

Narkotikasituasjonen i Norge **2003**



Statens institutt for
rusmiddelforskning

Redaktør:

Odd Hordvin

Redaksjonsutvalg:

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

Utgiver:

Statens institutt for rusmiddelforskning
2004

Produksjon www.kursiv.no

ISBN 82-7171-254-3

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Eksterne medforfattere	6
Sammendrag – Hovedtrekk for 2003	7
 DEL I. NASJONALE NARKOTIKAPOLITISKE STRATEGIER, ORGANISERINGEN OG RAMMEBETINGELSER	 8
Kapittel 1. Utviklingen av narkotikapolitikken og tiltakene	8
1.1 Politiske rammebetingelser	8
1.2 Lover og retningslinjer	10
1.3 Finansiering og økonomisk støtte	11
 DEL II. EPIDEMIOLOGI	 12
Kapittel 2. Utbredelse av illegale stoffer og bruksmønstre	12
2.1 Hovedtrekk og nye trender	12
2.2 Narkotikabruk i befolkningen	13
2.2.1 <i>I den vanlige befolkningen</i>	13
2.2.2 <i>Blant ungdom</i>	13
2.2.3 <i>Kartleggingsundersøkelser</i>	17
2.2.4 <i>Narkotika i fengslene</i>	19
2.3 Problematisk bruk av narkotika	20
 Kapittel 3. Helsemessige konsekvenser av narkotikabruk	 22
3.1 Etterspørsel etter behandling	22
3.2 Narkotikarelaterte dødsfall	23
3.3 Smittsomme sykdommer	26
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
4.3 Sosiale og økonomiske kostnader for kommunene ved rusmiddelbruk	32
 Kapittel 5. Narkotikamarkedet	 33
5.1 Tilgjengelighet og tilførsel	33
5.2 Beslag	33
5.3 Pris på ulike narkotiske stoffer	37
 DEL III - TILTAK FOR Å REDUSERE ETTERSPOERSELEN	 38
 Kapittel 6. Strategier på nasjonalt nivå	 38
6.1 Hovedstrategier og sentrale tiltak	38
6.2 Nye tilnærminger	38

Kapittel 7. Forebyggende arbeid	40
7.1 Nasjonal strategi	40
7.2 Organisering og koordinering av det forebyggende arbeidet i Norge.	40
7.3 Statlige tilskuddsordninger.....	41
7.4 Tiltak i skolene /skoleprogrammer.....	42
7.5 Ungdomstiltak og programmer utenfor skolen	43
7.6 Rusmiddelforebyggende tiltak rettet mot familier og barn	43
7.7 Videreutdanning av fagpersonell innen forebyggingsfeltet.....	44
Kapittel 8. Skadereduserende tiltak	46
8.1 Nye initiativ i 2003.....	46
8.2 Beskrivelse av tiltak	47
8.3 Standarder og evaluering.....	48
Kapittel 9. Behandling	49
9.1 Medikamentfri behandling og omsorg	49
9.2 Behandlingsforskning og evaluering.....	50
9.3 Substitusjons- og vedlikeholdsprogrammer	51
Kapittel 10. Tiltak innen kriminalomsorgen	54
Kapittel 11. Kvalitetssikring	57
Referanser	58

Forord

Dette er den tredje årsrapporten fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) om narkotikasituasjonen i Norge. Rapporten er en forkortet, men oppdatert utgave av den engelske versjonen som ble levert til Det europeiske overvåkingssenteret for narkotika og narkotikamisbruk- EMCDDA i november 2003. Statistiske data og omtale av disse er tatt inn så langt de foreligger medio februar 2004. Rapporten er ellers blitt utarbeidet etter gitte retningslinjer for de nasjonale rapporteringene til EMCDDA, men teksten er blitt revidert for å gjøre den mer tilpasset norske lesere. Rapporten kan likevel oppleves som noe fragmentarisk, da den ikke gir en uttømmende oversikt over alle deler av tiltaksapparatet i Norge. Det har heller ikke vært målet, det viktigste har vært er å omtale vesentlige endringer når det gjelder epidemiologien og organiseringen, sammenlignet med fjoråret. Tiltak som var nevnt i rapporten for 2002 kan være utelatt i år uten at dette betyr at de ikke fortjener omtale. På den annen side er enkelte temaer blitt behandlet mer inngående i denne rapporten.

Rapporten er som tidligere basert på tekstbidrag og data fra sentrale norske offentlige institusjoner og andre aktører på rusmiddelfeltet. Disse er nevnt i referanselisten eller som eksterne medforfattere. Del I: Nasjonale narkotikapolitiske strategier, organiseringen og rammebetingelser er blitt skrevet av Sosialdepartementet. Jeg vil takke alle som har bidratt.

Både denne rapporten og den engelske utgaven kan lastes ned fra www.sirus.no De kan også bestilles som trykksak fra SIRUS.

Oslo, februar 2004

*Knut Brofoss
Direktør*

Eksterne medforfattere:

Bønes, Tormod, Kriminalpolitisen: *Kapittel 5.*

Blystad Hans, Folkehelseinstituttet: *Kapittel 3.3.*

Heir, Ole Johan/Fjeld Rune, Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (Justisdep.): *Kapittel 2.2.4; Kapittel 10.*

Iversen, Erik, Stiftelsen Bergensklinikkene: *Kapittel 3.1.*

Svenkerud, Siri, Borgestadklinikken: *Kapitlene 6 og 7.*

Waal, Helge, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO: *Kapittel 9.3*

Sammendrag – Hovedtrekk for 2003

- I 2003 har det på ny vært en markert nedgang i antall narkotikadødsfall. Den foreløpige oversikten fra Kriminalpolitisen (Kripos) viser at 172 personer døde som følge av bruk av narkotika i 2003. Dette er om lag 18 % færre enn i 2002 og nesten en halvering fra 2001 da det ble innrapportert 338 dødsfall. Nedgangen kan skyldes flere forhold, som svært lav styrkeprosent i heroinet, at stadig flere opiattmisbrukere får substitusjonsbehandling, og at lavterskel helsetiltak nå finnes i flere kommuner.
- Kripos' oversikt viser at det for første gang på over 10 år har vært en klar nedgang i antall innkomne narkotikasaker. Narkotikabeslagene gikk ned med nærmere 17 %. Det mest oppsiktsvekkende er den svært store tilbakegangen for Rohypnol som sto for 54 % av den samlede nedgangen alene. Sett ut fra antall beslag kan det synes som spredning og bruk av ecstasy går tilbake. Beslagene av heroin er i antall på 1994 nivå. Beslaglagt mengde viser derimot svært høye tall for flere stofftyper. Det gjelder særlig for amfetamin hvor beslagsmengden i 2003 var rekordhøy.
- Det har igjen vært en sterk økning i antallet klienter i legemiddellassistert behandling. Pr. 31.12. 2003 var det 2 431 personer i programmet på landsbasis, nær 500 flere enn ved utgangen av 2002.
- Det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for behandling av rusmiddelmissbrukere blir overført til staten ved Helsedepartementet fra 1. januar 2004.
- Regjeringen har oppnevnt to rådgivende ekspertkomiteer for hhv. alkohol og narkotika. Komiteene skal gi Regjeringen løpende råd om konkrete rusmiddelpolitiske utfordringer, evaluere tiltak, foreslå nye og stimulere til kunnskapsutvikling.
- En kommisjon av forskere har på oppdrag fra sosialministeren sammenfattet eksisterende kunnskap om effekter av tiltak for å hindre rusmiddelmissbruk, pekt på behov for ytterligere forskning og indikert politiske dilemmaer og muligheter på området i årene som kommer. Sosialdepartementet vurderer, bl.a. på grunnlag av denne utredningen, fremtidig organisering av rusmiddelforskningen og prioritering av forskningstema.
- For å følge utviklingen i overdosedødsfall og ha mulighet for å evaluere behandlingstilbud og forebyggende tiltak har Helsedepartementet gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å etablere et nytt nasjonalt register basert på en enhetlig registrering. Det er opprettet en referansegruppe bestående av representanter fra rettsmedisin, Kripos, SIRUS, Sosial- og helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå.
- Et flertall i Stortinget har anmodet Regjeringen om å legge til rette for forsøk med sprøyterom for tunge stoffavhengige. Et forslag til særlov om forsøksordning med lokaler for intravenøs bruk av narkotika, samt forslag til forskrift om gjennomføring av forsøksordningen er sendt på høring med svarfrist 16. februar 2004.
- Som ledd i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005) er ni kommuner valgt ut til å delta i et pilotprosjekt over tre år for å utvikle gode rusmiddelforebyggende metoder lokalt. Prosjektet styres sentralt av Sosial- og helsedirektoratet i tett samarbeid med de aktuelle regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

DEL I. Nasjonale narkotikapolitiske strategier, organiseringen og rammebetingelser

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.

Viktige strategiske mål for Regjeringen er 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 på 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.

Iverksetting av ny handlingsplan

Regjeringen la i oktober 2002 fram en handlingsplan mot rusmiddelproblemer, som gjelder 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 kommuner og lokalsamfunn, 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 legger gjennom handlingsplanen opp til en bred virkemiddelstrategi som omfatter hele

rusmiddelfeltet. Planen løfter fram følgende særskilte satsingsområder:

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

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

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

I 2003 ble det oppnevnt to rådgivende ekspertkomitéer for hhv. alkohol og narkotika. Brukerperspektivet er satt i fokus, idet regjeringen anser det som 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.

Behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere.

Regjeringen legger til rette for styrking av behandlingstilbudet gjennom omorganisering av ansvaret for tiltakene for rusmiddelmisbrukere: Fylkeskommunenes ansvar for andrelinjetiltak ble fra rusmiddelmisbrukere fra 1. januar 2004 overført til staten ved de regionale helseforetakene. Det legges særskilt vekt på å styrke helsetjenestens kompetanse og arbeid med denne gruppen. Det er også et mål å sikre mer helhetlige, individuelt tilpassede behandlingstilbud, slik at de enkelte klientene unngår å bli "kasteballer" mellom ulike instanser på området. Innføring av rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven fra 1. januar 2004 er et ledd i dette arbeidet.

Legemiddelassistert rehabilitering for tungt belastede heroinmisbrukere 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. Erfaringene er under evaluering.

Skadereduserende tiltak

Overfor tunge rusmiddelmisbrukere er det etablert en rekke skadereduserende tiltak, hvor fortsatt bruk av narkotika i større eller mindre grad aksepteres. De eksisterende lavterskel helsetiltakene for rusmiddelmisbrukere er styrket gjennom en betydelig økning i statstilskuddene. Lavterskel helsetiltak er et viktig redskap i kampen mot overdosedødsfall. Tiltakene omfatter bl.a. helsesjekk, vaksinasjoner, utdeling av brukerutstyr, smittevern, veiledning og oppfølging ved overdoser.

Nordisk og internasjonalt samarbeid

Økt internasjonalt samarbeid anses for å være blant de viktigste faktorene for å lykkes i å redusere tilgangen på narkotika i årene fremover. Internasjonalt samarbeid både på regionalt og globalt nivå betraktes som en av hovedlinjene i norsk narkotikapolitikk, og er en viktig del av en helhetlig tilnærming til bekjempelse av narkotikamisbruk. Norge har helt siden 1970 deltatt i et aktivt felles-nordisk samarbeid om narkotikaproblemene, fra 1979 gjennom Nordisk Ministerråd. Samarbeidet omfatter både politiet og tollvesenet, forskningssamarbeid, løpende utveksling av informasjon om

narkotikasituasjonen og tiltak, så langt mulig koordinering av landenes synspunkter i internasjonale fora, og tiltak for å utvikle samarbeidet med nærområdene. På europeisk nivå er Norge medlem av EMCDDA og Europarådets Pompidougruppe. Norge har ratifisert de tre FN-konvensjonene om narkotika, er medlem av FNs Narkotikakommisjon 2004 – 2007, og er en hovedbidragsyter til FNs narkotikaarbeid.

Organisering og koordinering på sentralt og lokalt nivå

Hovedansvaret for samordning av narkotikapolitikken, herunder forebyggende tiltak, omsorg og behandling, ligger i Sosialdepartementet. Helsedepartementet har fått et tydeligere ansvar for å utvikle helsetjenestene til rusmiddelmissbrukere. Justisdepartementet har ansvar for kontrollsidene.

Tre sentrale miljøer arbeider med forebygging av rusmiddelmissbruk:

- Norgesnett av de syv regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål
- Sosial- og helsedirektoratet
- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Disse opererer innenfor områdene undervisning og kompetanseutvikling, kvalitets- og tiltaksutvikling, tilskuddsforvaltning samt forskning og dokumentasjon,

I samsvar med gitte retningslinjer er kommunene ansvarlige for forebyggende tiltak, samt for å skaffe rusmiddelmissbrukere et behandlingstilbud. Utgangspunktet er at tjenestene skal forankres i lokalsamfunnet. 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 rusmiddelmissbrukere, 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 viktige bidrag, bl. a. ved å eie og drive behandlingssentre - og forsterkede botilbud, ofte med støtte av offentlige midler.

Politiet arbeider for å hindre narkotikarelatert kriminalitet fra to vinkler. For det første ved en 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 rettet mot ulike ungdomsgrupper, foreldregrupper og skoler der strategien er å forhindre rekrutteringen av nye grupper til narkotikamiljøet.

Forskerkommisjon

En kommisjon av forskere har, på oppdrag fra sosialministeren, sammenfattet eksisterende kunnskap om effekter av tiltak for å hindre rusmiddelmissbruk, pekt på behov for ytterligere forskning og indikert politiske dilemmaer og muligheter på området i årene som kommer. Kommisjonens utredning ble lagt frem i februar 2003. Sosialdepartementet vurderer, bl. a. på grunnlag av denne utredningen, fremtidig organisering av rusmiddelforskningen og prioritering av forskningstema.

