

Nett rapport SIRUS februar 2006

Narkotikasituasjonen i kommunene 2002-2004

Basert på informasjon fra helse- og sosialetaten og politiet

Kristin Buvik¹ og Ellen Amundsen²

Innledning

Å ha en oversikt over narkotikasituasjonen i Norge, så vel nasjonalt som lokalt, er viktig både ut fra et helseperspektiv og et sosialt perspektiv. Dersom man skal kunne sette i verk tiltak rettet mot misbruk av narkotiske stoffer er det viktig å ha en oversikt over omfang, utbredelse og struktur av problemene. Det må benyttes ulike metoder og datatilfang for å få bedre 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 nøyaktige tallangivelser. I kartleggingen som presenteres her har vi forsøkt å samle informasjon om narkotikasituasjonen fra ansatte i kommunenes helse- og sosialtjeneste og ved landets politistasjoner og lensmannskontorer. 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.

Sosialdepartementet anmodet i 1990 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) om å utrede et opplegg for et løpende registreringssystem angående narkotikasituasjonen i kommunene. Som resultat av denne utredningen har det blitt foretatt årlige undersøkelser fra og med 1992 med tellinger for alle kommuner fra 2002.

I rapporten *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003* (Amundsen og Lalla 2005), gis en gjennomgang av materialet fra disse årene. Denne rapporten kan lastes ned fra hjemmesidene til SIRUS, www.sirus.no, eller bestilles via instituttet. Her finnes også en oversikt over metodiske anmerkninger i forhold til denne undersøkelsen.

Vi vil her presentere sentrale funn fra 2004 og sammenligne noen av resultatene med 2002 og 2003. Tabellene er samlet til slutt og i teksten henvises det til de aktuelle tabellene.

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. Alle respondentene skulle vurdere i hvilken grad situasjonen for de ulike rusmidlene hadde forandret seg i løpet av det siste året. Det er også gitt litt informasjon om hvordan det narkotikarettede arbeidet i kommunene og politiet er organisert.

Resultatene må i det store og hele tolkes med en viss varsomhet og ses i sammenheng med annen informasjon. Etter hvert som man blir kjent med styrke og svakheter i denne type data

¹ Kristin Buvik, kvb@sirus.no, telefon 22 34 02 53

² Ellen Amundsen, eja@sirus.no, telefon 22 34 04 32

og får lengre tidsserier, vil nytteverdien kunne øke og kunnskapen om ulike sider ved narkotikamisbruk i Norge bli bedre.

Gjennomføring av undersøkelsen og svarprosenten (tabell 1 og 2)

Spørreskjemaene ble sendt til helse- og sosialetatene og til politistasjoner/lensmannskontorer. Spørreskjemaene 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 er lagt ut på SIRUS' nettsider (www.sirus.no). De er blitt noe endret fra år til år selv om det er en målsetting å endre minst mulig for å sikre informasjon som er sammenlignbar over tid. Spørsmål med lav svarfrekvens blir eksempelvis løpende vurdert kuttet ut eller endret.

Svarprosenten i 2004 var 81 % for helse- og sosialetatene og 87 % for politiet. Politiet har hatt en gjennomgående høyere svarprosent enn helse- og sosialetatene samtlige år. I tabell 1 gis det en oversikt over svarprosenten fra etatene de siste tre årene.

Det er få kommuner det ikke foreligger noen tall for, ettersom helse- og sosialetaten og politiet til dels har sendt inn svar for ulike kommuner. For 2004 har vi noe informasjon om 425 av 434 kommuner, det vil si 98 %. For problemstillinger hvor en skal sammenligne helse- og sosialetatene med politiet og endring fra ett år til det neste, vil befolkningsdekningen for det enkelte år og de to etatene være lavere, se tabell 2.

Tabell 2 viser hvor stor del av befolkningen vi har informasjon om. Det er lavest dekning i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere. Det ble uttrykt fra etater i slike kommuner at undersøkelsen var irrelevant hos dem, dvs. at de problemer vi kartla ikke var til stede i kommunen. Slike tilbakemeldinger gir imidlertid for dårlig grunnlag for å hevde at kommuner med få innbyggere, som ikke inngår i undersøkelsen, har lite eller ingen problemer med illegalt narkotikamisbruk (Amundsen og Lalla 2005). Vi vil derfor sette pris på om kommuner uten narkotikaproblemer besvarer undersøkelsen.

Endring i narkotikasituasjonen over tid (tabell 3)

Kartleggingen forsøker gjennom spørsmål om antall narkotikamisbrukere, bruk av de ulike stofftyper fordelt på alder, og endringer i antall brukere og inntaksmåte, å gi et bilde av omfanget og eventuelle endringer i narkotikasituasjonen.

I undersøkelsen spørres det etter politiets og sosialtjenestens vurdering av om det har blitt flere eller færre brukere av de ulike narkotiske stoffene. Vurderingen vil være basert på det inntrykk og de observasjoner etatene har gjort siden året før. Det kan ikke leses i tabellene hvor stort misbruket i utgangspunktet var. Tabell 3 viser informantenes vurdering av endring i bruk av de ulike rusmidlene for de kommuner som har svart på spørsmålet, fordelt over de fire svaralternativer: flere brukere/ ingen endring/ færre brukere/ ingen brukere.

Hovedtyngden av kommunene oppga at det ikke har skjedd noen endring i bruken av de ulike stoffene fra 2002 til 2004. Utviklingstrekkene varierer imidlertid noe for de ulike stoffene.

