (tabell 4a). Siden noen kommuner ikke har oppgitt tall vil dette være minimumstall. Det er få kommuner som har rapportert over 500 narkotikabrukere. Dette vil gjelde store byer/folkerike kommuner.

### **Problemomfang (tabellene 5 og 6)**

I SIRUS rapport 5/2006 (Bretteville-Jensen og Amundsen) ble tre ulike metoder for å beregne sprøytemisbruk evaluert. En av metodene var basert på tall fra kommuneundersøkelsen. Der begrunnes det at tall fra denne undersøkelsen kan ha en tendens til å bli for høye. Blant annet er det trolig at en del personer som har opphør i misbruket fordi de er i behandling eller fengsler blir regnet med, at det kan være en del dobbelttelling pga at sprøytemisbrukere oppholder seg i flere kommuner i løpet av året og at i tillegg kan anslagene ha en tendens til å bli for høye fordi den som rapporterer vil være trygg på at de i hvert fall ikke gir for lave anslag på et alvorlig problem. Tallene fra kommuneundersøkelsen i 2004/2005 på antall sprøytemisbrukere lå således 5-8 000 høyere enn tallene basert på den primært valgte metode, dødelighetsmultiplikatoren.

Selv om tallene fra kommuneundersøkelsene trolig er høyere enn det faktiske tallet, vil endring over tid og forskjeller mellom kommunestørrelser gi verdifull informasjon. I tabell 5 vises anslag for antall sprøytemisbrukere og antall sprøytemisbrukere pr 1 000 innbyggere 2002 til 2006 etter kommunestørrelse. Tall for Oslo er ikke vist på grunn av stor usikkerhet. Tendensen er at tallene er stabile i kommuner under 40 000 innbyggere, med ca 2 sprøytemisbrukere per 1 000 innbyggere 16-66 år i de minste kommunene (mindre enn 5 000 innbyggere), 3 per 1 000 i litt større kommuner (5 000-19 999 innbyggere) og 6 sprøytemisbrukere per 1 000 i større kommuner (20-39 999 innbyggere). I kommuner over 40 000 innbyggere rapporteres det om en tendens til økning i antall sprøytemisbrukere pr innbygger, fra 7 pr 1 000 innbyggere 16-66 år i 2002 til 8.4 i 2005. Tendensen fra 2005 til 2006 er at det var en økning i kommuner under 20 000 innbyggere og en nedgang i større kommuner. Men usikkerheten er for stor til å kunne fastslå at det faktisk har vært en nedgang.

Antall brukere av illegale narkotiske stoffer i Norge er langt større enn antall sprøytemisbrukere. I en surveyundersøkelse om bruk av rusmidler blant voksne fra 2004 basert på egenrapportering oppga 4.6 % i aldersgruppen 16-66 år at de hadde røykt hasj siste år. Usikkerheten i anslaget (95 % konfidensintervall) var 3.8-5.4 %. Dette vil være minimumstall siden det vil være personer som bruker andre narkotiske stoffer og ikke hasj. Basert på data fra kommuneundersøkelsen 2006 blir antall narkotikabrukere anslått til å være lavere, mellom 2.1 % og 3.6 % av befolkningen i samme alder. Sosialtjenesten og politiet vil ha svakere grunnlag for å gi gode anslag for slike tall enn for antall sprøytemisbrukere siden en større andel som bruker narkotika noe sporadisk vil være skjult. I den større gruppen av narkotikabrukere vil behov for tiltak og kontakt med tjenester trolig derfor være mindre enn for personer som injiserer narkotika.

I vurdering av antall narkotikabrukere og sprøytemisbrukere i kommunen, gis respondenten mulighet til å vurdere sikkerheten i anslagene. Det er bare litt over en fjerdedel av respondentene som har stor tillit til at tallene de oppgir over omfang av narkotika- og sprøytemisbruk er sikre (tabell 6). Det er en nedgang fra året før. Tabellen viser hvor mange av respondentene som oppgir at de er "svært sikre" og "svært usikre" på svarene som ble gitt på de respektive spørsmålene. De fleste etatene som har svart på dette spørsmål har plassert seg i midtsjiktet av de mulige vurderingene.