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, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelse-tjenesteloven).

Endringer i lover og regelverk

Staten overtok f.o.m. 2002 eier- og driftsansvaret for sykehusene. Ansvar for videreutvikling av lavterskel helsetilbud og legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmissbrukere ble fra 1. januar 2002 forankret i Helsedepartementet. Det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for behandling av rusmiddelmissbrukere blir overført til staten ved Helsedepartementet f.o.m. 1. januar 2004.

Et flertall i Stortinget har anmodet Regjeringen om å legge til rette for forsøk med sprøyterom for tunge stoffavhengige. Et forslag til særlov om forsøksordning med lokaler for intravenøs bruk av narkotika, samt forslag til forskrift om gjennomføring av forsøksordningen er sendt på høring med svarfrist 16 februar 2004.

1.3 Finansiering og økonomisk støtte

I tillegg til ordinær finansiering av drift 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, de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, spesialiserte sentre for substitusjonsbehandling 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, narkotika og tobakk) ble SIRUS tildelt totalt 27, 4 mill kroner. i driftsmidler for 2003.

I 2003 var det over Sosialdepartementets budsjett bevilget 168,2 mill. kroner til rusmiddeltiltak mv. og 106 mill. kroner til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid¹. Bevilgningene går blant annet til

- tiltak for å forebygge og redusere bruk av rusmidler,
- behandling og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere og prostituerte,
- forsøks- og utviklingsarbeid knyttet til sosialtjenesten, frivillige organisasjoner og private stiftelser som utfører arbeid for svakere stilte grupper og frivillig rusmiddelforebyggende arbeid for å fremme rusfri livsstil og rusfrie miljøer.

Midlene til forsøks – og utviklingsarbeid er ikke øremerket rusmiddeltiltak alene, men en stor del av midlene benyttes til tiltak som er direkte rettet mot rusmiddelmissbrukere. Dessuten nyttes en stor del til andre tiltak som mer indirekte tilgodeser målgruppen, eksempelvis tiltak rettet mot prostituerte eller tiltak rettet mot utvikling av sosialtjenesten generelt.

¹ Statlige midler for 2003 som disponeres av Sosial- og helsedirektoratet er omtalt i kap 8.3. Tilskudd til skadereduserende tiltak i kommunene er omtalt i kap. 9.1

DEL II. Epidemiologi

Kapittel 2. Utbredelse av illegale stoffer og bruksmønstre

2.1 Hovedtrekk og nye trender

SIRUS' årlige spørreundersøkelse blant 15-20 åringer viser en markant økning i alkoholforbruket i de senere år, men ingen store endringer når det gjelder bruk og holdning til illegale stoffer. Det har vært en utflating, til dels en liten nedgang i bruken av cannabis de siste to til tre årene. Amfetaminbruken har derimot økt noe og holder stand som det mest brukte illegale stoffet utenom cannabis, mens ecstasybruken har holdt seg på det samme nivået siden 2000. Det ser imidlertid ut til å ha vært en økning i andelen som oppgir at de noen gang har brukt kokain.

Det er de siste år ikke foretatt tilsvarende surveyundersøkelser i den voksne befolkningen. Men det at stadig flere bilførere tas for kjøring i narkotika- og medikamentrus er en indikasjon på utbredelsen blant voksne. I 2002 var økningen i antall tilfeller nesten 20 %. I prøvene finner en illegale stoffer og et stort innslag av legemidler, spesielt nerveberoligende og sovemedisiner. Mens forekomsten av flunitrazepam (virkestoffet i Rohypnol) var meget høy i 2002, har det vært en markant nedgang av Rohypnol i trafikkaker i 2003. Antall positive funn, analysert ved Folkehelseinstituttet, er mer enn halvert sammenlignet med 2002.

Ulike datakilder og undersøkelser viser at narkotika i stadig større omfang brukes og omsettes utenfor Oslo. Det er neppe grunnlag for å si at det er blitt flere utsatte ungdommer enn før, men rural – urban konstellasjonen er i ferd med å endre seg. Dessuten er den sosiokulturelle dimensjonen, med en økt tilgjengelighet av nye stoffer i nye miljøer en relativt tydelig trend sett over en noe lengre tidsperiode.

En mangler fortsatt gode indikatorer til å kunne estimere det tyngre misbruket, som inntak av heroin, amfetamin, kokain, regelmessig bruk av ecstasy og langvarig cannabisbruk.

Når det gjelder omfanget av aktive sprøytebrukere, hvorav de fleste inntar heroin, tyder beregninger på at antallet var svakt økende fram til 2003. Det etter hvert betydelige antallet opiatmisbrukere som er under legemiddelasistert rehabilitering, har trolig bremsert en enda større økning.

HIV-insidensen blant sprøytebrukere har holdt seg stabilt lav gjennom de siste 10 år, mens Hepatitt B utbruddene fortsetter. Hepatitt C overvåkes ikke i Norge i samme grad som hepatitt A og B. Nysmitte med hepatitt C virus blant misbrukere er derfor ukjent, men det antas at mørketallene er betydelige.

I 2003 har det på ny vært en markert nedgang i antall narkotikadødsfall. Den foreløpige oversikten fra Kriminalpolitisen (Kripos) viser at 172 personer døde som følge av bruk av narkotika i 2003. Dette er om lag 18 % færre enn i 2002 og nesten en halvering fra 2001 da det ble innrapportert 338 dødsfall. Nedgangen kan skyldes flere forhold, som svært lav styrkeprosent i heroinet, at stadig flere opiatmisbrukere får substitusjonsbehandling, og at lavterskel helsetiltak nå finnes i flere kommuner.

Kripos' oversikt for 2003 viser at det for første gang på over 10 år har vært en klar nedgang i antall innkomne narkotikasaker. Narkotikabeslagene gikk ned med nærmere 17 %. Det mest oppsikt-

svekkende er den svært store tilbakegangen for Rohypnol som sto for 54 % av den samlede nedgangen alene. Sett ut fra antall beslag kan det synes som spredning og bruk av ecstasy går tilbake. Beslagene av heroin er i antall på 1994 nivå og heroinet har aldri hatt lavere styrkeprosent (23 % i gjennomsnitt).

På den annen side viser beslaglagt mengde svært høye tall for flere stofftyper. Det gjelder særlig for amfetamin hvor beslagsmengden i 2003 var rekordhøy.

Det er ikke påvist utbredelse av nye syntetiske stoffer, noe som illustreres ved at virkestoffet MDMA ble påvist i 99 % av ecstasybeslagene. Utbredelsen av GHB bør fortsatt følges med oppmerksomhet. Det ble gjort 124 beslag, en økning på 60 % fra 2002. GHB var registrert i 21 politidistrikter.

Kokainproduktet 'crack' er påvist i to beslag i 2003.

2.2 Narkotikabruk i befolkningen

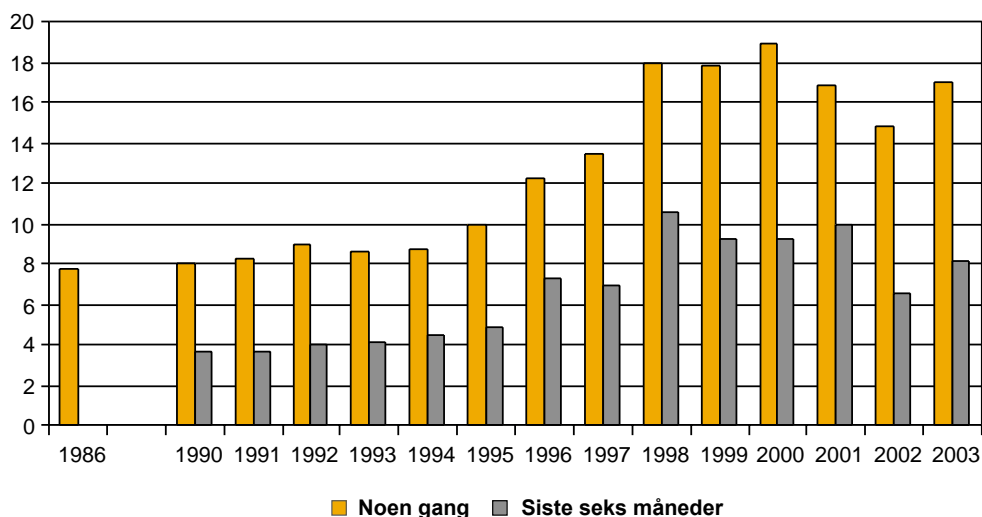
2.2.1 I den vanlige befolkningen

Den siste landsomfattende intervjuundersøkelsen om bruk av alkohol og andre rusmidler i den norske befolkningen ble foretatt i 1999. Hoveddataene fra denne ble presentert i rapporten for 2002. Den neste intervjuundersøkelsen er planlagt i 2004. Spørsmålene vil tilpasses EMCDDAs standarder, slik at dataene kan sammenlignes med EU-landene.

2.2.2 Blant ungdom

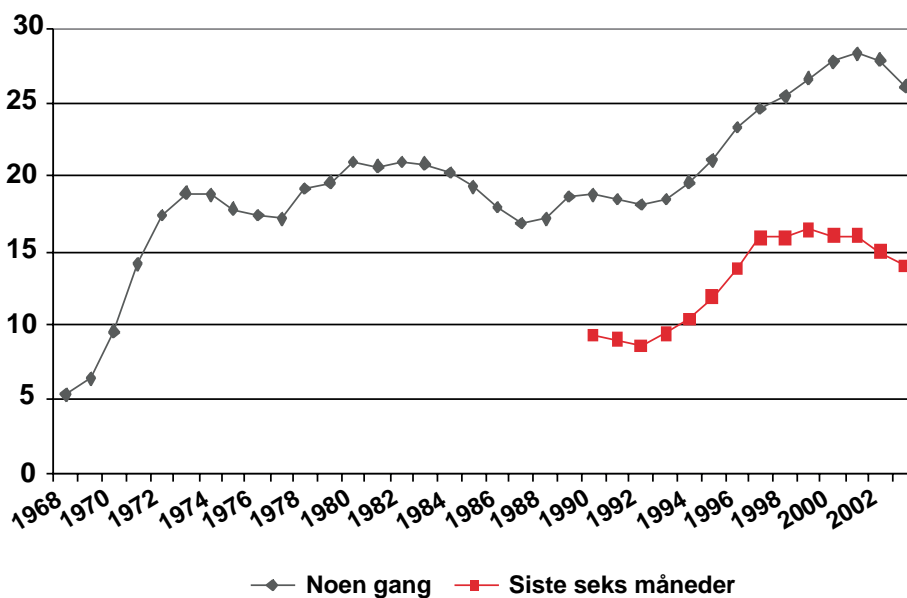
SIRUS foretar årlige spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i alderen 15 - 20 år. 2003 undersøkelsen viser ingen store endringer i bruken av illegale stoffer. Som i de senere år, er det mindre forskjell enn tidligere mellom andelen unge på landsbasis og unge i Oslo som oppgir å ha brukt ulike stoffer. Mens andelen på landsbasis som oppgir at de har brukt cannabis noen gang og i løpet av siste seks måneder, har vært henholdsvis omkring 15-17 % og 8-10 % i de siste tre år, har de tilsvarende andelen hvis en bare ser på ungdom i Oslo, vært omkring 25-28 % og 7-12 % (figur 1 og 2).

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 - 2003.



Kilde: SIRUS

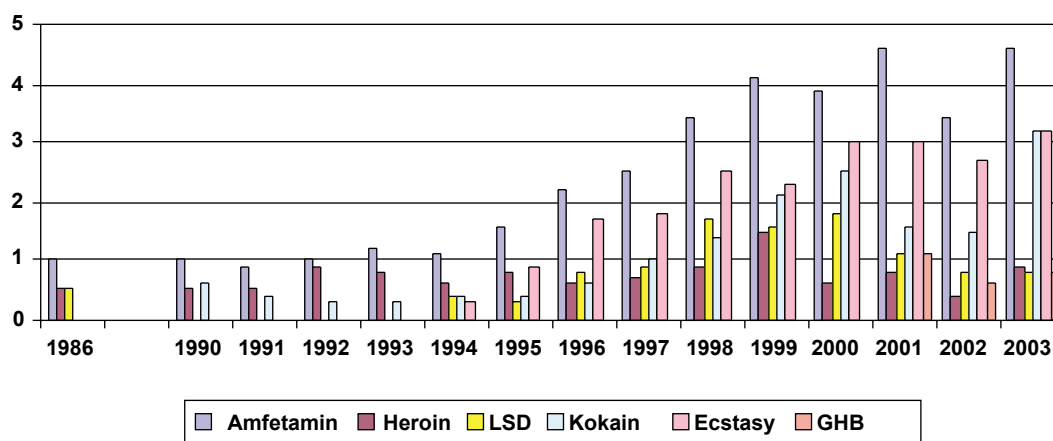
Figur 2. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder, 1968 - 2003 (treårig glidende gjennomsnitt).