For cannabis og amfetamin ser det ut som om veksten flater ut. Andelen kommuner som mener det er flere brukere av stoffet har gått noe ned fra 2002 til 2004. Den samme kan vi se for amfetamin. Dette gjelder både for helse- og sosialetatene og for politiet. Samtidig er det noen flere i 2004, 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 og 2003. Andelen som hevder at det er ingen brukere av amfetamin, har gått noe opp.

For ecstasy og opiater fortsetter tendensene til reduksjon i bruk fra 2002 til 2003 også til 2004: Det er færre respondenter både fra helse- og sosialetatene og fra politiet som kan rapportere om flere brukere i 2004 enn det var i 2002 og 2003. Flere helse- og sosialetater rapporterer om færre brukere. Det er også flere som rapporterer om at de ikke har noen brukere, dette gjelder både for helse- og sosialetatene og for politiet.

Helse- og sosialetatene og politiet er relativt stabile i forhold til hverandre når de rapporterer om endringer i situasjonen i forhold til året før. Ett av unntakene er i forhold til bruk av beroligende midler, hvor 40 % av helse- og sosialetatene rapporterer om flere brukere. Tilsvarende tall fra politiet er 26 %. Også for kokain svarte de to etatene i ulik retning over tid. Det ser også ut til at helse- og sosialetatene rapporterer om at det er blitt flere brukere av opiater enn det politiet gjør samtlige år. Se tabell 3.

Problemomfang (tabell 4a og 4b)

Ethvert forsøk på å anslå omfanget av narkotikamisbruk generelt og sprøytemisbruk spesielt i en kommune og i Norge samlet, vil være preget av en stor grad av usikkerhet. I denne undersøkelsen er det to tilnærminger. I spørreskjemaet ble det først spurt etter et anslag over antall narkotikamisbrukere hvor svarkategoriene var angitt som intervaller (se tabell 4a og 4b). Deretter ble det spurt etter en mer nøyaktig tallfesting dersom dette var mulig - både for antall narkotikamisbrukere 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 de ulike etatene som besvarte identiske spørsmål var til dels stort. Dette illustrerer hvor vanskelig det er å finne tilnærmet riktige tall og hvor usikre også samletall for hele landet vil være (Amundsen og Lalla, 2005).

Selv om antagelig alle landets kommuner har en viss forekomst av narkotikamisbruk, ser problemet ut til å være av begrenset omfang i brorparten av disse. Denne tendensen er relativt stabil også for 2004. Over halvparten av landets kommuner rapporterer at antallet narkotikamisbrukere er under 50, for ca 1/5 er det færre enn ti misbrukere, se tabell 4a. Siden noen kommuner ikke har oppgitt slike tall vil dette være minimumstall. Det er få kommuner som har rapportert over 500 narkotikamisbrukere. Dette vil gjelde de store byer og folkerike kommuner.

I gruppen av kommuner som ikke svarte var det en overvekt av små kommuner, under 5000 innbyggere, og her vil trolig antall misbrukere være i kategoriene "under 10" eller "10-50", avhengig av kommunestørrelse.

Problemomfang (tabell 5 og 6)

Anslaget for antall narkotikabrukere i kommunene er stabilt for de tre år, se tabell 5. Usikkerheten ved anslagene er så stor at de forskjeller som beskrives mellom år, også for ulike kommunestørrelser, ikke kan sies å vise endringer.

Anslaget for sprøytemisbrukere er vist som andel av befolkningen. Her ser vi en stor forskjell i forekomst for ulike kommunestørrelser; jo større kommune jo større andel sprøytemisbrukere. Dette stemmer med en hypotese om at sprøytemisbruk har spredt seg utover fra store byer, primært Oslo og senere andre byer. I tillegg vil mange sprøytemisbrukere trekke inn til større byer, selv om narkotikamisbruket startet i en mindre kommune. Vi kan ikke si at omfang av sprøytemisbruk har endret seg fordi usikkerheten ved tallene er stor, se intervallene i siste kolonne.

Anslagene for Oslo er svært usikre og dermed har vi ikke vist tall for kommuner over 160.000 innbyggere. Dermed gir vi heller ikke tall for Bergen (som har flere enn 160.000 innbyggere),

fordi vi ikke ønsker å gi tall for enkeltkommuner. Men vi kan si at også for Bergen oppgis stabile tall i perioden.

Tallene i tabell 5 gjelder alle kommuner i Norge unntatt Oslo og Bergen. Tall for de kommuner som vi ikke hadde noe informasjon fra er beregnet. Dette gjelder 79 kommuner for antall narkotikamisbrukere og 45 kommuner for antall sprøytemisbrukere. De beregnede tall baserer seg på tall fra kommuner på samme kommunestørrelse som har svart, samt informasjon fra Statistisk sentralbyrå levekårsindekser for kommunene.

I vurdering av antall narkotikamisbrukere og sprøytemisbrukere i kommunen, gis respondenten mulighet til å vurdere sikkerheten i anslagene sine. En tredel av respondentene har stor tillit til at tallene de oppgir over omfang av narkotika- og sprøytemisbruk er sikre, se tabell 6. 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. En større andel av respondenter i små kommuner har tillit til sine tall enn respondenter i store kommuner.

I 2004 kan det se ut som at færre kommuner anser svarene sine som svært usikre. Andelen som oppgir at svarene er svært sikre har imidlertid ikke økt, det er verdiene i midten av skalaen som nå har en høyere prosentandel av kommunene. Flere resultater kan leses i tabell 6.