### **Narkotikabruk i ulike aldersgrupper (tabell 7)**

Et formål med undersøkelsen er å få bedre oversikt over hvilke aldersgruppe som bruker ulike narkotiske stoffer. Aldersgrupper var delt inn i fem grupper: inntil 14 år, 15-17 år, 18-25 år, 26-40 år og 41 år og over. Resultatene viser ikke alle stoffer som benyttes i ulike aldersgrupper, men gir en beskrivelse av de typiske aldersgruppene som benytter de ulike stoffene. Informantene kan krysse av for flere aldersgrupper som typiske brukere i sin kommune.

Det er stor enighet blant rapportørene om at den mest typiske cannabisbrukeren finnes i aldersgruppen 18-40 år. Det er en nedgang fra året før i andelen som mener at en typisk cannabisbruker finnes i aldersgruppen under 14 år. Også for amfetamin og kokain er det i aldersgruppen 18-40 år man finner de mest typiske brukerne i følge rapportørene. Når det gjelder bruk av opiater opplyser begge etater at den mest typiske brukeren befinner seg i aldersgruppen 26-40 år. Ved bruk av løsemidler eller andre sniffestoffer er den mest typiske aldersgruppen 15-17 år, dette opplyser omkring en av tre rapportører. Flere resultater kan leses i tabell 7.

### **Hovedinntaksmåter av narkotiske stoffer (tabell 8)**

Over tid opptrer trender og forandringer ikke bare med hensyn til hvilke stoffer som brukes, men også måten stoffene inntas på. Heroin, som er det mest brukte opiat, blir i Norge vanligvis injisert, men det kan også røykes. Amfetamin har vært vanlig å innta både oralt og i sprøyte. Inntaksmåten har betydning for type skader eller problem som oppstår og også for omfang av skader/problemer brukere utsetter seg for. Respondentene ble derfor bedt om å indikere hvilke inntaksmåter som var aktuelle for de ulike stofftypene i "sin" kommune. Tabell 8 viser den type inntaksmåte som var vanligst for hvert stoff. Inntaksmåtene for de ulike narkotiske stoffene er stabile for de fire siste årene, vi har derfor bare vist tall for 2006. Det er ikke store avvik mellom rapportene fra de to etatene.

Rapporteringene fra etatene i forhold til hovedinntaksmåte av de ulike narkotiske stoffene, gir ingen oppsiktsvekkende funn. For begge etater oppgir 100 % at røyking av cannabis er den mest brukte inntaksmåten. Omkring 75 % oppgir injeksjon som hovedinntaksmåte av amfetamin. Videre oppgir ca 90 % at injeksjon er den mest typiske inntaksmåten også for opiater.

### **Kommunenes organisering av rusmiddelarbeidet (tabellene 9 og 10)**

Rusmiddelarbeidet i kommunene er som hovedregel integrert i sosialavdelingene. I 2006 opplyste 11 % av kommunene at de hadde en egen enhet for rusmiddelarbeid. Dette innebærer ingen endring fra året før. Organisering som egen avdeling var vanligst i store kommuner/byer. Det er fortsatt få kommuner hvor helse- og sosialetaten har gjennomført undersøkelse eller kartlegging av rusmiddelsituasjonen i kommunen, i 2006 var det 8 %, omtrent på samme nivå som for tidligere år.

Kommunenes tjenestetilbud overfor rusmiddelbrukere varierer. I tabell 10 gis det en oversikt over forekomst av noen typer tilbud og aktiviteter. den enkelte kommune vil naturlig nok ha flere typer tilbud. I 2006 oppgir 28 % av kommunene at de har rusmiddelkonsulenter og 21 % har oppsøkende tjeneste eller utekontakt. 25 % av kommunene oppgir å ha boligtilbud til rusmiddelbrukere, mens 21 % har lavterskel omsorgstilbud i sin kommune. Vi ser en forholdsvis liten, men jevn øking i alle de nevnte tjenestene fra 2002 til 2006. Det er 22 % av landets kommuner som i 2006 opplyser at de har andre tiltak for rusmiddelbrukere.