Kilde: SIRUS

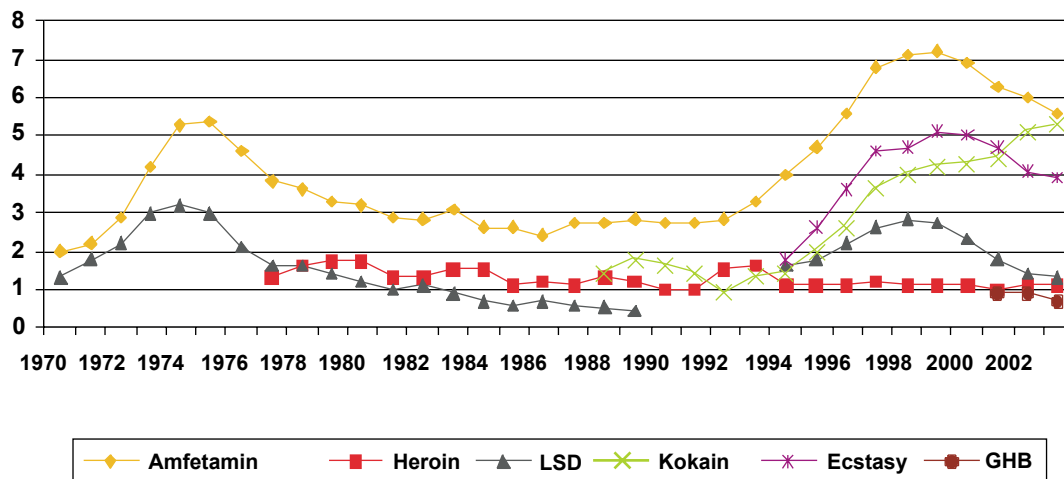
Når det gjelder andelen som oppgir at de har brukt andre stoffer, har det stort sett vært en utflating de siste par år (figur 3 og 4). Eksempelvis har andelen 15-20 åringer på landsbasis som oppgir at de noen gang har brukt ecstasy, holdt seg på omkring 3 % og 4-5 % i Oslo. Det ser imidlertid ut til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

Figur 3. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1986 - 2003.



Kilde: SIRUS

Figur 4. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer 1970 - 2003 (treårig glidende gjennomsnitt).



Kilde: SIRUS

Hva gjelder tilgjengelighet av illegale rusmidler, ser situasjonen ut til å ha vært relativt stabil i de senere år målt gjennom spørsmål om hvorvidt de unge er blitt tilbudt ulike stoffer. Andelen 15-20 åringer på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt cannabis, har vært omkring 40 % i den siste 5-årsperioden, mens andelen som mener at de vil kunne klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager hvis de skulle ønske det, har vært omkring 65 %. Likeledes har andelen på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt amfetamin og ecstasy ligget på omkring henholdsvis 14-17 og 13-14 %.

For 15-20 åringer i Oslo har andelen som har oppgitt at de er blitt tilbudt cannabis ligget omkring 55 %, at de skulle klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager omkring 70 %, mens andelen som oppgir at de er blitt tilbudt amfetamin eller ecstasy har ligget på omkring henholdsvis 20-25 % og 17-22 %.

Undersøkelsen fra 2003 bekrefter ellers tendensen fra de senere år om at andelen som uttrykker en positiv holdning til narkotika, ikke lenger øker. De siste to-tre år har omkring 10 % av 15-20 åringer på landsbasis og 13 % i Oslo gitt uttrykk for at de synes at cannabis bør kunne selges fritt her i landet.

Statistiske feilmarginer

Tallene er beheftet med statistiske feilmarginer, og må tolkes med stor forsiktighet. Spørreskjemaundersøkelser er alltid 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 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. (www.sirus.no)

ESPAD-undersøkelsen -2003 (den norske delen)

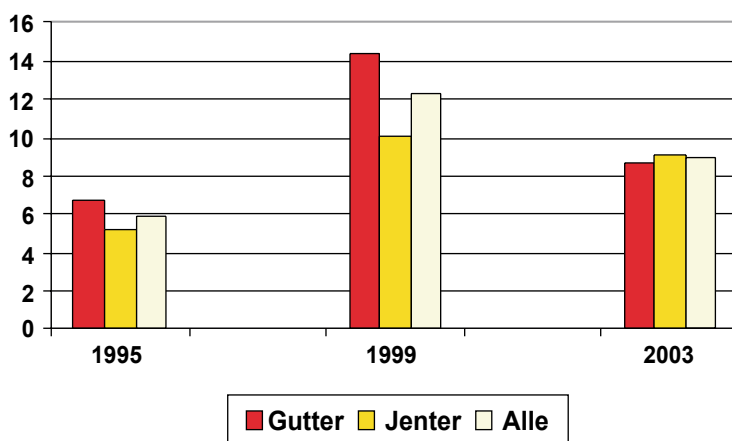
European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) er en europeisk spørreskjemaundersøkelse om bruk av rusmidler blant 15-16 åringer. Undersøkelsen omfatter omkring 30 land, Norge inkludert. Det foreligger nå tre datainnsamlinger 1995, 1999 og 2003.

I den norske delen inngår i underkant av 4 000 10. klassinger (9. klassinger i 1995 undersøkelsen). Figurene 5-7 viser hovedresultater om bruk av narkotika i de tre undersøkelsene. Den internasjonale rapporten der Norge sammenlignes med andre europeiske land, vil foreligge i løpet av 2004.

Cannabis

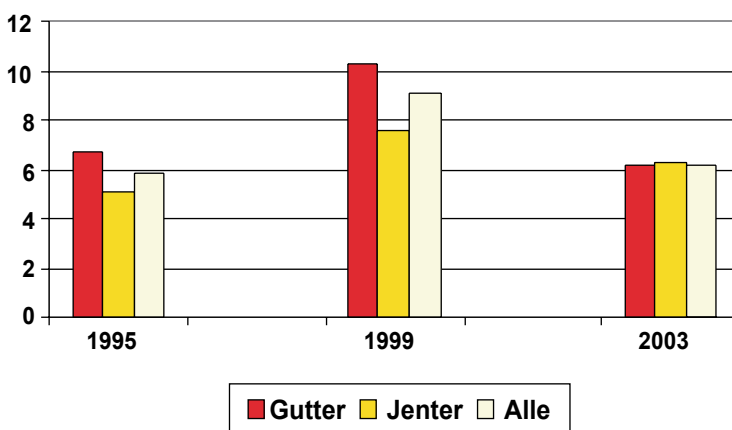
Mens det skjedde en relativt dramatisk økning fra 1995 til 1999 i andelen som oppga at de hadde brukt cannabis, var det i 2003 en klar nedgang både når det gjelder andel som rapporterer at de har brukt cannabis noen gang (figur 5), i løpet av de siste 12 måneder (figur 6) og i løpet av de siste 30 dager (figur 7). Som det framgår av figurene er nedgangen fra 1999 til 2003 relativt markant. Den samme tendensen kan ses i de årlige ungdomsundersøkelsene i aldersgruppa 15-20 år.

Figur 5. Prosentandel blant gutter og jenter som oppgir at de har brukt cannabis noen gang.



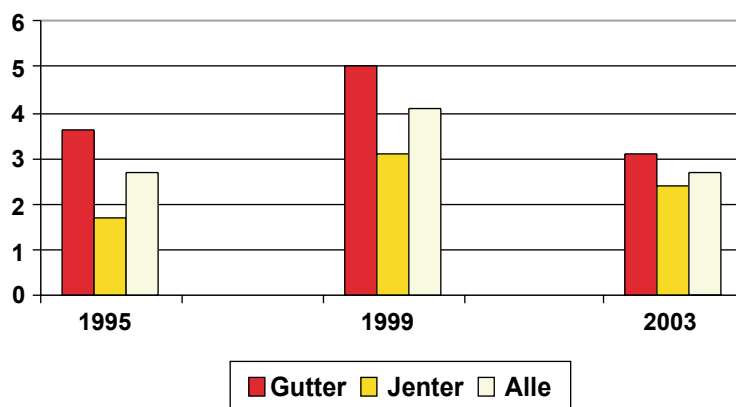
Kilde: SIRUS

Figur 6. Prosentandel blant gutter og jenter som har brukt cannabis i løpet av de siste 12 måneder.



Kilde: SIRUS

Figur 7. Prosentandel blant gutter og jenter som oppgir å ha brukt cannabis de siste 30 dager.



Kilde: SIRUS

Andre narkotiske stoffer

Når det gjelder andre narkotiske stoffer har det også vært en nedgang fra 1999 til 2003. Tallene er imidlertid små og må tolkes med forsiktighet. Det er 1-2 % som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin, ecstasy, kokain og heroin. For bruk av legemidler som f eks Valium, Rohypnol og Mogadon uten forskrivning av lege, var andelen som oppga at de noen gang hadde brukt dette 2,7 % i 1995, 3,5 % i 1999 og 2,5 % i 2003.

Sniffing

Det har vært en jevn nedgang fra 1995 til 1999 og videre til 2003, bortsett fra andelen som oppgir å ha sniffet løsemiddel i løpet av siste 30 dager. (SIRUS rapport nr. 5/2003).

2.2.3 Kartleggingsundersøkelser

Narkotikasituasjonen i utvalgte kommuner

SIRUS gjennomførte i 2002 en kartlegging av narkotikasituasjonen i et utvalg på 60 kommuner gjennom informasjon fra rapportører i tre etater i hver kommune om situasjonen i 2001. Det er gjort liknende undersøkelser siden 1992, men da spørreskjemaet var annerledes kan ikke dataene sammenlignes.

De 60 kommunene omfatter et forholdsvis representativt utvalg av landets kommuner, både når det gjelder størrelse og geografisk fordeling. Samtlige fylker er representert og den største kommunen i hvert fylke er med. Utvalget er inndelt i store kommuner, Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum, 21 mellomstore kommuner (mellom 20.000 og 99.000 innbyggere) og 34 mindre kommuner (mellom 1.000 og 19.000 innbyggere). Totalt bodde 50 % av landets befolkning i de 60 utvalgte kommunene per 1. januar 2002 (SSB, Befolkningsstatistikk).

Da kartleggingen bare omfatter et utvalg kommuner gir ikke dataene et helhetlig bilde av situasjonen for hele landet. De fleste sammenligninger av dataene gjøres på bakgrunn av de tre ulike kommunestørrelsene. Dataene er dessuten i stor grad basert på informasjon om personer som er kjent av rapportørene. Datagrunnlaget kan derfor si noe om tendenser og trender, men ikke om prevalensen.

Data for kartleggingen i 2002 var innhentet fra politiet, helse- og sosialetaten og oppsøkende tjeneste. Alle ble bedt om å gi et anslag over antallet brukere av narkotiske stoffer i kommunen, hvorvidt det var observert en økning endringer i tilgangen på stoffer og prioriteringen av narkotikaretett arbeid i etatene i løpet av året. Svarprosenten var høy (83 – 91,5%) for de tre etatene.

I de fleste kommunene i utvalget ser det ut til at både politiet og sosialetaten har inntrykk av at det har vært en generell økning av antall brukere av narkotiske stoffer fra 2000 til 2001. Svært få av rapportørene mener at det har blitt færre brukere av noen av stoffene.

Cannabis, amfetamin og beroligende midler nevnes av de fleste som stoff det har blitt flere brukere av.

Beroligende midler skilte seg også ut som en "stoffgruppe" som mange informanter mener har fått flere brukere. Rohypnol var den hyppigst nevnte.

Når det gjelder amfetamin, rapporterte over halvparten at det har blitt flere brukere det siste året. Ingen mente det har blitt færre brukere av amfetamin, og det var heller ingen som mente at stoffet ikke finnes i kommunen.

Oppsummert kan en si at ungdom under 18 år etter informantenes oppfatning i hovedsak bruker cannabis og amfetamin. I aldersgruppen 18-41 år finner en de fleste typiske brukerne av alle narkotiske stoffer, mens i aldersgruppen over 41 år er det få som bruker amfetamin og ecstasy. En tredjedel av sosialetatene og nesten halvparten av politiet rapporterer at opiater også inntas ved røyking. Mer generelt rapporteres det fra sosialtjenestene at det er flere misbrukere som injiserer, uavhengig av stofftyper, og at det eksperimenteres med ulike stoffblandinger (www.sirus.no).

I 2003 ble datainnsamlingen utvidet til å omfatte samtlige 434 kommuner i Norge, noe som vil gi et bedre bilde av forholdene. Dataene vil bli analysert i 2004. Hensikten med en årlig rapportering er primært å kunne gi informasjon om hvordan situasjonen endrer seg. Kartleggingen vil sammen med andre metoder også kunne bidra til bedre å estimere den mer problematiske narkotikabruken.

'Føre Var' modellen

'Føre Var' er en ny modell i Norge til å kartlegge og overvåke rusmiddelsituasjonen. Modellen (på engelsk: Earlier Warning system) har opphav i England og Nederland på begynnelsen av nitti-tallet. Bakgrunnen var et behov for å redusere tidsspennet mellom introduksjon av nye rusmidler i ungdomsmiljøer til kunnskapen nådde fagfeltet, og enda senere ble inkludert i offentlig statistikk. Tiltaksapparatet var ofte langt på etterskudd av innovative ungdommer som i høy hastighet lanserte nye rusmidler for andre i ungdomsmiljøene.

'Føre Var' er hittil blitt lansert i Bergen og Oslo. Mens en ellers i Europa har hatt mest fokus på nye syntetiske stoffer rusmidler innenfor "partydop" kategorien, har de to byene valgt å overvåke alle typer rusmidler, inklusiv alkohol. Det er gjort en sammenstilling av faktiske data, statistikk mv, og informasjon fra nøkkelpersoner i ungdomsmiljøene og andre informanter.

Bergen ved Stiftelsen Bergensklinikkene publiserte i 2003 to halvårsrapporter (i mai og november) Oslo ved Rusmideletatens kompetansesenter utga den første halvårsrapporten i desember 2003.

Bergensrapporten for november melder om:

- En utfłating av alkoholsalget i løpet av de siste seks månedene etter to perioder med økning
- Ingen endring når det gjelder flertallet av illegale rusmidler
- En liten økning i tilgjengelighet og bruk av cannabis
- En liten reduksjon i tilgjengelighet av ecstasy
- En økning i tilgjengelighet og bruk av Temgesic i risikomiljøer og blant tunge rusmiddelmisbrukere
- En utjevning av bruk av anabole steroider etter en økning de siste seks foregående månedene

(www.bergenclinics.no).