Narkotikabruk i ulike aldersgrupper (tabell 7)

Et av formålene med en denne undersøkelsen er å få bedre oversikt over hvem som bruker ulike narkotiske stoffer. Dette inkluderer en kartlegging av ulike aldersgruppers bruk av stoffene. I skjemaet ble det spurt etter de "typiske" aldersgruppene som bruker de respektive stoffene. 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 får ikke fram alle stoffer som benyttes i ulike aldersgrupper, men gir heller en beskrivelse av de typiske aldersgruppene som benytter de ulike stoffene. Informantene kan krysse av for flere aldersgrupper i sin kommune.

For cannabis, opplyser rundt 90 % av helse- og sosialetatene og politiet at aldersgruppen 18-25 år er den mest typiske aldersgruppen. Det samme gjelder for amfetamin, der omtrent 80 % av begge etater oppgir gruppen 18-25 år som de mest typiske brukerne av stoffet. For bruk av cannabis, er det imidlertid opplyst om at de fleste aldersgruppene er typiske brukere av stoffet. 14 % av helse- og sosialetatene opplyser at aldersgruppen under 14 år er en typisk aldersgruppe der cannabis brukes.

Når det gjelder bruk av opiater opplyser begge etater at den mest typiske aldersgruppen er 26-40 år. Det samme gjelder for bruk av beroligende midler, der over 80 % av begge etater oppgir denne aldersgruppen som mest typisk for bruk av beroligende midler. Nesten 70 % av begge etatene opplyser at aldersgruppen 18-25 år er typiske brukere. 75 % av helse- og sosialetatene oppgir også alderskategorien over 40 år som typiske brukere av beroligende midler, tilsvarende tall for politiet er 56 %.

Ved bruk av løsemidler eller andre sniftestoffer er den mest typiske aldersgruppen 15-17 år, dette opplyser halvparten av begge etatene. Nesten 30 % av helse- og sosialetatene oppgir aldersgruppen under 14 år som den mest typiske brukergruppen. Det tilsvarende tallet fra politietatene er 22 %. 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 oralt, men nå blir det hyppig injisert. 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 deres kommune.

Tabell 8 viser den type inntaksmåte som var vanligst for hvert stoff. Inntaksmåtene for de ulike narkotiske stoffene er stabile for de tre siste årene. Derfor har vi bare vist tall for 2004. Det er med få unntak heller ikke store avvik mellom rapportene fra de to etatene. Utradisjonelle måter er kun unntaksvis rapportert.

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. Nesten 80 % av begge etater oppgir injeksjon som hovedinntaksmåte av amfetamin. Over 95 % fra begge etatene oppgir også at injeksjon er den mest typiske inntaksmåten for opiater, så det ser ut som om røyking av opiater fortsatt er lite utbredt i Norge.

Det er kun fire kommuner hvor helse- og sosialetatene oppgir at opiater røykes. En kommune kommenterer at mange går fra injisering til sniffing og røyking blant annet på grunn av ødelagte blodårer. Samtidig opplyser enkelte kommuner om injisering av ulike tabletter (legemidler) og Subutex. Noen helse- og sosialetater rapporterer om generell økning i bruk av Temgesic, Subutex og Metadon som sniffes, injiseres eller spises. Politiet opplyser også om en økning i illegal bruk av Metadon.

Både helse- og sosialetatene og politiet oppgir at blandingsmisbruk er et økende problem. Flere rapporterer om blanding av opiater og beroligende midler som injiseres, en kommune forteller om bruk av "cocktails", en blanding av amfetamin og Rohypnol.

Noen få rapportører fra helse- og sosialetatene kan melde om drikking av cannabis i te, og det samme gjelder fleinsopp. En rapportør fra politiet forteller at det er mye røyking av cannabis "på bøtte" (vakuumeffekt for å konsentrere røyken før den inhaleres). Dette har vi også fått opplysninger om tidligere år. Det blir også rapportert fra ulike kommuner at hasj kan pensles med kokain eller heroin før den røykes.

Det ser ut til at politiet har bedre kjennskap til bruksmønster enn det helse- og sosialetatene har. Det er en del helse- og sosialetater som ikke har besvart spørsmålet om bruksmønster, og flere kommenterer at de ikke har kjennskap til inntaksmåter. Kommunene svarer at de ikke har noe kartlegging i forhold til dette, at de ikke har grunnlag for å si noe om bruksmåter og at de generelt har for lite kjennskap til det. Det gis færre kommentarer i samme retning fra politiet.

Dødsfall knyttet til narkotikamisbruk (tabell 9 og 10)

Politiets tall fra kommuneundersøkelsen 2002-2004 er gjengitt i tabell 9. Totalt antall rapporterte dødsfall knyttet til narkotikamisbruk har gått ned fra 216 i 2002 til 139 i 2004, men dette skyldes bare at antall kommuner som har rapportert er lavere og/eller at ulike kommuner har svart i de to år. Kripos sine tall på landsbasis viser en økning, se tabell 9.

Disse tallene er ingen konkurrent til tall om narkotikadødsfall fra Statistisk sentralbyrå og Kripos som er oppgitt i tabell 9. Tallene fra kommunene vil etter hvert bli brukt til å beskrive

tyngden av narkotikaproblemene i den enkelte kommune. Se *Amundsen og Lalla 2005* for beskrivelse av andre kilder (SSB og Kripes) for dødsfall knyttet til narkotikamisbruk, eventuelt www.ssb.no og www.politiet.no.