Etatene ble også spurt om kommunen hadde et eget opplegg for sprøyteutdeling. I 2006 svarte 9 % av kommuner at de hadde slike tilbud. De fleste av disse kommunene oppgir å ha egne tiltak som deler ut sprøyter, bare en kommune har sprøyteautomater. De store byene, som Oslo, Stavanger og Trondheim, har flere tilbud om sprøyteutdeling.

Tabell 11 viser hvor mange prosent av kommunene som har utarbeidet nye rusmiddelpolitiske handlingsplaner i åra 2002- 2006, fordelt på kommunestørrelse. Det foreligger ikke et krav til kommunene om å spesifisere rusmiddelarbeidet i en egen plan utover den pålagte alkoholpolitiske handlingsplan. Likevel oppga 37 % at de hadde utarbeidet en ny rusmiddelpolitisk handlingsplan i 2006. Utarbeiding og gjennomføring av slike planer kan bety at kommunen har fokus på rusmiddelfeltet.

#### **Vurdering av rusmiddelarbeidet (tabell 11)**

I undersøkelsen spørres det også etter en vurdering av rusmiddelarbeidet i kommunen, om problemsituasjonen i forhold til rusmiddelbruk blant ungdom og voksne, og om eventuelt samarbeid med andre etater. Når det gjelder prioritering av rusmiddelarbeidet svarer omkring halvparten av helse- og sosialetatene og halvparten av politiet at dette er middels prioritert. Den andre halvparten svarer noe ulikt i forhold til høy og lav prioritering. Det er 27 % av helse- og sosialetatene som oppgir at prioriteringen av rusmiddelarbeidet er høy, i politiet er det 17 %. Av de som mener at arbeidet er lavt prioritert, er det 29 % av politi og 17 % av helse- og sosialetatene.

Etatene ble også bedt om å oppgi en nærmere forklaring på den aktuelle vurderingen. Svarene er mangfoldige, men manglende ressurser nevnes ofte som årsak i de tilfellene rusmiddelarbeidet blir beskrevet som lavt prioritert.

#### **Etatenes vurdering av problemsituasjonen (tabellene 12a og 12b)**

Informantene ble bedt om å foreta en vurdering av hva de mener er mest alvorlig av alkohol- eller narkotikabruk i egen kommune. Det ble spurt om en problemvurdering både for voksne og ungdom. Vurderingene av problemsituasjonen er forholdsvis stabil, flest kommuner oppgir alkohol til å være det største problemet for både voksne og ungdom, se tabellene 13a og 13b. Men politiet vurderer narkotika som mer alvorlig enn hva helse- og sosialetatene gjør. For 2006 svarer 18 % av politietatene at narkotika er det mest alvorlige problemet blant ungdom, mens 9 % av helse- og sosialetatene svarer det samme. Tallene for vurdering av situasjonen blant voksne er stort sett de samme.

#### **Samarbeid med andre etater (tabellene 13a og 13b)**

Omfang av samarbeid mellom de ulike etatene og tredjeparter vises i tabellene 14a og 14b. Omtrent 90 % av helse- og sosialetatene og politietatene oppgir at de samarbeider med hverandre. Politiet oppgir å ha et utstrakt samarbeid med skolene (93 %), i noe større grad enn helse- og sosialetatene (83 %). Samarbeidet med frivillige organisasjoner er forholdsvis likt

for de to etatene, i overkant av 60 % opplyser om et slikt samarbeid. At antallet etater som oppgir gjensidig samarbeid ikke "stemmer", kan skyldes ulik definisjonen av hva et faktisk samarbeid skal bestå av og ulik avgrensning til hvilke etater som er inkludert i slikt samarbeid. Dessuten har ikke både politiet og helse- og sosialetaten svart for de samme kommunene. Innholdet i og resultatet av samarbeidet er ikke vurdert. Slike evalueringer vil kreve en helt annen tilnærming enn spørreskjema.