Hovedtrekken i Oslorapporten :

- En økning i ungdommers (under 25 år) bruk av alkohol
- Bruk av cannabis øker noe eller holder seg på konstant på et relativt høyt nivå
- Ingen nye rusmidler
- Sterk nedgang i overdosedødsfall
- Blandingsmisbruk mest utbredt
- Ecstasy er mindre brukt, på vei ut?
- Kokain på vei inn i ungdomsmiljøet?

(www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/)

Dataene må tas med mange forbehold, da det er få respondenter. Førre Var modellens fortrinn ligger i å være et tilstandsbarometer som kan peke på tendenser i positiv eller negativ retning. Det vil likevel være interessant å vurdere om informasjonen korrelerer med for eksempel beslagsdata og spørreundersøkelser som omhandler de to byene. Trolig vil treffsikkerheten i observasjonene på sikt bli god. En by er et avgrenset aksjonsområde og personlig kontakt med og mellom faste rapportører gjør det mulig å verifisere opplysningene. Dessuten gjort det ganske korte intervallet – hvert halvår – mellom hver publisering informasjonen tidsaktuell.

2.2.4 Narkotika i fengslene

Fengselsamfunnet gjenspeiler og konsentrerer de problemer som finnes i samfunnet utenfor. Andelen innsatte som sitter fengslet for brudd på narkotikalovgivningingen har vært økende og er i samsvar med det økende problem som en ser i Norge for øvrig. I 2001 var det i underkant av 30 % innsatte som til enhver tid sitter i norske fengsler dømt for ulike typer narkotikalovbrudd. Utover dette er en del domfelte dømt for narkotikarelaterte forbrytelser som har direkte sammenheng med rusmiddelmisbruk; typisk er tyverier og vinningskriminalitet begått for å skaffe penger til å finansiere stoffmisbruket 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 og fengslenes og visitasjonspatroljenes innrapporteringer til Fengselsstyret.

Fengslene har etter ikrafttreddelsen av straffegjennomføringsloven av 18. mai 2001 fått bedre muligheter til kontrolltiltak i forhold til rusbekjempelse. Bl.a. er det gitt hjemmel for å avkreve 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 (eksplorasjon av kroppens hulrom) har vært relativt stabilt i perioden 1993 - 2002. Samlet har antallet funn av narkotika og brukerstyr økt fra 1988 til 2002. I 1988 ble det gjort 234 funn av narkotika og 777 av brukerstyr, mens det i 2002 ble det gjort 651 funn av narkotika og 1 008 av brukerstyr. 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 1 999 i 2002. Men siden det totale antall prøver de samme årene økte fra 6 706 til 21 663, har andelen positive prøver gått vesentlig ned i samme periode, fra 15,2 % til 9,2 %. En del av denne nedgangen skyl-

des mer presis statistikk f.o.m. 2002, da legalt inntak av narkotiske midler (legemidler og legalt forekrevet metadon/Subutex-prøver) samt inntak av narkotiske stoff før ankomst fengsel, ikke lenger medregnes i tallet over illegalt inntak i påviste prøver. Dette skulle m.a.o. tilsa at ca 90 % av alle urinprøver ikke viser spor av illegalt narkotikainntak i fengslene. 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. 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 (Fhi).

2.3 Problematisk bruk av narkotika²

Beregninger av omfang av problembruk av narkotika i Norge bygger på antall overdosedødsfall. Beregningene gir kun anslag for omfang av sprøytemisbruk. Estimeringen er gjort ved bruk av en multiplikator metode med utgangspunkt i registre over antall narkotikadødsfall. På bakgrunn av denne metoden ble antall sprøytemisbrukere på landsbasis anslått i 1989 til 4-5 000, i 1999 til 9-12 000, i 2001 til 10 500-14 000 og i 2002 til 11 – 15 000 personer. Dette tilsier en dobling fra 1990 til 1999 og trolig en svak økning etterpå.

Heroin er det dominerende stoff ved injeksjon. Amfetamin og kokain kan også injiseres, men det er sjelden at personer som gjør dette dør av overdose. Slik injisering vil derfor være underrapportert i tallene. Langvarig eller jevn bruk av opiater, amfetamin eller kokain uten injisering av stoffet vil heller ikke være inkludert i estimatet over antall sprøytemisbrukere. Det faktiske omfang av problembruk av narkotiske stoffer omfatter derfor flere enn 11-15 000 personer. Ca. en tredel av sprøytemisbrukere er kvinner og dette har holdt seg stabilt over tid.

Misbrukerpopulasjonen ser ut til å bli eldre. Studier blant personer som oppsøker sprøytebussen i Oslo viser at gjennomsnittsalderen har økt noe. Dette kan skyldes at få kommer seg ut av misbruket og at sprøytebrukere dermed eldes. Økt gjennomsnittsalder kan også skyldes at rekruttering skjer i høyere aldersgrupper enn før.

Den antydning til vekst i beregnede tall for omfang av sprøytemisbruk som vist over, betyr ikke nødvendigvis at rekrutteringen fortsatt øker. Selv lavere rekruttering vil bidra til økt omfang hvis det er få personer som slutter med problembruk eller som dør. Det økte omfang av metadonbehandling fra 1999 til 2002 og stabilitet i antall behandlingsplasser for øvrig, tilsier at en større andel enn før går ut av aktivt sprøytebruk. Dette kan tyde på at rekrutteringen til sprøytemisbruk ikke avtar.

SIRUS er nå i ferd med å utvikle flere metoder, bl.a ved hjelp av data fra kommuneundersøkelsene for bedre å kunne estimere det problematiske tunge misbruket av narkotika.

Risikoatferd

Risikoatferd knyttet til injisering er relatert til risiko for infeksjonssykdommer, skader som følge av feilinjisering og risiko for overdose. I tillegg viser kartlegginger at helse- og ernærings situasjonen generelt er dårlig i denne gruppen, spesielt for tyngre misbrukere. Disse er derfor i høy grad mottagelige for infeksjoner og sykdommer generelt.

2 EMCDDA's definisjon er her lagt til grunn. Senteret definerer problematisk bruk som injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiater, kokain og/eller amfetamin.

Erfaringer fra rusmiddelomsorg og oppretting av ulike lavterskeltilbud viser at det er et stort underforbruk av de ordinære legetjenester blant rusmiddelmissbrukere. Lavterskeltilbud er for eksempel helsetjenester, som ikke krever timebestilling og som er rettet inn mot de problemer misbrukeren har. Andre tilbud er overnatting og matsservering, samt omsorgs- og aktiviseringstilbud for øvrig. Sprøyteutdeling og gratis kondomer er ofte en integrert del av tjenestene. De store byene og noen folkerike kommuner har etablert slike lavterskeltilbud (kap. 8).

HIV testing er fortsatt utbredt blant sprøytebrukere, nesten 90 % har testet seg de siste 3 år. Omfang av HIV blant sprøytemisbrukere i Norge er fortsatt stabilt lavt sammenlignet med de fleste land i Europa, selv om antall nye tilfelle i 2002 var høyere enn på mange år (kap. 3.3). I en studie av brukere av sprøytebussen i Oslo (Hepatitt C undersøkelsen fra Rusmiddeletaten i Oslo) sa over 70 % at de kjente sin hepatitt C status, 58 % svarte at de var positive og 14 % at de var negative. Ved blodprøver ble det påvist antistoff for hepatitt C hos over 80 % i den samme gruppe.

Omfang av sprøytedeling er målt med noenlunde sammenlignbare spørsmål i undersøkelser fra 1992, 2000 (Brukerundersøkelser "sprøytebussen") og 2002 (Hepatitt C undersøkelsen) blant brukere av "sprøytebussen". I 1992 oppga 32 % av alle som svarte at de hadde benyttet en sprøyte siste 4 uker som noen andre (inklusive fast partner) hadde brukt først. Undersøkelsene i 2000 og 2002 viste noe lavere tall, ca 16 %. Dette kan tyde på at sprøytedeling er redusert i 10-årsperioden.

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 klientkartleggingsskjema, 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.

På grunn av offentlig regelverk knyttet til personvern telles data fra klientkartleggingssystemet sammen på tiltak/institusjonsnivå, før det samles regionalt og nasjonalt som aggregerte tall fra hver enkelt tiltak/institusjon. 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 narkotika-problematikk. 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 tiltak/institusjoner samme år. Klienten kan ikke "følges gjennom systemet" over tid.

Det arbeides for å få klientkartleggingssystemet over på individbasert datainnsamling, slik at det vil kunne brukes i EMCDDAs indikator for etterspørsel etter behandling. Det er utformet forslag til system for kryptering av data og personidentifikator inne på det enkelte tiltak/institusjon, system for 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 imidlertid kunne godkjennes av Datatilsynet. Helsedepartementet og Sosialdepartementet er involvert i denne prosessen.

Tabell 1. Registrerte henvendelser, påbegynte og avsluttede behandlinger.

År	Antall tiltak besvart	Ant. henvendelser	Ant. påbegynte behandlinger
1998	110	18 115	13 541
1999	110	20 426	15 700
2000	113	26 462	18 981
2001	106	23 280	17 850

Samme person kan være registrert flere ganger samme år. Omfatter både personer med primært alkohol problem og personer med primært narkotikaproblem

Kilde: Stiftelsen Bergensklinikkene

Tabell 1 viser utviklingen av registrerte henvendelser og påbegynte behandlinger fra 1998 til 2001. Tellingene for 2002 er under innsamling. Nedgangen i antall tiltak for 2001 skyldes omlegginger i Oslo, samt dataproblemer i flere tiltak/institusjoner. Til sammen i de fire årene 1998 til 2001 har 145 forskjellige tiltak levert tellinger til den nasjonale klientkartleggingen. 80 tiltak har levert tellinger alle fire årene.

Når henvendelsene 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 i 2001 43 % kvinner og 57 % menn som henvender seg, mens i aldersgruppen 51 til 60 år er 21 % av henvendelsene fra kvinner, og 79 % fra menn. Det er samme tendens i kjønnsforskjellene i aldersgruppene i tellingene for 1998, 1999 og 2000.

Alkohol er det rusmiddelet som er mest brukt av flest menn, ca. 36 %, mens 28 % av mennene har heroin/andre opiater som mest brukte rusmiddel. Vanligste "mest brukte rusmiddel" for kvinnene er alkohol (28 %) og heroin/andre opiater (også 28 %). En klart større del av kvinnene (over 9 %) enn av mennene (vel 3 %) har vanedannende medikamenter som mest brukte rusmiddel. Ecstasy var mest brukte rusmiddel i 14 tilfeller i 1998, i 18 tilfeller i 1999, og i 82 tilfeller i 2000. Tellingen for 2001 viste ecstasy som mest brukte rusmiddel i 49 tilfeller.

Vanedannende medikamenter er "nest mest brukt" av flest klienter, fulgt av cannabis. Alkohol og heroin/andre opiater er oppgitt som "nest mest brukte rusmiddel" av ca. 4-5 % for begge kjønn. 153 tilfeller gjaldt ecstasy, 27 gjaldt LSD o. l. (Stiftelsen Bergensklinikkene).

3.2 Narkotikarelaterte dødsfall

I Norge er det to instanser som registrerer narkotikadødsfall, Statistisk sentralbyrå (SSB) og 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.

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 imidlertid med ujusterte tall også for tidligere år for å gi et riktig sammenligningsgrunnlag.

Tabell 2. Dødsfall som skyldes bruk av narkotika. Antall og fordeling på kjønn. Ifølge Kripos og SSB (underliggende årsak)

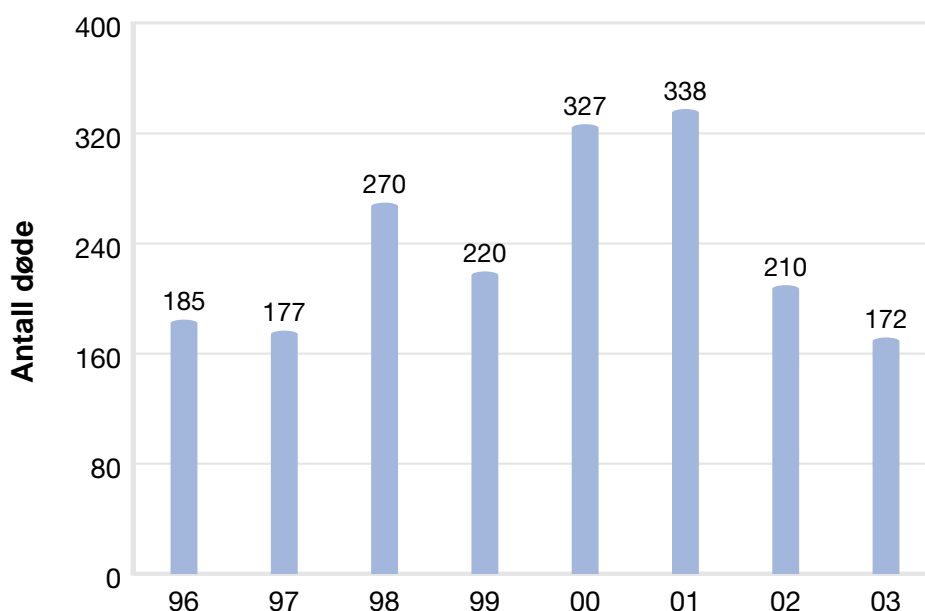
1991-2003	Antall døde ifølge KRIPOS			Antall døde ifølge SSB*		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
1991	74	22	96	66	22	88
1992	78	19	97	81	23	104
1993	77	18	95	76	17	93
1994	102	22	124	105	19	124
1995	108	24	132	114	29	143
1996	159	26	185	173	31	204
1997	149	28	177	160	34	194
1998	226	44	270	228	54	282
1999	181	39	220	191	65	256
2000	264	63	327	302	72	374
2001	286	52	338	327	78	405
2002	166	44	210			
2003	134	38	172			

* Tallene fra 1996 og utover er klassifisert og kodet etter ny revisjon. Tallene før og etter 1996 er derfor ikke direkte sammenlignbare. Selvmord der narkotiske stoffer er benyttet er inkludert fra og med 1996.