I tabell 10 presenteres hvilke stoffer som ble rapportert som dødsårsak/medvirkende årsak hos de som døde. Summen av antall dødsfall varierer fra tabell 9 fordi politiet har rapportert for til dels ulike kommuner. I 2003 var det rapportert om et høyere tall for blandingsmisbruk/annet stoff enn i 2002. Vi antok dermed at denne tendensen ville fortsette til 2004, men i 2004 var det rapportert om langt færre dødsfall i denne kategorien. Vi finner dermed ikke en forklaring på det høye antallet som ble rapportert i 2003.

Det er i all hovedsak opiatbruk som oppgis som dødsårsak samtlige år. Det er ikke rapportert om dødsfall knyttet til GHB verken i 2003 eller 2004. For 2002 var det rapportert om fire slike dødsfall. Det rapporteres også om færre dødsfall knyttet til amfetamin i 2004 (4 dødsfall), sammen lignet med 2003 (7 dødsfall) og 2002 (10 dødsfall). Denne nedgangen kan imidlertid skyldes at det er ulike kommuner som har besvart spørsmålet.

Kommunenes organisering av rusmiddelarbeidet (tabell 11 og 12)

Rusmiddelarbeidet i kommunene er som hovedregel integrert i sosialavdelingene. I 2004 opplyste 14 % av kommunene at de hadde en egen enhet for rusmiddelarbeid. Prosentandelen var noe lavere i 2002 og 2003. Organisering som egen avdeling var vanligst i store kommuner/byer.

Det foreligger ikke et krav til kommunene om å spesifisere rusmiddelarbeidet i en egen plan utover den pålagte alkoholpolitiske handlingsplan. Likevel oppga 44 % av de 336 kommunene som svarte i 2004, at de hadde en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Tallene var noe lavere i 2003 (38 %) og 2002 (28 %). Utarbeiding og gjennomføring av slike planer viser gjerne at kommunen har fokus på rusmiddelfeltet.

Det er få kommuner hvor helse- og sosialetaten har gjennomført en undersøkelse eller en kartlegging av rusmiddelsituasjonen i kommunen, i 2004 var det 7 %, omtrent på samme nivå som for 2002 og 2003.

Kommunenes tjenestetilbud overfor rusmiddelmisbrukere vil være av ulik type. I tabell 11 gis det en oversikt over forekomst av noen typer av tilbud og aktiviteter. Hver kommune kan naturlig nok ha flere typer tilbud. I 2004 oppgir 25 % av kommunene at de har rusmiddelkonsulenter, og 16 % har oppsøkende tjeneste eller utekontakt. 23 % av kommunene oppgir å ha boligtilbud til rusmiddelmisbrukere, mens 18 % har lavterskel omsorgstilbud i sin kommune. Det ser ikke ut som om tallene er vesentlig endret fra 2002 til 2004. Se tabell 11 for flere resultater.

20 % av landets kommuner opplyser at de har andre tiltak for rusmiddelmisbrukere i 2004. Det er 86 kommuner som gir tilleggsopplysninger om hvilke andre tiltak de har. Her oppgis mye forskjellig, alt fra hyggekvelder og varmestue til sysselsettingsprosjekter og tilbud til klienter med dobbeltdiagnoser. Flere kommuner oppgir at de har miljøarbeidere og ettervernsopplegg for rusmiddelmisbrukere. En del av kommunene har flere lavterskeltiltak som feltpleie (gatenært poliklinisk helsetilbud for rusmiddelmisbrukere) og ulike aktivitetsgrupper. Noen oppgir også at de har individuelle tiltak for dem som ønsker hjelp.

Etatene ble også spurt om kommunen hadde et eget opplegg for sprøyteutdeling, noe et fåtall av kommunene hadde. I 2004 svarte 33 kommuner at de hadde slike tilbud, dette er noe høyere enn i 2003 (22 kommuner) og 2002 (18 kommuner). De fleste kommunene oppgir å ha egne tiltak som deler ut sprøyter, bare to kommuner har sprøyteautomater. De store byene, Oslo, Bergen og Trondheim, har flere tilbud om sprøyteutdeling.

I tillegg til kommunenes organisering av rusmiddelarbeidet retter undersøkelsen også søkelyset på omfanget av sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem og omfanget av rusmiddelmisbrukere i ulike typer behandling (se tabell 12).

De organisatoriske endringer som følge av rusreformen fra 2004 hvor ansvaret for spesialisert tverrfaglig behandling ble overført til staten, bidrar til at det er vanskelig å få gode tall over hvor mange personer fra kommunen som er i slik behandling. Dette bidrar til et manglende helhetlig bilde av behandlingstilbudet for rusmiddelmisbrukere i tabell 12 (Amundsen og Lalla 2005).

Ut fra kommunene som har rapportert om antall pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), ser vi at det har vært en økning i 2004 ved at det er rapportert om 2 900 pasienter. De "offisielle" tall for 2004 var 3 003 LAR-pasienter på landsbasis³. I tillegg hadde 438 avsluttet sin behandling. Det er 341 kommuner som har besvart dette spørsmålet.

For antall personer på søkeliste/venteliste til LAR er kommuneundersøkelsenes tall høyere enn de "offisielle" tallene. Tabell 12 viser at det ifølge kommunene var 510 som søkte/ventet på plass i 2004. De "offisielle" tall var 485 personer som stod på venteliste for LAR i 2004. Forskjellen har trolig sammenheng med at ikke alle som venter på å komme i legemiddelassistert rehabilitering i kommunene er kommet så langt i prosessen at de er registrert i de "offisielle" ventelistene.