#### **Priser på narkotiske stoffer (tabell 14)**

Til politiet er det stilt spørsmål om markedsprisene for de ulike stoffene. Det ligger i sakens natur at det ikke finnes en regulær markedsoversikt over prisnivået for de ulike narkotiske stoffene. Siden omsetningen er illegal, vil trolig tilgangen på stoffene variere mer enn for vanlige, legale varer, og dette kan medføre prisvariasjoner utover de variasjoner som skyldes vanlig tilpasning mellom tilbud og etterspørsel. Variasjoner i enhetsprisen for ulike stoffer kan også skyldes ulikheter i kvalitet samt den enkelte kjøpers relasjon til selger (bekjente kan få rabatter). Som følge av dette har politiet oppgitt narkotikaprisene i intervaller heller enn i faste størrelser (Amundsen og Lalla, 2005).

Det er til dels store variasjoner mellom kommuner i de rapporterte prisene. Både gjennomsnittsprisen og medianpris er derfor gitt i tabellene. Medianpris vil være mer stabil og ikke bli påvirket av enkelte svært høye eller svært lave priser. I parentesene etter den beregnede gjennomsnittspris oppgis dessuten standardfeilen som viser usikkerheten. I tabell 15 er det oppgitt prisanslag i kommunene for både brukerdoser (BD) og for hele gram (G) der dette er hensiktsmessig. Variasjonen og dermed usikkerheten i de fleste priser er fortsatt stor og det er derfor vanskelig å påstå at prisene er endret.

## Narkotikasituasjonen i kommunene 2002-2006.

### Tabeller.

I tabellene er det oppgitt absolutte og relative tall. På grunn av avrundning vil de relative tallene ikke alltid summeres opp til ett hundre prosent. Totalen er imidlertid alltid satt til 100.

Tallet 0 i en tabell betyr at det er færre enn 0,5 av den brukte enhet som faller i kategorien.

En strek, " - ", betyr at det ikke finnes noe eller noen i denne kategori.

To prikker, "..", betyr at det ikke finnes tall tilgjengelig i denne kategori

Tabell 1. Oversikt over svar fra etatene 2002-2006

	Helse- og sosialetatene					Politiet				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Antall skjema sendt</b>	429	434	434	433	433	434	434	434	433	433
<b>Antall svar</b>	332	381	355	363	330	346	397	376	381	346
<b>Svarprosent</b>	77 %	88 %	81 %	84 %	76 %	80 %	91 %	87 %	88 %	80 %

Tabell 2. Andel av befolkningen som bor i kommuner som besvarte undersøkelsen, 2002-2006. Prosent

	Helse- og sosialetatene					Politiet				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Færre enn 5000</b>	77	85	78	80	77	85	89	89	88	83
<b>5000 - 19.999</b>	75	90	85	91	78	86	89	85	90	85
<b>20.000 - 39.999</b>	85	91	94	81	83	73	100	77	81	77
<b>40.000 - 300.000</b>	93	96	94	97	73	93	100	87	100	81
<b>300.001 og over<sup>1</sup></b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Alle (433)</b>	84	92	90	90	80	87	95	87	92	84

<sup>1</sup> Oslo

Note: 433 kommuner i 2005, 434 i 2004 og tidligere.

Tabell 3. Informantenes vurdering av endringer i antall brukere for utvalgte narkotiske stoffer. 2002-2006. Prosent