Kilde: Kripos og SSB

Den foreløpige oversikten fra Kripos viser at nedgangen i antallet narkotikarelaterte dødsfall som startet i 2002 har fortsatt i 2003 (figur 8). Politidistriktene melder om at til sammen 172 personer -134 menn og 38 kvinner - døde som følge av bruk av narkotika i 2003. Dette er 38 færre enn i 2002 og nesten en halvering fra toppåret 2001 da det ble innrapportert i alt 338 slike dødsfall. Ikke siden 1995 har det vært så få dødsfall som i 2003.

Figur 8. Narkotikarelaterte dødsfall 1996-2003



Kilde:Kripos

Gjennomsnittsalderen på de avdøde var beregnet til 35 år for menn og 34 år for kvinner. I alt 20 av 27 politidistrikter meldte om narkotikarelaterte dødsfall i 2002. Det var tre færre enn i 2001. Tendensen går i retning av at dødstallene fordeler seg mer på distriktene. Selv om det er Oslo politidistrikt som fortsatt melder om klart flest dødsfall, har Oslos andel vært sterk synkende de siste årene, fra ca. 50 % i 1998 til ca. 30 % i 2003. På den annen side har det i noen politidistrikt vært en markert økning, selv om det er få i antall.

Årsaksfaktorer

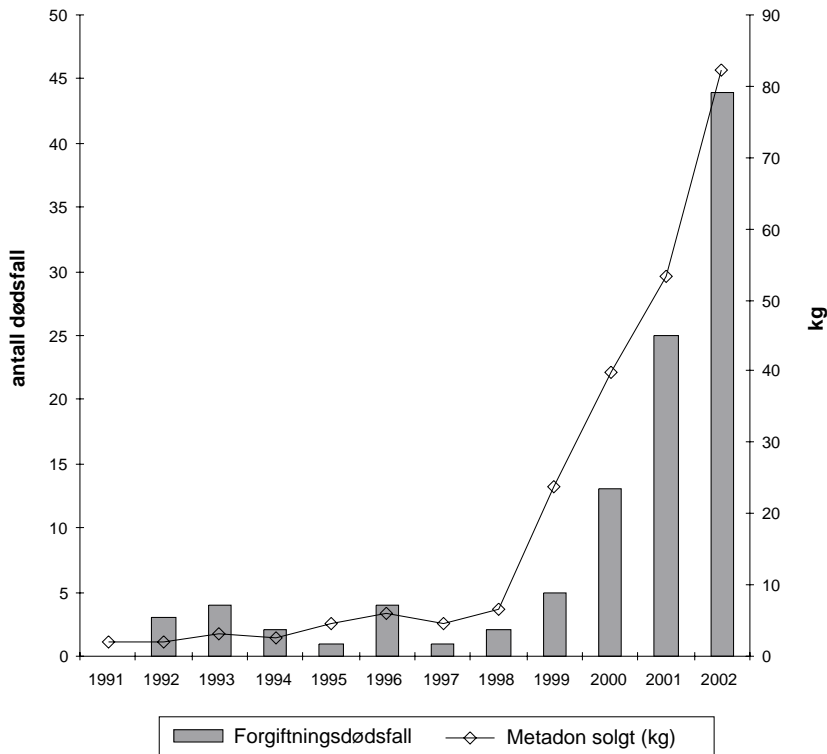
De store svingningene i antallet narkotikadødsfall de siste fem årene har ingen enkel forklaring, og vi har fremdeles manglende kunnskaper på dette området. Faktorer som høyst sannsynlig har innvirket på den meget sterke nedgangen fra og med 2002:

- En meget lav gjennomsnittlig styrkeprosent på heroin i 2002 (30%), rekordlav i 2003 (23 %)
- Antall personer i legemiddelassistert behandling har økt sterkt, særlig i Oslo, men også i andre deler av landet
- Det er blitt flere lavterskel helsetiltak i de større byene
- En sterkt redusert tilgjengelighet av illegal Rohypnol (flunitrazepam) i 2003 kan i noen grad vært medbestemmende.

Metadon-relaterte dødsfall

En sammenstilling av forekomst av metadon ved rettslige obduksjoner, dvs prøvemateriale analysert ved Folkehelseinstituttet, og salg av metadon, viser en meget høy korrelasjon mellom total foreskrevet mengde og antall forgiftningsdødsfall der metadon har vært en viktig faktor. Det ses en kraftig økning av antall slike dødsfall de siste par årene parallelt med økning i foreskrevet mengde. Forgiftninger med metadon alene utgjør 10 % av materialet som figur 9 baserer seg på, resten er hovedsakelig blandingsforgiftninger.

Fig 9. Metadon-relaterte dødsfall i Norge 1991-2002



Kilde: Fhi

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.).

Etablering av norsk register for narkotikadødsfall

For å følge utviklingen i overdosedødsfall og ha mulighet for å evaluere behandlingstilbud og forebyggende tiltak har Helsedepartementet gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å etablere et nytt nasjonalt register basert på en enhetlig registrering. For å følge den internasjonale utviklingen er det dessuten viktig at statistikken er sammenlignbar over landegrensene. Det er opprettet en referansegruppe bestående av representanter fra rettsmedisin, Kripus, SIRUS, Sosial- og helsedirektoratet og SSB.

Den første fasen som prosjektet nå er inne i, vil bestå i å utarbeide definisjoner på narkotikadødsfall og kriterier for inndeling i underkategorier. Det er bl.a. viktig å finne kriterier som skiller reelle overdosedødsfall fra andre dødsårsaker, for eksempel trafikkulykker og selvmord. Foruten konklusjoner fra rettslige obduksjoner og rettsstoksikologiske analysefunn, vil rapportering fra de enkelte politidistrikt til Kripus være viktige informasjonskilder. Kriterier for klassifisering av narkotikadødsfall utarbeidet av EMCDDA vil være til hjelp i etableringen av det norske registeret. I tillegg til harmoniseringen mot andre europeiske land, er det viktig at det nye registeret fanger opp eventuelle særnorske forhold.

Prosjektet er foreløpig tildelt midler for 2003 og registeret forventes å være på plass i 2004. Det er foreløpig ikke tatt stilling til hvilken instans som skal ha ansvaret for opprettholdelse og drift av registeret (Fhi).

3.3 Smittsomme sykdommer

HIV og AIDS

I 2002 ble det til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) rapportert 205 tilfeller av HIV-infeksjon. Kun 16 av disse tilfellene var blant injiserende misbrukere. Dette representerer en liten økning i nydiagnostiserte tilfeller sammenlignet med de seneste årene, men det er for tidlig å si om dette innevarsler økende smittespredning blant stoffmisbrukere. Halvparten av tilfellene ble rapportert fra Oslo, 11 var menn og fem kvinner, medianalder var 36 år. To av tilfellene var innvandrere smittet før ankomst Norge, begge fra tidligere Øst-Europa. Totalt er det per 31. desember 2002 diagnostisert 472 HIV-positive med injiserende misbruk som risikofaktor. Dette utgjør 19 % av alle rapporterte tilfeller av HIV siden 1984. 131 av disse er rapportert innsyknet med AIDS (tabell 3).

Tabell 3. Andel sprøytebrukere av registrerte personer med HIV-infeksjon og AIDS med risikoatferd sprøytebruk, etter diagnoseår.

	HIV Totalt	HIV-sprøyte-bruk	%-andel HIV-sprøytebruk	AIDS totalt	AIDS Sprøyte-bruk	%-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%	29	7	24%
2000	176	7	4%	38	6	16%
2001	158	8	5%	27	5	18%
2002	205	16	8%	33	3	9%
total	2 555	472	18,5%	773	131	17%

Injisierende misbrukere var den gruppen hvor man kanskje fryktet den mest ukontrollerbare smittespredningen. HIV-insidensen i gruppen har imidlertid holdt seg stabilt lav gjennom de siste 10 år med om lag 10-15 smittetilfeller årlig. Årsaken til dette er ikke entydig, men høy testaktivitet, stor åpenhet om HIV-status internt i misbrukermiljøene kombinert med sterk smittetryk og selvjustis i miljøet antas å spille en viktig rolle. I tillegg har mange av smitekildene i miljøet blitt borte p.g.a. overdosedødsfall eller de har blitt rehabilitert gjennom substitusjonsbehandling eller annen rehabilitering. De seneste årenes omfattende utbrudd av hepatitt A og B og den høye hepatitt C forekomsten viser imidlertid at det skjer betydelig sprøytedeling i gruppen. HIV-situasjonen anses derfor som meget uforutsigbar.

Da viruset ble introdusert i gruppen midt på åttitallet ble trolig rundt 250 misbrukere HIV-smittet i løpet av en treårsperiode og viste hvor fort HIV kan spre seg i misbrukermiljøer. Den høye testaktiviteten i gruppen sikrer imidlertid en god overvåking og økende HIV-smitte i gruppen vil trolig raskt bli oppdaget.

Hepatitt

Siden 1995 har det vært observert en økende forekomst av hepatitt A og hepatitt B blant misbrukere. Dette har falt sammen med en betydelig rapportert økning av nye injiserende misbrukere etter 1995. I løpet av det landsomfattende utbruddet av hepatitt A i perioden 1995-2000 ble det identifisert 1 360 misbrukere med akutt hepatitt A-infeksjon. Kun to tilfeller ble rapportert i 2002. Hepatitt B-utbruddet fortsatte også i 2002, og 120 av totalt 183 tilfeller av akutt hepatitt B i 2002 var blant injiserende misbrukere. Totalt er det i perioden 1995-2002 rapportert 1 417 tilfeller av akutt hepatitt B blant injiserende misbrukere.

Den høye forekomsten av hepatitt B blant misbrukere har resultert i økt seksuell overføring, ofte til yngre kvinner i misbrukermiljøene. Utbruddene har synliggjort at injiserende misbruk ikke lenger bare forekommer i de større byene, men også i mindre kommuner over hele landet. Disse utbruddene har resultert i at hepatitt A vaksine siden 2000 tilbys gratis til alle landets stoffmisbrukere. Hepatitt B-vaksine har vært tilbudt gratis til stoffmisbrukere siden 1984.

I Oslo er det de siste årene utført mindre prevalensundersøkelser bl.a. om hepatitt blant misbrukere som oppsøker "sprøytebussen". Undersøkelsen i 2002 viste at 60 % av de 410 undersøkte misbrukerne hadde gjennomgått hepatitt A-infeksjon, 53 % hadde gjennomgått hepatitt B-infeksjon og 79 % hadde gjennomgått hepatitt C-infeksjon. Hepatitt C overvåkes ikke i Norge i samme grad som hepatitt A og B, og nysmitte med hepatitt C virus blant misbrukere er derfor ukjent. Disse Osloundersøkelsene er de eneste regelmessige prevalensundersøkelser som gjøres blant misbrukere i Norge. I forbindelse med disse årlige prevalensundersøkelsene tilbys i tillegg skjermbilde mht. forekomst av tuberkulose og tilbud om hepatitt A og B vaksinasjon.

Andre infeksjoner blant misbrukere

Syfilis, gonore og andre seksuelt overførbare sykdommer rapporteres svært sjeldent hos misbrukere i Norge. Det er aldri registret utbrudd av tuberkulose blant misbrukere her i landet. Oslo kommune har i flere år utført regelmessige skjermbildeundersøkelser i misbrukermiljøer og det er derfor ingen tegn på at misbrukere i Norge er en risikogruppe for tuberkulose. I løpet av de siste fem årene er det diagnostisert fire sporadiske tilfeller av sårbotulisme blant misbrukere i Norge. Det første kjente tilfellet i verden av systemisk miltbrann (anthrax) overført gjennom injiserende misbruk ble diagnostisert i Oslo våren 2000. Dette var et isolert tilfelle, og man antar at heroinet var forurenset med miltbrannbakterien der heroinet ble produsert. Hudinfeksjoner og abscesser er ikke uvanlig blant misbrukere. I enkelte tilfeller kan disse utvikle seg til et alvorlig septisk/toksisk bilde. Bakteriell endokarditt er en velkjent følge av injeksjoner. Hvert år rapporteres det et mindre antall slike infeksjoner hos misbrukere, men det er åpenbart at mange slike infeksjoner er underrapportert til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (Fhi).

3.4 Andre helsemessige forhold

Komorbiditet

Det er de siste årene gjort en del undersøkelser av norske misbrukerpopulasjoner for å kartlegge psykisk sykkelighet. Det dreier seg om studier av rusmiddelmissbrukere under en eller annen type behandling. Den grundigste er Rus og psykiatriundersøkelsen (ROP) gjennomført av Østnorsk kompetansesenter i 1997-98. 260 klienter som var under behandling enten poliklinisk eller i institusjon for rusmiddelproblemer, ble utredet. Av disse hadde 91 % en livstidsforekomst av psykiatrisk symptomlidelse, 83 % hadde hatt en angstlidelse og 44 % en depresjon.