Fylkesnemndene for sosiale saker behandler blant annet saker etter Lov om sosiale tjenester, §§ 6-2 og 6-2a. § 6-2 gjelder tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, §6-2a gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere. § 6-3 gjelder tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke og blir ikke behandlet i fylkesnemnda.

For 2004 rapporterer 36 kommuner at de har klienter tilbakeholdt etter §6-2 (til sammen 68 klienter), 23 kommuner at de har klienter tilbakeholdt etter §6-2a (til sammen 35 klienter) og 21 kommuner rapporterer at de har klienter tilbakeholdt etter § 6-3 (til sammen 91 klienter).

Publiserte tall for 2004 fra Rusmidler i Norge 2005, viser at det ble gjort vedtak om innleggelse i 28 tilfeller etter sosialtjenestelovens § 6-2a og 91 tilfeller etter §6-2. Dessuten ble det gjort hhv 36 og 97 midlertidige vedtak etter de samme paragrafer. Midlertidige og endelig vedtak kan gjelde samme person. Dessuten er det ikke alltid at vedtak blir effektivt fordi situasjonene for den det gjelder kan ha endret seg. For 2003 var tallene 14 (§ 6-2a) og 39 (§ 6-2) endelige vedtak samt 24 og 30 midlertidige.

Vurdering av rusmiddelarbeidet (tabell 13)

Det spørres også etter en vurdering av rusmiddelarbeidet i kommunen, om problemsituasjonen i forhold til rusmiddelmisbruk blant ungdom og voksne og om eventuelt samarbeid med andre etater.

Når det gjelder prioritering av rusmiddelarbeidet er det vanskelig å sammenligne helse- og sosialetatene og politiet (se tabell 13). Dette skyldes ulik spørsmålsformulering og ulike svaralternativer for de to etatene. Dette vil bli endret i skjemaene fra 2005. For 2004 oppgir halvparten av politietatene at rusmiddelarbeidet prioriteres høyt og halvparten svarer at det har lav prioritering. Helse- og sosialetatene har hatt en tredje svarkategori, middels prioritering. Litt over halvparten av helse- og sosialetatene plasserer seg i denne kategorien, mens de resterende fordeler seg forholdsvis jevnt i kategoriene høy prioritering (24 %) og lav prioritering (19 %).

³ Rusmidler i Norge 2005. Rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning; 2005

Etatene ble også bedt om å oppgi en nærmere forklaring for den aktuelle vurderingen. Svarene er mangfoldige, men manglende ressurser nevnes ofte som årsak i de tilfellene rusmiddelarbeidet blir beskrevet som lavt prioritert. Nærmere hundre helse- og sosialetater oppgir en forklaring på prioriteringen. Flere oppgir at de har for få ansatte, for lite økonomiske midler eller liten politisk drahjelp. Samtidig sier flere at problemene er så små i kommunen, og derfor er prioriteringen lav. For de som kommenterer høy prioritering, opplyses det om at de bruker mye tid og ressurser på arbeidet. Flere forteller om ulike forebyggingstiltak, kartlegging av problemer, oppfølging av rusmiddelmissbrukere og tverrfaglig samarbeid.

Politietatene oppgir også flere forklaringer på vurdering av sitt arbeid. Fra over 230 kommuner gis det begrunnelser på hvorfor de prioriterer narkotikarettet arbeid høyt eller lavt.

Flere forteller om lite ressurser, for få ansatte og for få midler. Mange nevner videre kapasitetsproblemer og for lav bemanning. Færre ressurser har ført til mindre bruk av overtidarbeid, og dette fører til liten kontakt med narkotikamiljøet. På den andre siden finner vi kommuner som forteller at det narkotikarettede arbeidet er blitt høyt prioritert. En del kommuner sier de har god kontakt med ungdomsmiljøene, og flere aksjoner. Samtidig er flere involvert i SLT (Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak) og annen forebygging i skolen. Gjennomgående er disse sitatene representative for politiets prioritering av arbeidet: *"prioriterer så godt vi kan med tilgjengelige ressurser" og "det står ikke på vilje, men på mangel av mannskap"*.

Etatenes vurdering av problemsituasjonen (tabell 14a og 14b)

Informantene ble bedt om å foreta en vurdering av hva de mener er mest alvorlig av alkoholbruk og narkotikabruk i egen kommune. Informantene ble bedt om en problemvurdering både når det gjaldt voksne og ungdom.

Vurderingen av problemsituasjonen er forholdsvis stabil, flest kommuner oppgir alkohol til å være det største problemet for både voksne og ungdom, se tabell 14a og 14b. Men politiet vurderer narkotika som mer alvorlig enn helse- og sosialetatene. For 2004 svarer 26 % av politietatene at narkotika er det mest alvorlige problemet blant voksne, mens 10 % av helse- og sosialetatene svarer det samme. Tallene for vurdering av situasjonen blant ungdom er stort sett de samme.

Samarbeid med andre etater (tabell 15a og 15b)

Omfang av samarbeid mellom de ulike etatene og tredjeparter vises i tabell 15a og 15b. En kunne kanskje forvente at det skulle være et samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten og politiet i alle kommuner, men slik beskrives det ikke fra de to etatenes side. Likevel oppgir omtrent 90 % av helse- og sosialetatene og politietatene at de samarbeider med hverandre.

Politiet har et utstrakt samarbeid med skolene, i noe større grad enn helse- og sosialetatene. 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 samarbeid med hverandre ikke er lik, 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 politiet og helse- og sosialetaten svart for de samme kommunene. Det er også mye ubesvart på enkeltspørsmål i noen skjemaer. Dette forvansker tolkningen av informasjonen. Innholdet i og resultatet av samarbeidet er ikke vurdert og slike evalueringer vil kreve en helt annen tilnærming enn spørreskjemametoden som blir benyttet i kommuneundersøkelsene.