Type narkotisk stoff	Flere brukere		Ingen endring		Færre brukere		Ingen brukere		Antall kommuner <sup>3</sup>	
	HS <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	HS	P	HS	P	HS	P	HS	P
<b>Cannabis</b>										
2002	51	51	44	46	4	2	1	0	247	313
2003	45	42	49	55	3	2	3	1	314	377
2004	40	41	54	55	4	4	3	0	299	354
2005	42	38	51	57	4	4	3	1	318	355
2006	36	31	58	66	4	3	2	0	307	334
<b>Amfetamin</b>										
2002	50	54	41	39	5	5	3	2	239	298
2003	42	42	46	49	5	5	7	4	296	363
2004	40	37	47	53	7	5	7	5	291	340
2005	41	40	47	52	5	5	7	3	313	350
2006	40	34	49	59	6	4	6	3	304	323
<b>Kokain</b>										
2002	9	20	57	37	4	3	30	40	164	208
2003	8	19	43	38	5	2	44	42	236	290
2004	11	13	46	43	6	2	37	42	218	292
2005	20	26	42	38	3	2	35	34	260	296
2006	15	25	51	45	4	2	31	28	261	283
<b>Opiater</b>										
2002	27	16	53	62	12	10	7	12	215	250
2003	21	13	52	57	10	11	17	19	272	319
2004	20	11	51	56	13	11	16	21	259	313
2005	15	12	55	51	12	11	18	27	274	304
2006	13	8	55	57	15	11	17	24	289	292
<b>Løsemidler</b>										
2002	5	3	64	54	13	17	18	26	152	167
2003	7	4	57	52	11	7	25	37	214	258
2004	8	9	59	54	8	6	25	30	198	246
2005	4	4	60	54	10	6	26	36	219	248
2006	3	2	66	59	9	8	23	31	238	260
<b>Beroligende</b>										
2002	52	48	41	45	3	4	4	3	223	248
2003	43	28	49	62	3	3	5	6	276	316
2004	40	26	51	67	3	2	6	5	265	302
2005	37	24	54	70	2	1	7	6	271	305
2006	29	21	62	76	2	1	6	2	276	288
<b>Ecstasy</b>										
2002	28	30	53	40	10	15	9	15	194	227
2003	15	11	52	44	12	20	21	24	247	296
2004	10	10	49	47	19	17	23	26	236	291



2005	11	11	45	49	15	13	29	28	250	294
2006	8	9	54	59	12	9	17	22	260	276

<sup>1</sup> Helse- og sosialetatene

<sup>2</sup> Politiet

<sup>3</sup> De to siste kolonnene i tabellen angir grunnlaget for fordelingen; antall kommuner hvor det er avgitt svar. Jo færre kommuner, jo mer usikkert er det om tallene avspeiler den reelle situasjonen i landet som helhet. For å summere til 100 % må tallene i radene i tabellen for *hver etat* summeres. For politiets vurdering av antall brukere av cannabis i 2006 vil det summeres til 100 % dersom en legger sammen *flere brukere* (31 %), *ingen endring* (66 %), *færre brukere* (3 %) og *ingen brukere* (0 %).

Tabell 4a. Kommuner etter anslått antall narkotikabrukere, 2002-2006. Prosent av alle kommuner (433)

Antall narkotika brukere	Helse- og sosialetatene					Politiet				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Under 10</b>	26	23	23	24	23	15	19	18	16	15
<b>10-50</b>	27	35	33	34	30	34	42	37	37	33
<b>51-100</b>	6	12	11	8	7	11	9	11	13	10
<b>101-500</b>	11	10	10	11	12	14	14	14	15	15
<b>501-1000</b>	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3
<b>Over 1000</b>	2	3	2	3	2	4	4	3	4	4
<b>Uoppgitt</b>	26	15	19	18	23	21	9	15	13	21
Alle kommuner	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 4b. Kommuner etter anslått antall narkotikabrukere, 2002-2006. Prosent av de som har besvart spørsmålet (N)

Antall narkotika brukere	Helse- og sosialetatene					Politiet				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Under 10</b>	35	27	28	29	30	19	21	21	19	19
<b>10-50</b>	36	41	40	41	39	43	46	44	42	42
<b>51-100</b>	9	14	14	10	9	14	10	13	15	13
<b>101-500</b>	14	11	13	13	16	17	16	16	17	19
<b>501-1000</b>	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
<b>Over 1000</b>	3	3	3	3	3	5	4	3	4	4
<b>Alle kommuner</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>N</b>	321	367	352	355	332	343	393	368	379	343

Tabell 5. Anslag av antall sprøytemisbrukere i landet utenom Oslo<sup>1</sup>. 2002-2006