Bare en enkelt pasient i denne populasjonen hadde symptomer forenlig med schizofreni, men 14 % hadde schizotyp personlighetsforstyrrelse. I alt hadde 72 % en personlighetsforstyrrelse, hvorav unnnvikende og passiv-aggressiv var de hyppigste. 31 % hadde antisosial personlighetsforstyrrelse, mens 44 % tilfredsstilte kriterier for mer enn to personlighetsforstyrrelser (Landheim et al 2000). Undersøkelsen viste også at en stor andel av kvinnene (38 %) tilfredsstilte kriterier for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Det samme gjaldt 17 % av mennene. For de fleste klientene syntes de psykiatriske symptomene i tid å ha oppstått tidligere enn rusmiddelmissbruket (Bakken et al 2002). Undersøkelsen viser lavere grad av sosial integrasjon i familie og arbeidsliv enn flere andre europeiske og nordamerikanske undersøkelser av ruspopulasjoner, noe som tyder på at det dreier seg om en svært forekommen gruppe misbrukere.

Både ROP-undersøkelsen og andre undersøkelser i Norge viser at en høy andel av stoffmisbrukere har hatt ganske massive problemer i familien, under oppvekst og i skolen. En undersøkelse av 2 359 stoffmisbrukere under behandling i 1992-93 viste at 70 % hadde hatt lære- eller atferdsproblemer i skolen, 38 % hadde vært utsatt for mobbing og 21 % hadde hatt psykiatrisk behandling i barndom eller ungdom (Lauritzen et al 1997). Undersøkelsen var basert på spørsmål til behandlere som anga at 57 % av klientene hadde aktuelle problemer med depresjon, 56 % med angst. 43 % hadde opplevd livstruende overdoser og 33 % hadde gjort selvmordsforsøk. Undersøkelsen ga ikke gode nok opplysninger om personlighetsforstyrrelser og psykose.

En undersøkelse gjort ved et terapeutisk samfunn for stoffmisbrukere i Oslo fant også høy andel (69 %) med depresjon, vurdert med selvrapporderingsinstrumenter (SCL 90 og MCMI). De som ved utskrivelsen fortsatt var deprimerede hadde betydelig større frafall i ettervernsfasen enn de andre klientene. Dette ble antatt å dreie seg om individer med mer uttalt depresjon som sannsynligvis kunne profitere av mer spesifikk antidepressiv behandling psykoterapeutisk og medikamentelt. Undersøkelsen viste også at klienter med antisosiale personlighetstrekk greide seg bedre i det 12 måneder lange institusjonsoppholdet enn mer tilbaketrukne, forsiktige og engstelige klienter. Klientene med mye antisosiale trekk hadde imidlertid ofte drop-out i ettervernperioden. (Ravndal & Vaglum 1994)

Statens helsetilsyn utførte i 1999 en kartlegging av omfanget av pasienter med dobbeltdiagnose i Norge og deres behandlingsbehov. Kartleggingen tok utgangspunkt i klienter kjent med slike problemer både i psykiatrien, russektoren og i kommunene. Helsetilsynet konkluderte med at det i Norge på det tidspunktet fantes omkring 4000 individer (9 pr. 10 000 innbyggere) som både hadde en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmissbruk, og som hadde behov for behandlingstiltak utover de eksisterende. Omtrent halvparten av disse hadde i hovedsak alkoholproblemer. Av de 4000 individene mente man at omkring 1200 hadde schizofrenilignende psykose eller bipolar lidelse, 800 hadde alvorlig depresjon eller angst eller lignende lidelser med meget alvorlig funksjonsreduksjon og omkring 1700 en alvorlig personlighetsforstyrrelse hvorav de fleste av typen emosjonelt ustabile eller dysssosiale. Man regner også med en gruppe på vel 300 med alvorlig kognitiv svikt, enten i form av psykisk utviklingshemning eller reduksjon i mer selektive kognitive ferdigheter.

De undersøkelsene som er referert ovenfor, dreier seg om misbrukere under en eller annen form for behandling. Det foreligger også noen rapporter om klienter utenfor behandling. Disse er naturlig nok noe mindre nøyaktige og dreier seg om vurderinger av problembelastning hos klienter i ulike typer lavterskeltak. Noen er gjort ved akutte overnattingstiltak for bostedsløse, andre ved lavterskel helsetilbud for rusmisbrukere. Felles er at de viser en betydelig belastning av kombinerte problemer med rus og psykiske symptomer i disse populasjonene. Dette kan dreie seg om schizofreni, personlighetsforstyrrelser, psykiske virkninger av traumer som voldtekt eller annen type vold. Det kan også dreie seg om psykiske plager som har nær forbindelse med selve rusmiddelmisbruket, slik som angst og depresjon (SINTEF Unimed 2003, Feltpleien 2001) (Boe Kielland, Evjen, Øiern 2003)

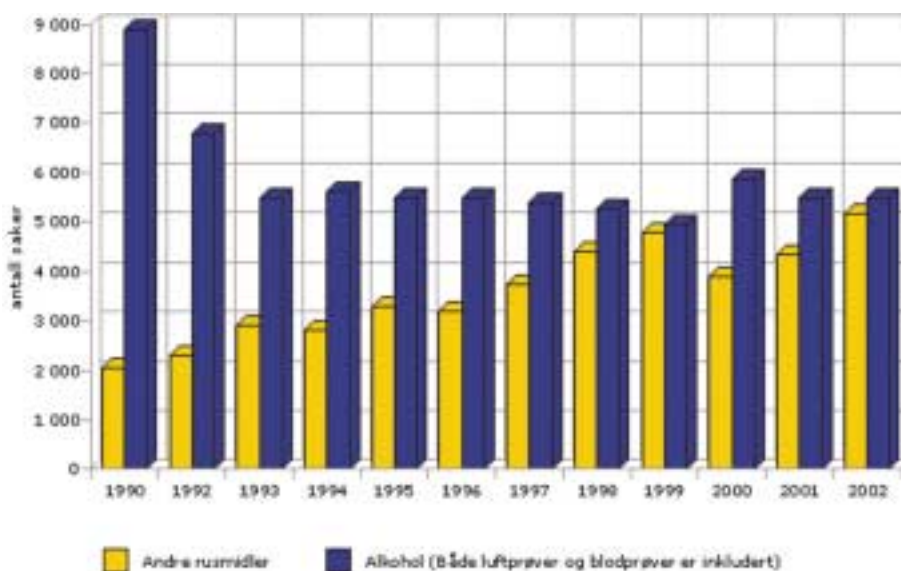
Narkotikabruk i trafikken

Statistikk over ruspåvirket kjøring har vært fulgt av Divisjon for rettstoksikologi og rusmiddelforskning, Folkehelseinstituttet (Fhi), tidligere Statens rettstoksikologiske institutt (SRI) gjennom en årrekke.

I perioden 1990-2002 har antall tilfeller der politiet mistenker bilførere for å være påvirket av alkohol, stabilisert seg på et nivå på om lag 5 500 saker pr år. De største endringene finner en ved mistanke om kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol og legemidler. I 2002 utgjorde disse nesten like mange saker (5 161) som for alkohol (5 486).

Fordelingen mellom saker med mistanke om påvirkning av alkohol og mistanke om andre rusmidler er vist i figur 10, mens påvisning av ulike narkotiske stoffer er vist i tabell 4.

Figur 10. Antall veitrafikksaker mottatt ved SRI/Fhi) 1990-2002 med mistanke om påvirkning av enten alkohol eller andre rusmidler.



Kilde: Fhi

Tabell 4. Stoffpåvisning i veitrafikksaker mottatt ved SRI/Fhi 1990-2002

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cannabis	564	627	842	741	660	995	708	1 027	1 502	1 504	1 686	1 732	1 886
Diazepam*	430	475	676	541	577	712	744	928	1 004	910	808	1 050	1 113
Flunitrazepam**	233	255	212	221	198	270	321	458	540	603	656	1 252	2 107
Amfetamin	233	216	391	475	533	937	898	1 081	1 327	1 290	1 312	1 587	1 972
Morfin	72	108	107	142	193	261	311	392	483	533	601	539	452
6-MAM***		6	29	64	92	172	195	263	317	320	307	295	213
Ecstasy (MDMA)					0	6	23	27	67	123	194	194	180
Kokain					10	9	6	19	40	80	118	135	166
Metadon											22	64	102

* virkestoffet i bl.a. Valium ** virkestoffet i bl.a. Rohypnol *** omdannelsesprodukt av heroin

Kilde: Fhi

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 kun ca. 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 overtredelsene, mens legemiddeloven har straffebestemmelser for det som regnes for mindre alvorlige forhold. 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
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	18 667	27 548	25 073	48 959	43 740
2002	20 600		26 410		47 010	

Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

Kriminalstatistikken viser en klar økning av narkotikarelatert kriminalitet. I perioden 1991 til 2002 har anmeldte brudd på legemiddeloven blitt nær femdoblet. Antallet anmeldelser for brudd på straffeloven § 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 imidlertid 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 2002 (tabell 6). Statistikken over antall reaksjoner for narkotikalovbrudd viser også en sterk økning.

Tabell 6. Antall siktede for narkotikaforbrytelser

	Straffeloven §162	Legemiddel- loven	Totalt
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
2001	6 287	4 459	10 746

Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

4.3 Sosiale og økonomiske kostnader for kommunene ved rusmiddelbruk

Det er generelt meget vanskelig å estimere sosiale kostnader ved rusmiddelbruk. Når det gjelder økonomiske kostnader for kommunene har SIRUS i 2003 på oppdrag fra Kommunal og regionaldepartementet utført en studie "Rus og psykiatri i inntekstsystemet for kommunene".

En hovedkonklusjon var at i 2001 bokførte kommunene i Norge ca. 505 millioner kroner på "tilbud til rusmiddelmisbrukere." I gjennomsnitt var det en klar tendens til at de største kommunene også hadde de største utgiftene per capita.

Lowerket pålegger kommunene ansvaret for flere tjenester der bruk av rusmidler trolig er en av flere viktige årsaker til omfanget av tjenestebehovet. Blant de viktigste direkte kommunale utgiftene, er kommunale egenandeler ved behandling og kostnader knyttet direkte til arbeid med rusmiddelmisbrukere (utekontakter med flere). Til sammen brukte kommunene i Norge over 500 millioner på dette arbeidet i 2001 (netto)³. Det finnes ingen tilsvarende oversikt over hvor mye kommunene brukte av egne midler på psykisk helsearbeid (dvs. i tillegg til midlene fra den statlige opptrappingsplanen), men det er grunn til å tro at bruken av egne midler er beskjeden - både fordi kommunene ikke betaler egenandeler ved psykiatrisk behandling og fordi opptrappingsmidlene dekker mange av de utgiftene kommunen har.

I tillegg til de direkte utgiftene til rus og psykiatri kommer indirekte utgifter der sosialhjelp og barnevern peker seg ut som ekstra viktige. Med utgangspunkt i brukerundersøkelser kan en anta at rundt regnet 23 % av sosialhjelpsutgiftene går til personer med rusmiddelproblemer. (SIRUS rapport nr. 3/ 2003).

³ Gjelder misbrukere av alle typer rusmidler, både alkohol og narkotika

Kapittel 5. Narkotikamarkedet

5.1 Tilgjengelighet og tilførsel

Det er flere forhold som må vektlegges for å beskrive eventuelle endringer i tilgjengeligheten. Politiets og tollvesenets beslag av illegale stoffer er her en viktig parameter. De faktiske beslagene i antall og mengde påvirkes imidlertid av politiets og tollvesenets egne prioriteringer og ressurser, av etterretningsmetoder og internasjonalt samarbeid. Statistikken kan derfor vise betydelige svingninger fra ett år til et annet, uten at dette nødvendigvis gir de samme endringer i tilgjengeligheten.

Politiet prioriterte i 2003 etterforskning av større narkotikasaker og hevder de har brukt mindre tid på brukere og småsaker. Dette kan ha gitt færre beslag i antall, men større i mengde.

Rohypnoltrafikken ble i 2003 kraftig begrenset. En sannsynlig hovedårsak er at politiet og tollvesenet gjennom internasjonalt samarbeid fikk stoppet den illegale innførselen til Norge og Sverige fra Russland og via Litauen.

Beslagsdata fra de senere år gir en klar indikasjon på at omsetning av ulike narkotiske stoffene i økende grad er å finne over hele landet. Sammenstilt med data fra kartleggingen i utvalgte kommuner (kap. 2.2.3) gir dette en god indikasjon på at bruk og omsetning av narkotika er spredt til mindre steder, selv om tyngdepunktet fortsatt ligger i de større byene.

Utviklingen av narkotikadødsfall bekrefter at for eksempel heroin er tilgjengelig i store deler av landet. Selv om det var en betydelig nedgang også i 2003, ble slike dødsfall registrert i 20 av 27 politidistrikter, og om lag 70 % av dødsfallene skjedde utenfor Oslo (kap. 3.2).

Surveyundersøkelser er en annen parameter for å måle endringer i tilgjengeligheten. De årlige spørreskjemaundersøkelsene i aldersgruppen 15- 20 år (kap. 2.2.2) 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 65 % i samme tidsperiode.

Prisnivået på det svarte markedet for 2003 indikerer derimot ikke en økt tilgjengelighet. Prisene har gjennomgående vært stabile for alle de vanlige stoffene, med unntak av Rohypnol der prisene er fordoblet sammenlignet med 2002.