Det er nesten 160 kommuner hvor helse- og sosialetatene oppgir andre samarbeidspartnere enn politiet, skole og frivillige organisasjoner. De fleste kommunene nevner flere andre ulike aktører de samarbeider med. Det er i hovedsak to samarbeidsaktører helse- og sosialetatene oppgir; helsevesenet og psykiatrien. Dette er ikke overraskende i og med at dette er en del av arbeidsfeltet til helse- og sosialetatene. Innenfor fagfeltet helse, nevner flest kommuner at de samarbeider med fastleger og helsepersonell. Flere av helse- og sosialetatene samarbeider med helseforetakene og de regionale kompetansesentrene, samt med 2. linjetjenesten og LAR institusjoner.

Nesten like mange kommuner oppgir samarbeid med ulike aktører innenfor psykiatrien, flere spesifiserer her at de har samarbeid med ulike distriktspsykiatriske sentre (DPS). En del kommuner oppgir også at de samarbeider med barnevernet og ulike kulturelle institusjoner.

Det er halvparten så mange kommuner der politiet oppgir andre samarbeidspartnere. Politiet oppgir flere av de samme samarbeidspartnerne som helse- og sosialetatene, men i mindre omfang. Det oppgis samarbeid med helse, psykiatri og barnevern. Samtidig nevner politiet i flere kommuner at de jobber sammen med fritidsklubber og ulike aktører innenfor kirke, kultur og idrett, samt samarbeid med serveringsbransjen.

Priser på narkotiske stoffer (tabell 16)

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 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 tallet.

I tabell 16 er det oppgitt prisanslag i kommunene i norske kroner for både brukerdoser (BD) og for hele gram (G) der dette er hensiktsmessig. Det er en tendens til at prisen på cannabis (hele gram) er noe høyere i kommuner med færre enn 5000 innbyggere enn i større kommuner.

Narkotikasituasjonen i kommunene 2002-2004. Tabeller.

I tabellene er det oppgitt absolutte og relative tall. På grunn av avrunding 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- 2004

	Helse- og sosialetatene			Politiet		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Antall skjema sendt	429	434	434	434	434	434
Antall svar	332	381	355	346	397	376
Svarprosent	77 %	88 %	81 %	80 %	91 %	87 %

Tabell 2. Andel av befolkningen som bor i kommuner som besvarte undersøkelsen. 2002, 2003 og 2004. Prosent

Kommunestørrelse	Helse- og sosialetatene			Politiet		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Færre enn 5000	75	85	77	82	89	89
5000 - 19.999	74	90	86	85	89	86
20.000 - 159.999	90	93	93	84	100	81
160.000 og over¹	100	100	100	100	100	100
Alle (434)	84	92	90	87	95	87

¹ Oslo og Bergen

Tabell 3. Informantenes vurdering av endringer i antall brukere for utvalgte narkotiske stoffer. 2002-2004. Prosent

Type narkotisk stoff	Flere brukere		Ingen endring		Færre brukere		Ingen brukere		Antall kommuner ³	
	HS ¹	P ²	HS	P	HS	P	HS	P	HS	P
Cannabis										
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
Amfetamin										
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
Kokain										
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
Opiater										
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
Løsemidler										
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
Beroligende										
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
Ecstasy										
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

¹ Helse- og sosialetatene

² Politiet

³ 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 2004 vil det summeres til 100 % dersom en legger sammen *flere brukere* (41 %), *ingen endring* (55 %), *færre brukere* (4 %) og *ingen brukere* (0 %).

Tabell 4a. Kommuner etter antall narkotikamisbrukere, 2002-2004. Prosent av alle kommuner (434)

Antall narkotika misbrukere	Helse- og sosialetatene			Politiet		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Under 10	26	23	23	15	19	18
10-50	27	35	33	34	42	37
51-100	6	12	11	11	9	11
101-500	11	10	10	14	14	14
501-1000	2	2	2	2	3	3
Over 1000	2	3	2	4	4	3
Uoppgitt	26	15	19	21	9	15
Alle kommuner	100	100	100	100	100	100

Tabell 4b. Kommuner etter antall narkotikamisbrukere, 2002-2004. Prosent av de som har besvart spørsmålet (N)

Antall narkotika misbrukere	Helse- og sosialetatene			Politiet		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Under 10	35	27	28	19	21	21
10-50	36	41	40	43	46	44
51-100	9	14	14	14	10	13
101-500	14	11	13	17	16	16
501-1000	3	3	2	3	3	3
Over 1000	3	3	3	5	4	3
Alle kommuner	100	100	100	100	100	100
N	321	367	352	343	393	368

Tabell 5. Anslag narkotikabrukere og sprøytemisbrukere. 2002-2004

Kommunestørrelse (antall kommuner)	2002	2003	2004¹
Anslag antall narkotikabrukere			
Færre enn 5000 innbyggere	3819	3999	4280 (3901-4695)
5 - 20 000 innbyggere	14122	15614	14669 (13015-16534)
20 - 160 000 innbyggere	37320	36016	37241 (29594-46863)
Sum (uten Oslo og Bergen) ²	55261	55629	56190 (46510-68092)
Antall sprøytemisbrukere pr 1000 innbyggere 16-66 år			
Færre enn 5000 innbyggere	1.8	2.0	2.2 (1.0-3.3)
5 - 20 000 innbyggere	2.7	2.8	2.6 (1.5-3.8)
20 - 160 000 innbyggere	6.0	5.8	6.4 (5.1-7.8)

¹ Tallene i parentes er et intervall som beskriver usikkerheten i anslagene, et såkalt 95 % konfidensintervall.