Kommunestørrelse	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Anslag antall sprøytemisbrukere</b>					
Færre enn 5000 innbyggere	732 (679-792)	808 (748-875)	818 (6755-889)	714 (570-894)	845 (758-964)
5 – 19 999 innbyggere	2857 (2628-3117)	2925 (2685-3199)	2693 (2461-2961)	2780 (2366-3268)	3022 (2479-3268)
20 – 39 999 innbyggere	2656 (2154-3342)	2693 (2198-3369)	2938 (2372-3757)	3015 (2314-3927)	2395 (1770-2948)
40 – 299 999 innbyggere	5717 (4533-7294)	5890 (4758-7372)	6948 (5424-9065)	7365 (5373-10095)	6881 (5052-8124)
I alt (unntatt Oslo)	11 962 (9993–14 545)	12 316 (10 390-14 815)	13 397 (11 011-16 671)	13874 (10623-18184)	13142 (10059-15503)
<b>Antall sprøytemisbrukere pr 1000 innbyggere 16-66 år</b>					
Færre enn 5000 innbyggere	1.9 (1.7-2.1)	2.1 (1.9-2.3)	2.1 (1.9-2.3)	1.9 (1.5-2.4)	2.3 (2.1-2.6)
5 - 19 999 innbyggere	3.0 (2.8-3.3)	3.0 (2.8-3.3)	2.9 (2.6-3.2)	2.9 (2.5-3.5)	3.2 (2.6-3.5)
20 - 39 999 innbyggere	5.7 (4.6-7.1)	5.7 (4.6-7.1)	6.2 (5.0-7.9)	6.1 (4.7-7.9)	4.9 (3.6-6.0)
40 - 299 999 innbyggere	7.0 (5.6-9.0)	7.2 (5.8-9.0)	8.1 (6.3-10.5)	8.4 (6.1-11.6)	7.5 (5.5-8.9)

<sup>1</sup> Tallene i parentes er et intervall som beskriver usikkerheten i anslagene, et såkalt 95 % konfidensintervall. Tallene blir vurdert til å være for høye i forhold til det reelle tallet på grunn av mulige dobbelttelling og at personer med opphold i misbruk, bl.a. ved opphold i behandling eller i fengsel, blir medregnet. Metoden, spørreskjema til personer med oppgaver/tjenester overfor rusmiddelavhengige, er vurdert til å gi for høye tall. Se SIRUS rapport nr 5/2006.

Tabell 6. Vurdering av sikkerhet i anslagene av antall brukere. 2002-2006. Prosent av antall kommuner som har svart (N)

	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	Narkotika- brukere	Sprøyte- misbrukere	Narkotika- brukere	Sprøyte- misbrukere
<b>2002</b>				
Svært usikkert <sup>1</sup>	17	19	6	12
Svært sikkert <sup>2</sup>	30	31	32	28
N	262	232	270	276
<b>2003</b>				
Svært usikkert	16	19	8	9
Svært sikkert	27	31	31	34
N	315	277	350	355
<b>2004</b>				
Svært usikkert	7	13	1	5
Svært sikkert	27	29	28	32
N	280	255	258	327
<b>2005</b>				
Svært usikkert	6	12	3	7
Svært sikkert	29	33	27	26
N	283	282	252	324

<sup>1</sup> Tre laveste verdier på en 11-punkts vurderingsskala av sikkerhet i anslag

<sup>2</sup> Tre høyeste verdier på en 11-punkts vurderingsskala av sikkerhet i anslag

Tabell 7, del I. Typiske alderskategorier blant brukere av ulike stoffer. 2006. Prosent av kommuner som har svart på spørsmålet<sup>1</sup>

	Helse- og sosialetaten	Politiet
<b>Cannabis</b>		
Inntil 14 år	5	7
15-17 år	40	48
18-25 år	61	74
26-40 år	55	55
41 år og over	35	37
<b>Amfetamin</b>		
Inntil 14 år	1	1
15-17 år	20	17
18-25 år	65	74
26-40 år	70	71
41 år og over	30	35
<b>Kokain</b>		
Inntil 14 år	0	0
15-17 år	3	5
18-25 år	32	46
26-40 år	43	49
41 år og over	19	14
<b>Opiater</b>		
Inntil 14 år	0	1
15-17 år	3	2
18-25 år	34	23
26-40 år	68	57
41 år og over	40	35
<b>Løsemidler</b>		
Inntil 14 år	27	16
15-17 år	36	30
18-25 år	12	10
26-40 år	6	4
41 år og over	4	2