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 2003

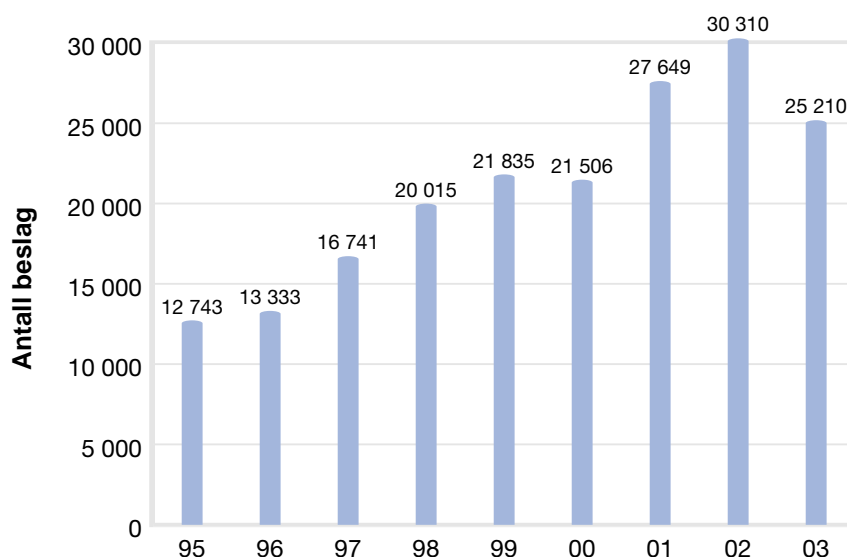
For første gang på over 10 år er det en klar nedgang i antall innkomne narkotikasaker. Samlet er det registrert 20 319 narkotikasaker (-14,2 %) og 25 210 beslag. (-16,8 %) i beslagsdatabasen ved Kripos. Det er en nedgang i de fleste politidistrikter med hensyn til antall beslag.

I 2003 ble det gjort til sammen 5 000 færre beslag enn i 2002. Nedgangen er størst for benzodiazepinene (inkluderer Rohypnol) og utgjorde om lag 68 % av den totale tilbakegangen. Det mest

oppsiktsvekkende er den svært store tilbakegangen for Rohypnol som sto for 54 % av den samlede nedgangen alene. På den annen side viser beslaglagt mengde svært høye tall for flere stofftyper. Dette skyldes rekordstore mengder samlet, og ikke nødvendigvis rekordstore enkeltbeslag.

Figur 11 viser utviklingen i antallet narkotikabeslag. Tabell 7 viser fordelingen på de mest vanlige stofftypene.

Figur 11. Samlet antall narkotikabeslag 1995-2003



Kilde: Kripas

Tabell 7. Antall beslag 2000-2003 fordelt på de mest vanlige stofftyper

Stofftype	2000	2001	2002	2003	Prosentvis- endring fra 2001
Cannabis	9 224	10 844	10 921	10 411	-4,70 %
Amfetamin	3 077	4 596	5 035	4 614	-8,30 %
Metamfetamin	171	392	695	565	-18,70 %
Heroin	2 314	2 501	1 906	1 707	-10,40 %
Benzodiazepiner	4 285	6 024	8 056	4 628	-42,60 %
Smertestillende	845	1 109	1 237	1 190	-3,80 %
Doping	469	643	697	608	-12,80 %
Kokain	390	496	577	492	-14,70 %
Ecstasy	783	837	716	414	-42,20 %
Khat	259	198	238	250	5,00 %
LSD	87	52	15	32	113,00 %
GHB	83	81	75	124	51,20 %
Opium	19	21	14	8	-42,80 %
Spiss fleinsopp	50	45	46	57	23,90 %

Kilde: Kripas

Cannabis

Den beslaglagte mengden cannabis, 2. 292 kg, er den nest største mengden som er beslaglagt noen gang. Kun i 1995 ble det beslaglagt en større samlet mengde, men det skyldes ett enkeltbeslag på 19 tonn med marihuana som ikke var ment for det norske markedet. Man har aldri tidligere registrert flere såkalte 3. leddssaker (indikerer vanligvis saker som gjelder mer enn 80 kilo cannabis) enn i 2003.

Antallet cannabisbeslag har derimot sunket med over 500 eller 4,5 %.

Mesteparten av den 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.

Amfetamin/metamfetamin

Beslaglagt mengde amfetamin og metamfetamin er hhv 225 kg og 25,1 kg fordelt på 4. 614 og 565 beslag. Både hver for seg og samlet er dette en større mengde enn noen gang tidligere, men antall beslag er ca. 9,5 % lavere enn i 2002.

De største enkeltbeslagene i 2003 er langt mindre enn det største beslag noen gang, 98 kg i 1998. Det er imidlertid gjort rekordartet mange beslag på mellom tre og 20 kg. Både for amfetamin og metamfetamin er den gjennomsnittlige styrkeprosenten blitt beregnet til ca. 50 %. For amfetamin er dette en høy styrkegrad mens det for metamfetamin er noe lavere enn tidligere år.

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.

Heroin

Den beslaglagte mengden heroinholdig stoffblanding er 52,1 kg. Bare tre ganger tidligere er det beslaglagt større mengder. Imidlertid er antall beslag nok et år blitt redusert. En må man tilbake til 1994 for å finne et år hvor det ble gjort færre beslag av heroin.

Det er likevel åtte politidistrikt som har gjort flere beslag enn i 2002. Oslo, Telemark, Østfold og Romerike politidistrikt står tilsammen registrert med 93 % av den beslaglagte mengden heroin.

Den gjennomsnittlige styrkeprosenten på heroin er beregnet til 23 %, som er den laveste styrkegrad som noen gang er registrert.

Ecstasy

99 689 ecstasytabletter ble beslaglagt i 2003. Dette er svært nær rekordåret 2002. Det var særlig i første halvår det ble gjort store enkeltbeslag. Ett enkeltbeslag var på hele 49. 930 tabletter, det største beslag noen gang her i landet.

Antallet beslag nok et år blitt færre. Samtlige politidistrikt har gjort færre beslag enn i 2002. På landsbasis er tilbakegangen på over 40 %, og for Oslo politidistrikt på hele 52 %. Dette tyder på at spredningen og misbruket av ecstasy går tilbake. Virkestoffet MDMA ble påvist i 99 % av ecstasybeslagene.

Benzodiazepiner

I 2002 var benzodiazepiner den stoffgruppen som økte mest både med hensyn til mengde og antall beslag i hele landet. Også i 2003 er det foretatt beslag av svært store mengder benzodiazepiner, først og fremst Rohypnol. I alt er det beslaglagt over 545. 500 tabletter fordelt på over 4 628 beslag.

Likevel er både mengden og antall beslag gått meget markant tilbake. Mengden er mer enn halvert siden 2002 og antall beslag har hatt en tilbakegang på nesten 43 %.

For Rohypnol alene er antall beslag på årsbasis redusert med hele 3. 430 eller 56 %. Det var i annet halvår 2003 at tilbakegangen for alvor slo til etter flere år med rekordhøye tall både for mengder og antall beslag. Dette kan i stor grad skyldes vellykket nasjonalt og internasjonalt prosjektarbeid rettet i særlig grad mot den illegale innførsel fra Russland og Baltikum.

Kokain

Beslagsfrekvensen synes å være på retur. Beslaglagt mengde kokain, ca 30 kg, anses å være middels sett i et 10-års perspektiv, mens antall beslag er ca. 15 % lavere enn i 2002. Oslo politidistrikt har gjort to beslag av "crack", det ene på 338 gram.

Den gjennomsnittlige styrkeprosenten av kokain er blitt beregnet til ca. 63 % (I 2002: 51 %)

Andre stoffer

Khat

Hele fem tonn khat ble beslaglagt i 2003. Dette er en tredobling av mengden i 2002 og den største mengden som er beslaglagt noen gang. Antall beslag er på 250, og dette er om lag det samme som i 2002, og et noe lavere antall enn i rekordåret 1999.

LSD

LSD ser fortsatt ut til å ha en beskjeden markedsandel idet det totalt er beslaglagt 148 rusdoser fordelt på 32 beslag.

GHB

I alt er det foretatt beslag av over 10 liter GHB fordelt på 124 beslag. Dette er en markert økning fra året før. GHB er registrert i 21 politidistrikter. Det mest oppsiktsvekkende i 2003 var flere store beslag av gammbutyrolakton (GBL), et organisk løsemiddel som benyttes til produksjon av GHB, hvorav ett enkeltbeslag var på hele 839 liter. GBL faller for øvrig også innenfor narkotikabegrepet. Sammen med andre industrijemikalier som 1,4-butandiol, som begge omdannes til GHB ved inntak, er dette en stoffklasse som øker i betydelig grad.

Opium

Både beslaglagt mengde og antall beslag opium er i forhold til heroin og smertestillende legemidler svært lite. Det ser ut til at stoffet nærmest er borte fra markedet. I alt er det foretatt 8 beslag av opium med en samlet vekt på 395 gram.

Andre opioider (narkotikaklassifiserte smertestillende legemidler)

For narkotikaklassifiserte, smertestillende medikamenter ("opioider"), er det registrert en markert nedgang i beslaglagte tablettmengder, og en mindre nedgang i antall beslag. Imidlertid har både mengde og beslagsfrekvens av Dolcontin (morfin) og antall beslag av Metadon og Subutex steget noe også i 2003. (I perioden 1999 -2002 var 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 ved Oslo politidistrikt. Prisene 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 enkelt-doser. Prisnivået er gjennomgående det samme som for januar 2003, med unntak for Rohypnol der prisene er fordoblet.

Tabell 8. Noen narkotikapriser i Oslo (januar 2004). I kroner.

Stofftype	Salgsdoser	1 gr/ 5 gr	10 gram	1 kilo
Heroin	0,1 gr./150-200, 0,2 gr./300-400	800 - 1 200/ 2 000 - 5 000	6 000 - 10 000	210 000 - 500 000
Hasj	100 (0,5-0,7 gr)	-	600 - 800	14 000 - 35 000
Amfetamin	150-200 (0,2gr)	200 - 400	2 000 - 5 000	60 000 - 90 000
Ecstasy	100-150 pr. tablett		50-60 pr. tablett (100 stk)	25-28 pr. tablett (1000 stk)
Kokain	Ca. 20 "streker" pr. gr.	800 - 2 000	6 000 - 10 000	300 000 - 600 000
Rohypnol	50.-			

Kilde: Oslo Politidistrikt

Bakgrunnen for 'prislisten' 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 Biørn 2002). Materialet antyder også at kvinner er mer prisfølsomme enn menn (Bretteville-Jensen 1999).

DEL III: Tiltak for å redusere etterspørselen

Kapittel 6. Strategier på nasjonalt nivå

6.1 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 regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005) er det skissert tre strategisk viktige mål for rusmiddelpolitikken:

1. Forebygge alle typer rusmiddelmisbruk, med særlig fokus på forebyggende arbeid blant barn og ungdom
2. Bedre tilgangen til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende
3. Oppnå en vesentlig reduksjon i forekomsten av rusmiddelrelaterte helseskader og antallet rusmiddelrelaterte dødsfall.

Regjeringen legger opp til at det skal være en lav terskel for å få hjelp, mens terskelen for å miste hjelp skal være høy. Hovedmålet er en betydelig reduksjon i de helsemessige og sosiale skadene av rusmiddelmisbruk. I handlingsplanen påpekes det 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. Man skal legge særlig vekt på tiltak hvor behovene og nøden er størst, og på de områder hvor tiltakene kan dokumentere best effekt.

Virkemidlene som brukes skal være kunnskapsbaserte, og på en kostnadseffektiv måte bidra til å oppnå målene. Det blir viktig å sikre at alle tiltak som gjennomføres av det offentlige eller med offentlig støtte og godkjenning, innfrir gitte kvalitetskriterier. Dette fordrer blant annet at tiltakene evalueres, og det på en slik måte at en får klarlagt 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.

6.2 Nye tilnærminger

Pilotprosjekt for framtidig forebygging i kommunene

Regjeringens handlingsplan skisserer et pilotprosjekt for å utvikle målrettede og samordnende forebyggende innsatser på kommunalt nivå, spesielt rettet mot barn og ungdom.

Ni kommuner er nå valgt ut til å delta. Prosjektet styres sentralt av Sosial- og helsedirektoratet i tett samarbeid med de aktuelle regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Det skal etableres lokale styrings- og arbeidsgrupper i kommunene, som skal stå for den daglige driften og gjennomføringen av prosjektene. Det er avsatt 24 millioner kroner over tre år for å utvikle gode

rusmiddelforebyggende metoder lokalt. Tiltakene som iverksettes skal være basert på forskning og ha dokumentert effekt. Områder det vil arbeides på er i skolene, familier, helsesektoren og skjenkenæringen. Erfaringene fra pilotkommunene vil danne mønster for lokalbasert forebygging andre steder. Pilotprosjektet vil bli evaluert av SIRUS.

Evaluering av kunnskapsgrunnlaget for rusmiddelpolitikken

I 2001 ble "Forskerkommisjonen om kunnskapsgrunnlaget for rusmiddelpolitikken" oppnevnt av daværende Sosial- og helsedepartementet, med mandat om å fremskaffe kunnskap som kunne styrke det vitenskapelige beslutningsunderlaget for tiltakene innenfor rusmiddelfeltet. Kommisjonen avga sin rapport til Sosialdepartementet februar 2003.

Kommisjonen benyttet to strategier for å samle relevant kunnskap om tema knyttet til forebygging og behandling av rusproblemer:

1. Litteratursøk etter engelskspråklige, publiserte systematiske oversiktsartikler av en viss kvalitet, samt en svensk og en skotsk kunnskapsoppsummering, som omhandler relevante tema.
2. For å få et mer detaljert tilfang av nasjonale data, ble alle relevante norske miljø kontaktet, slik at kommisjonen kunne få tilgang på rapporter/ publikasjoner, innenfor en tidsmessig grense til 1980, hvor det var utført en evaluering av tiltak.(NOU 2003:4).