² Tallene for Oslo er svært usikre og dermed ønsker vi ikke å vise tall i denne kategori.

Tabell 6. Vurdering av sikkerhet i anslagene av antall misbrukere. Prosent av antall kommuner som har svart (N)

	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	Narkotika- misbrukere	Sprøyte- misbrukere	Narkotika- misbrukere	Sprøyte- misbrukere
2002				
Svært usikkert ¹	17	19	6	12
Svært sikkert ²	30	31	32	28
N	262	232	270	276
2003				
Svært usikkert	16	19	8	9
Svært sikkert	27	31	31	34
N	315	277	350	355
2004				
Svært usikkert	7	13	1	5
Svært sikkert	27	29	28	32
N	280	255	258	327

¹ Tre laveste verdier på en 11-punkts vurderingsskala av sikkerhet i anslag

² Tre høyeste verdier på en 11-punkts vurderingsskala av sikkerhet i anslag

Tabell 7, del I. Typiske alderskategorier blant stoffmisbrukere for ulike stoffer. Prosent av kommuner som har svart på spørsmålet¹

	Helse- og sosialetaten	Politiet
Cannabis		
Under 14 år	14	12
15-17 år	59	72
18-25 år	88	93
26-40 år	77	80
40 år og over	52	47
Amfetamin		
Under 14 år	1	1
15-17 år	24	21
18-25 år	76	80
26-40 år	76	78
40 år og over	36	29
Kokain		
Under 14 år	0	0
15-17 år	5	4
18-25 år	31	40
26-40 år	39	40
40 år og over	13	8
Opiater		
Under 14 år	0	0
15-17 år	4	2
18-25 år	41	30
26-40 år	72	64
40 år og over	42	30
Løsemidler		
Under 14 år	29	22
15-17 år	49	51
18-25 år	22	13
26-40 år	5	4
40 år og over	4	2

¹ Hver kommune kan angi flere alderskategorier som typiske

Tabell 7, del II. Typiske alderskategorier blant stoffmisbrukere for ulike stoffer. Prosent av kommuner som har svart på spørsmålet¹

	Helse- og sosialetaten	Politiet
Beroligende		
Under 14 år	5	5
15-17 år	24	25
18-25 år	67	69
26-40 år	83	82
40 år og over	75	56
Ecstasy		
Under 14 år	3	1
15-17 år	30	22
18-25 år	67	68
26-40 år	21	28
40 år og over	6	5
Andre syntetiske stoffer		
Under 14 år	2	1
15-17 år	6	0
18-25 år	14	9
26-40 år	6	10
40 år og over	5	4
Anabole steroider		
Under 14 år	1	0
15-17 år	11	15
18-25 år	50	61
26-40 år	33	46
40 år og over	4	6
GHB		
Under 14 år	1	0
15-17 år	14	10
18-25 år	37	31
26-40 år	10	14
40 år og over	1	2
Hallusinogener		
Under 14 år	2	0
15-17 år	12	8
18-25 år	35	34
26-40 år	26	30
40 år og over	13	9

¹ Hver kommune kan angi flere alderskategorier som typiske

Tabell 8. Hovedinntaksmåte for ulike narkotiske stoffer. 2003 og 2004. Prosent¹

Narkotisk stoff	Hoved- inntaksmåte	Helse- og sosialetaten	Politiet
		2004	2004
Cannabis	Røyking	100	100
Amfetamin	Injeksjon	77	77
Kokain	Sniffing	89	97
Opiater	Injeksjon	95	96
Løsemidler	Sniffing	93	97
Beroligende midler	Spising	98	99
Ecstasy	Spising	97	100
Andre syntetiske midler	Spising	(50) ²	(78)
GHB	Drikking	83	80
Hallusinogener	Spising	88	91
Andre stoffer	Spising	(42)	(66)

¹ 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.

² Tallene i parentes må tolkes spesielt forsiktig, her er antallet kommuner som har svart < 10.

Tabell 9. Antall narkotikarelaterte dødsfall. 2002-2004

Alder	2002			2003			2004		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
< 14 år	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-17	4	2	6	1	1	2	1	0	1
18-25	38	8	46	31	9	40	40	4	44
26-40	101	25	126	76	20	96	48	15	64
41 år +	29	9	38	49	5	54	21	12	33
Totalt¹	172	44	216	157	35	192	110	31	139
SSB²	240	67	307	174	49	223	--	--	--
KRIPOS²	166	44	210	134	38	172	168	55	223

¹ I 2002 er tallene basert på opplysninger fra 300 kommuner, i 2003 var det 309 kommuner som besvarte dette spørsmålet. For 2004 er det registrert 365 svar.