<sup>1</sup> Hver kommune kan angi flere alderskategorier som typiske

Tabell 7, del II. Typiske alderskategorier blant brukere av ulike stoffer. 2006. Prosent av kommuner som har svart på spørsmålet<sup>1</sup>

	Helse- og sosialetaten	Politiet
<b>Beroligende</b>		
Inntil 14 år	2	2
15-17 år	13	16
18-25 år	46	46
26-40 år	64	63
41 år og over	57	48
<b>Ecstasy</b>		
Inntil 14 år	3	0
15-17 år	25	16
18-25 år	56	63
26-40 år	17	23
41 år og over	2	5
<b>Andre syntetiske stoffer</b>		
Inntil 14 år	0	0
15-17 år	7	4
18-25 år	16	11
26-40 år	8	6
41 år og over	1	2
<b>Anabole steroider</b>		
Inntil 14 år	0	0
15-17 år	7	17
18-25 år	34	61
26-40 år	22	36
41 år og over	3	7
<b>GHB</b>		
Inntil 14 år	1	2
15-17 år	14	14
18-25 år	28	40
26-40 år	8	18
41 år og over	1	3
<b>Hallusinogener</b>		
Inntil 14 år	1	0
15-17 år	7	5
18-25 år	20	29
26-40 år	15	27
41 år og over	2	9
<b>Khat</b>		
Inntil 14 år	0	0
15-17 år	1	0
18-25 år	5	9

26-40 år	7	16
41 år og over	3	8

<sup>1</sup> Hver kommune kan angi flere alderskategorier som typiske

Tabell 8. Hovedinntaksmåte for ulike narkotiske stoffer. 2006. Prosent<sup>1</sup>

Narkotisk stoff	Hoved- inntaksmåte	Helse- og sosialetaten	Politiet
<b>Cannabis</b>	Røyking	99	100
<b>Amfetamin</b>	Injeksjon	76	71
<b>Kokain</b>	Sniffing	86	88
<b>Opiater</b>	Injeksjon	94	90
<b>Løsemidler</b>	Sniffing	91	88
<b>Beroligende midler</b>	Spising	96	98
<b>Ecstasy</b>	Spising	91	93
<b>Andre syntetiske midler</b>	Spising	39	28
<b>GHB</b>	Drikking	73	79
<b>Hallusinogener</b>	Spising	85	81

<sup>1</sup> Prosenten i tabellen viser andel av respondenter som har nevnt hovedinntaksmåten i prosent av respondenter som har nevnt stoffet. Prosenten viser ikke andelen av brukere som benytter ulike inntaksmåter. For noen stoffer er antall kommuner som har svart på spørsmålet lavt.

Tabell 9. Tjenestetilbud og aktiviteter knyttet til rusmiddelarbeidet i kommunen. 2002-2006. Prosent av alle kommuner i Norge

	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Rusmiddelkonsulenter</b>	22	22	25	28	28
<b>Oppsøkende tjeneste</b>	12	14	16	18	21
<b>Boligtilbud til brukere</b>	20	26	23	24	25
<b>Lavterskel omsorgstilbud</b>	14	18	18	20	21
<b>Andre tiltak</b>	14	19	20	23	22

Tabell 10. Andel kommuner som har utarbeidet nye rusmiddelpolitiske handlingsplaner fordelt på kommunestørrelse. Prosent av antall besvarte, 2002-2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Færre enn 5000 innbyggere</b>	22	33	42	33	40
<b>Mellom 5000 - 19.999 innbyggere</b>	40	55	49	44	41
<b>Mellom 20.000 - 39.999 innbyggere</b>	43	48	38	45	17
<b>Mellom 40.000 – 300.000 innbyggere</b>	23	21	43	40	14
<b>Over 300.000<sup>1</sup> innbyggere</b>	0	100	0	0	0
<b>Alle (433)</b>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>37</b>

Tabell 11. Etatenes vurdering av rusmiddelarbeidets prioritering. 2002-2006. Prosent

Prioritering av rusmiddelarbeidet	Helse- og sosialetatene					Politiet				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Høy</b>	56	25	24	29	27	53	51	49	19	17
<b>Middels<sup>1</sup></b>	..	52	56	51	56	..	..	..	52	54
<b>Lav</b>	37	23	19	21	17	42	49	51	29	29
<b>Totalt</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	313	377	349	360	323	329	387	363	374	344

<sup>1</sup> Kategorien mangler for politiet i 2002, 2003 og 2004 og for helse- og sosialetatene i 2002

Tabell 12a. Etatens vurdering av problemer med alkohol og narkotika i kommunen. 2002-2006. Prosent av kommuner som har svart (N)

Prioritering av rusmiddelarbeidet	Helse- og sosialetatene					Politiet				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Alkohol mest alvorlig</b>	51	49	51	52	53	35	42	44	47	47
<b>Narkotika og alkohol like alvorlig</b>	35	39	39	40	35	31	31	29	33	35
<b>Narkotika mest alvorlig</b>	14	12	10	8	12	33	26	26	20	18
<b>Totalt</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	325	374	344	353	317	341	394	369	372	343

Tabell 12b. Etatens vurdering av problemer med alkohol og narkotika blant ungdom i kommunen. 2002-2006. Prosent av kommuner som har svart (N)

Prioritering av rusmiddelarbeidet	Helse- og sosialetatene					Politiet				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Alkohol mest alvorlig</b>	56	53	59	59	60	41	46	43	51	47
<b>Narkotika og alkohol like alvorlig</b>	27	33	31	32	31	26	26	33	30	35
<b>Narkotika mest alvorlig</b>	18	15	10	9	9	33	29	24	19	18
<b>Totalt</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	316	370	345	349	318	338	392	367	369	343

Tabell 13a. Helse- og sosialetatens samarbeid med andre etater. 2003-2006. Prosent av de kommuner som har besvart spørsmålet (antall kommuner som har svart)



<b>Helse- og sosial samarbeider med:</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Politiet</b>	94 (340)	90 (334)	89 (348)	91 (310)
<b>Skole</b>	88 (338)	86 (314)	83 (328)	83 (294)
<b>Frivillige organisasjoner</b>	64 (251)	65 (233)	63 (263)	65 (225)
<b>Andre</b>	83 (223)	83 (191)	81 (210)	87 (174)

*Tabell 13b. Politiets samarbeid med andre etater. 2003-2006. Prosent av de kommuner som har besvart spørsmålet (antall kommuner som har svart)*

<b>Politiet samarbeider med:</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Helse- og sosialetaten</b>	88 (371)	91 (356)	93 (356)	93 (327)
<b>Skole</b>	92 (383)	94 (359)	92 (361)	93 (329)
<b>Frivillige organisasjoner</b>	60 (234)	68 (249)	67 (258)	63 (216)
<b>Andre</b>	66 (156)	64 (132)	66 (122)	76 (116)

Tabell 14. Politiets rapporterte prisanslag for ulike narkotiske stoffer i 2006. Median og gjennomsnitt for priser. Antall kommuner som har svart

Type narkotisk stoff	Medianpris i kroner	Gjennomsnittspris (standardfeil)	Antall kommuner
<b>Cannabis (G<sup>1</sup>)</b>	100	107 (1)	218
<b>Amfetamin (BD<sup>2</sup>)</b>	200	224 (11)	51
<b>Amfetamin (G)</b>	500	566 (22)	143
<b>Kokain (BD)</b>	375	368 (18)	19
<b>Kokain (G)</b>	1000	1097 (36)	86
<b>Opiater (BD)</b>	300	304 (32)	21
<b>Opiater (G)</b>	1100	1431 (95)	59
<b>Ecstasy (BD)</b>	145	137 (6)	90
<b>GHB (BD)</b>	100	249 (60)	24
<b>Rohypnol (BD)</b>	40	50 (5)	115
<b>Valium (BD)</b>	27	37 (4)	103
<b>Dolcotin (BD)</b>	138	213 (21)	58
<b>Temgesic (BD)</b>	75	92 (11)	58

<sup>1</sup> Gram

<sup>2</sup> Brukerdose