² Rusmidler i Norge 2005, tall fra SSB og Kripos. Rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning; 2005

Tabell 10. Narkotikarelaterte dødsfall etter påvist narkotiske stoffer. 2002-2004

Type stoff	2002 (N=295)			2003 (N=298)			2004 (N=363)		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
Opiater	74	16	90	85	19	104	71	18	89
Amfetamin	7	3	10	6	1	7	4	0	4
GHB	4	0	4	0	0	0	0	0	0
Ecstasy	1	1	2	1	0	1	1	0	1
Blandingsmisbruk¹	..	..	15	..	..	84	..	..	21
Totalt	..	..	121	..	..	196	..	..	115

¹ Blandingsmisbruk eller annet stoff. Fordeling etter kjønn er ikke kjent i denne kategorien

Tabell 11. Tjenestetilbud og aktiviteter knyttet til rusmiddelarbeidet i kommunen. 2002-2004.
Prosent av alle kommuner i Norge

	2002	2003	2004
Rusmiddelkonsulenter	22	22	25
Oppsøkende tjeneste	12	14	16
Boligtilbud til misbrukere	20	26	23
Lavterskel omsorgstilbud	14	18	18
Andre tiltak	14	19	20

Tabell 12. Oversikt over kommuner/antall sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem og klienter i enkelte typer behandling. 2002-2004

Type behandling/ tiltak	Antall kommuner		Antall klienter
	Uten klienter	Med klienter	
2002			
Sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem	7	256	24 172 ²
Klienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	150	136	1 977
Antall på søkeliste / venteliste til LAR	198	85	805
Klienter tilbakeholdt etter §6-2 ¹	259	25	52
Klienter tilbakeholdt etter §6-2a ¹	263	22	33
Klienter tilbakeholdt etter §6-3 ¹	272	11	17
2003			
Sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem	14	269	17 901 ²
Klienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	134	166	2 274
Antall på søkeliste / venteliste til LAR	197	101	832
Klienter tilbakeholdt etter §6-2 ¹	271	26	57
Klienter tilbakeholdt etter §6-2a ¹	271	26	41
Klienter tilbakeholdt etter §6-3 ¹	275	16	76
2004			
Sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem	7	334	17 173
Klienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	140	201	2 900
Antall på søkeliste / venteliste til LAR	226	105	510
Klienter tilbakeholdt etter §6-2 ¹	295	36	68
Klienter tilbakeholdt etter §6-2a ¹	308	23	35
Klienter tilbakeholdt etter §6-3 ¹	309	21	91

¹ Lov om sosiale tjenester m.v. § 6-2 gjelder tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, §6-2a gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere, § 6-3 gjelder tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

² Nedgangen i antall klienter er ikke reell. Dette skyldes at noen kommuner med mange slike klienter som rapporterte i 2002 ikke rapporterte i 2003. Ser vi på kommuner som rapporterte begge år, var antall sosialklienter pr innbygger 16-64 år stabilt.

Tabell 13. Etatenes vurdering av rusmiddelarbeidets prioritering. 2002-2004. Prosent

Prioritering av rusmiddelarbeidet	Helse- og sosialetatene			Politiet		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Høy	56	25	24	53	51	49
Middels¹	..	52	56	..	..	..
Lav	37	23	19	42	49	51
Ikke prioritert²	8	..	..	5	..	..
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	313	377	349	329	387	363

¹ Kategorien mangler for politiet alle år og for helse- og sosialetatene i 2002

² Kategorien ble tatt ut i 2003

Tabell 14a. Etatens vurdering av problemer med alkohol og narkotika i kommunen. 2002-2004. Prosent av kommuner som har svart (N)

	Helse- og sosialetatene			Politiet		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Alkohol mest alvorlig	51	49	51	35	42	44
Narkotika og alkohol like alvorlig	35	39	39	31	31	29
Narkotika mest alvorlig	14	12	10	33	26	26
Totalt	100	100	100	100	100	100
N	325	374	344	341	394	369

Tabell 14b. Etatens vurdering av problemer med alkohol og narkotika blant ungdom i kommunen, 2002-2004. Prosent av kommuner som har svart (N)

	Helse- og sosialetatene			Politiet		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Alkohol mest alvorlig	56	53	59	41	46	43
Narkotika og alkohol like alvorlig	27	33	31	26	26	33
Narkotika mest alvorlig	18	15	10	33	29	24
Totalt	100	100	100	100	100	100
N	316	370	345	338	392	367

Tabell 15a. Helse- og sosialetatens samarbeid med andre etater. Prosent av de kommuner som har besvart spørsmålet (antall kommuner som har svart)

	2003	2004
Politiet	94 (340)	90 (334)
Skole	88 (338)	86 (314)
Frivillige organisasjoner	64 (251)	65 (233)
Andre	83 (223)	83 (191)

Tabell 15b. Politiets samarbeid med andre etater. Prosent av de kommuner som har besvart spørsmålet (antall kommuner som har svart)

	2003	2004
Helse- og sosialetaten	88 (371)	91 (356)
Skole	92 (383)	94 (359)
Frivillige organisasjoner	60 (234)	68 (249)
Andre	66 (156)	64 (132)

Tabell 16. Politiets rapporterte prisanslag for ulike narkotiske stoffer i 2004. Median og gjennomsnitt for priser. Antall kommuner som har svart

Type narkotisk stoff	Medianpris	Gjennomsnittspris (standardfeil)	Antall kommuner
	Kroner		
Cannabis (G¹)	100	105 (1)	227
Amfetamin (BD²)	200	254 (21)	61
Amfetamin (G)	500	619 (37)	146
Kokain (BD)	350	789 (263)	11
Kokain (G)	1000	1175 (62)	61
Opiater (BD)	238	366 (56)	32
Opiater (G)	1100	1328 (77)	58
Ecstasy (BD)	150	165 (9)	72
GHB (BD)	160	371 (177)	8
Andre hallusinogener (BD)	..	238 (38)	2
Rohypnol (BD)	40	51 (4)	100
Valium (BD)	25	34 (5)	64
Dolcotin (BD)	115	190 (23)	45
Temgesic (BD)	45	74 (9)	42

¹Gram

²Brukerdose