Konklusjonene er omtalt i kapittel 7.4 Evalueringsstudier og resultater.

Dokumentasjon – Nettstedet rustiltak.no

Nettstedet er en del av det nasjonale dokumentasjonssystemet innen behandling og omsorg for rusmiddelmisbrukere. Databasen er utviklet av SIRUS i samarbeid med tiltak for rusmiddelmisbrukere over hele landet. Den gir en landsdekkende oversikt over behandlingsrettede tiltak, og inneholder en utfyllende presentasjon av hvert enkelt tiltak i databasen.

Nettsiden er et tilbud til ansatte i helse- og sosial sektoren med oppgave å formidle rusmiddelmisbrukere til behandlings- og omsorgstiltak; pårørende som ønsker mer informasjon om tiltak for rusmiddelmisbrukere og til de som ønsker informasjon og oversikt over slike tiltak.

Nettsiden ble lansert i januar 2003. Pr. januar 2004 var 205 tiltak registrert i databasen. (www.rustiltak.no/Tiltak/tiltak.asp)

Kapittel 7. Forebyggende arbeid

7.1 Nasjonal strategi

Sentrale elementer for forebyggende arbeid i Norge, jf. Regjeringens handlingsplan, kan knyttes til at:

- Det forebyggende og helsefremmende perspektiv sees i sammenheng
- De forebyggende tiltakene rettes inn mot både enkeltindivider, mot enkeltgrupper (risikogrupper) og mot store befolkningsgrupper
- Man har et langtidsperspektiv på forebygging
- Kommunene har en sentral rolle i forebyggende arbeid
- Det ønskes bred mobilisering av ulike frivillige organisasjoner.

7.2 Organisering og koordinering av det forebyggende arbeidet i Norge.

Sosialdepartementet har det overordnede ansvar for narkotikapolitiske spørsmål, forebyggende tiltak inkludert.

Sosial- og helsedirektoratet er tillagt ansvaret for å koordinere gjennomføringen av nasjonale forebyggende strategier og tiltak.

De rusfaglige kompetansesentrene har i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å bidra til å implementere rusmiddelpolitikken. Hvert kompetansesenter har ett eller flere spesialområder som de skal ha spisskompetanse på og et nasjonalt ansvar for å formidle kunnskap.⁴ Kompetansesentrene har en viktig oppgave i å samarbeide med kommunene i sin region om utvikling av kompetanse, metoder og tiltak på forebyggingsområdet.

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 skal ha hovedvekt på lokalbaserte tiltak

4 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.

- *Rogaland A-senter* – www.rogaland-asenter.no Spesialområde: Familie og barn i skolealder, Arbeidsliv og rusmidler.

- *Stiftelsen Bergensklippen* – 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:

- *Rusmiddelstatens kompetansesenter* – www.rusmiddelstaten.oslo.kommune.no Spesialområde: Nye misbrukertrender blant ungdom

REGION SØR: Fylkene: Aust- og Vest-Agder, Telemark, Buskerud og Vestfold.

- *Borgestadklippen* – www.borgestadklippen.no Spesialområde: Gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med små barn

med vekt på samspill mellom hjem, skole, sosial- og helsesektor og fritids- og kultursektor. Helhetlig og tverrfaglig innsats er et mål.

Organiseringen av arbeidet er opp til den enkelte kommune. Hos de fleste ligger ansvaret hos sosialtjenesten, men en del større kommuner har valgt å opprette egne stillinger for koordinering av kriminalitets- og rusforebyggende arbeid. Målet er å styrke det forebyggende arbeidet ved å lette koordinering på tvers av de ulike etatene og sektorene.

Ut fra tanken om at samordning av innsats kan være kostnadseffektivt, og at ungdomsmiljøer og rusmiljøer går på tvers av kommunegrensene, har det og noen steder blitt igangsatt interkommunalt samarbeid om rusmiddelrelatert arbeid.

Utover det offentlige, spiller rusmiddelpolitiske organisasjoner en vesentlig rolle i det forebyggende arbeidet. Organisasjonene har sine egne regler og retningslinjer for de aktiviteter de bedriver. Sosial- og helsedirektoratet har en tilskuddsordning hvor de frivillige kan søke om økonomisk støtte til sine prosjekter.

7.3 Statlige tilskuddsordninger

Sosial- og helsedirektoratet innvilget i 2003 samlet kr. 60.360.000 til de syv kompetansesentrene på rusfeltet. Tilskuddet skal dekke utgifter til drift og tiltaksutvikling.

Sosial- og helsedirektoratet forvalter fire tilskuddsordninger til forebyggende tiltak som det, etter nærmere kriterier, kan søkes om tilskudd fra. Ordningene med beløp til fordeling i 2003:

1. "Tilskudd til alkoholfrie overnattingssteder m.m.": kr. 3 756 000
2. "Tilskudd til Norsk senter for rusfri miljøutvikling": kr. 5 480 000
3. "Tilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner": kr. 34 853 000
4. "Andre tilskudd" (gode nasjonale/ regionale tiltak av rusmiddelforebyggende karakter):
kr. 7 500 000.

I tillegg kommer kr. 5. 800. 000 til å forebygge rusmiddelproblemer i arbeidslivet, gjennom AKAN-samarbeidet.

En ny prosjekttilskuddsordning (statsbudsjettet kap. 621, post 70 for 2004) ble vedtatt av Stortinget i november 2003. Den erstatter de overnevnte tilskuddsordningene 1-4.

Omleggingen er et resultat av anbefalinger fra en evalueringsrapport av de fire tilskuddsordningene (NOR Consulting 2002). Formålet er å styrke frivillig rusmiddelforebyggende arbeid på nasjonalt nivå. Det vil fortrinnsvis bli gitt tilskudd til prosjekter/tiltak som kan sannsynliggjøre rusmiddelforebyggende effekt og som har evaluerbare mål.

Ved siden av et nytt regelverk har Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med SIRUS, utarbeidet en veileder "Planlegging og evaluering av forebyggende arbeid" til hjelp for dem som planlegger nye tiltak. (www.rusdir.no/tilskudd/tilskudd/rusforebyggende/index.htm)

7.4 Tiltak i skolene /skoleprogrammer

Sentrale føringer/ spesifikke handlingsplaner

Skolen har lenge spilt en sentral rolle i det forebyggende arbeidet. Rusmiddelundervisningen er forankret i det sentrale læreplanverket, og skal søkes integrert i den ordinære undervisningen (L97). Målet er å gjennomføre et aktivt forebyggende arbeid i grunnskolen og videregående opplæring for å motvirke bruk og misbruk av rusmidler. Regjeringens handlingsplan (2003-05) understreker dette. Regjeringen vil ha "kunnskapsbasert rusmiddelundervisning i skolen som fokuserer på sosiale ferdigheter og mestrings-kompetanse for elevene, og med aktiv deltagelse fra foreldrene" som et av flere tiltak for å forebygge narkotikamisbruk.

Det florerer i dag et utall såkalt rusmiddelforebyggende programmer og tiltak med skolen som arena, men kvaliteten på disse er svært varierende. Sosial- og helsedirektoratet har derfor inneværende år tatt initiativ til at det utarbeides en felles strategi for å samle og koordinere den rusmiddelforebyggende innsatsen i skolen, med klare anbefalinger i forhold til hva som ut fra vitenskapelige kriterier anses som hensiktsmessige og virksomme programmer. Det er nedsatt en komité som utarbeider anbefalingsordningen. Komitéen består av representanter fra Sosial- og helsedirektoratet og kompetansesentrene. Arbeidet ventes ferdigstilt i 2004.

Komitéen vil legge vekt på programmer og tiltak som har dokumentert effekt, og/eller bygger på forskningsbaserte prinsipper. Sentrale elementer vil være satsning over tid, god forankring i ledelsen av skolen, helhetlig og samordnet innsats av aktørene, samarbeid mellom skole og hjem, foreldreinvolvering, programmer som har eller legger opp til å utføre prosess- og resultatevaluering.

Eksempler på programmer/ tiltak som drives i skolen

De fleste skoleprogrammene som er i bruk har et primærforebyggende perspektiv. Noen har tobakk og alkohol som de sentrale rusmiddel, andre fokuserer generelt på sosial kompetanse og mestring, ikke på rusmiddelbruk i seg selv. Kun få retter seg mot unge i risikozonen, og/ eller har narkotikaforebygging som det sentrale element. Programkonseptene kan forsøkskvis deles inn i:

- *Dialog/ kommunikasjonsprogrammer* hvor problemstillinger og situasjonsbeskrivelser gis på en slik måte at deltagerne kan reflektere og kommunisere med andre rundt disse ("Ungdom og rusmidler", "Tidsbrytere", "Årets debutanter", "Regnbue-programmet" m.m.)
- *Peer education*; likestilte (her ungdommer) underviser/ formidler kunnskap til hverandre ("Dialogkonferanser", "Future" m.m.)
- *Undervisningsprogram/ veiledningsprogram* ("Fryspunkt", "Kjentmann" m.m.)
- *Lifeskill training program* ("Lions Quest", "Steg for steg").

Evalueringsstudier og resultater

I forskerkommisjonens rapport om forskning på rusmiddelfeltet, er det gjort en vurdering av tiltak i skolen rettet mot barn og unge. Kommisjonen deler tiltakene inn i to hovedtyper; didaktiske og interaktive. Med *didaktiske tiltak* menes i denne sammenheng, ulike former for kateterundervisning hvor hovedvekten ligger på at voksne "eksperter" formidler fakta til elevene. Man ønsker å utvikle negative holdninger til rusmidler, forebygge skader og utsette bruk. Fokus er at et tilstrekkelig kunnskapsnivå vil føre til rett adferd. Med *interaktive tiltak* mener de undervisningsopplegg med deltakerinvolvering, og hvor man fokuserer på å styrke elevenes evne til å foreta gode valg i vanskelige situasjoner.

Evalueringen av tiltakene som omhandler narkotika, er basert på syv oversiktsartikler. To av artiklene har ganske god kvalitet, de andre har middels eller mindre god kvalitet. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Antall primærstudier er i underkant av 400. 90 % av de inkluderte primærstudiene er fra USA. Resultatene av denne kunnskapsoppsummeringen om tiltak mot narkotika viser:

- At det er god dokumentasjon for at skolebaserte programmer øker kunnskapsnivået om rusmidler og faren ved bruk av disse hos elevene, mens holdninger og adferd påvirkes i mindre grad.
- At det er god dokumentasjon for at interaktive programmer er mer effektive enn "didaktiske" undervisningsmetoder.
- At det er bare vist kortvarig effekt, målt i forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgrupper, men det mangler robuste studier av god kvalitet med lang oppfølgingstid.
- At programmet DARE (drug abuse resistance education program), hvor politiet underviser på skolen, antagelig ikke er hensiktsmessig.

Av norske studier var det kun to hvor utfallsmålene omfattet narkotika (holdninger og bruk). Disse understøttet resultatene fra de internasjonale studiene, særlig om at interaktive opplegg kan gi positiv endring i adferd på kort sikt. Men studiene har kort oppfølgingstid, og det er ikke dokumentert at noen av de evaluerte intervensjonene har langvarig effekt. Uønskede sideeffekter er og i liten grad undersøkt.

Forskerkommisjonen konkluderer dermed at programmene i første rekke påvirker de faktiske kunnskapene, i mindre grad påvirkes adferd. Interaktive programmer er mer effektive enn didaktiske, men effekten av tiltakene synes liten når det gjelder å forebygge narkotikabruk for de grupper som står i fare for å utvikle misbruk (NOU 2003:4).

7.5 Ungdomstiltak og programmer utenfor skolen

Eksempler på nyere tiltak

"Future" finnes i fire større byer; Oslo, Bergen, Trondheim, og Tønsberg, tilknyttet utekontaktvirksomheten. "Future" henvender seg til ungdom 13-22 år som har interesse/ tilknytning til rave/ techno/ trance kulturen. Målsettingen er: å skape gode normsendere i rusfrie subkulturer, forebygge/ redusere skadevirkningene av narkotika, skape alternative ruskonkurrerende tiltak, samt å sette fokus på nye trender og utviklingen i subkulturen. Et bærende prinsipp i prosjektet er "ung til ung" formidling. De ulike stedene har ungdommer (kalt dozere) som arbeider frivillig i prosjektet.

Mye av det kommunale forebyggingsarbeidet bygger ellers på ulike tiltak/ programmer i forlengelsen av skolen; ulike foreldre- og nærmiljøbaserte aktiviteter. Eksempler på dette er:

- "Tidsbrytere" er et program rettet mot voksne med ansvar for barn mellom 6-12 år. Dette er et kommunikasjonsprogram som er ment å gi problemstillinger og situasjonsbeskrivelser som foreldre/foresatte kan diskutere, reflektere over og kommunisere med andre rundt.
- "Foreldresamarbeid om rusforebygging" er et tiltaksprogram rettet mot foreldre til elever i 8.klasse. Det arrangeres foreldremøter hvor tema diskuteres, og målet er å styrke fellesskapet mellom foreldrene, og styrke foreldrenes autoritet til å sette grenser overfor barnas utprøving av rusmidler.
- "Årets debutanter" er et opplegg for foreldremøte til foresatte med barn i 8. klasse, med bruk av manual for å få foreldrene til å reflektere over egne meninger om tema. Dette er et dialogprogram, hvor man ønsker å få foreldre til å snakke sammen ved å sette dem gruppevis. Det fokuseres på kommunikasjon - det å bruke seg selv sammen med andre.

7.6 Rusmiddelforebyggende tiltak rettet mot familier og barn

Det eksisterer ingen felles, enhetlig, og klar definisjon av hva som er rusforebyggende tiltak rettet mot familier og barn. Men i regjeringens handlingsplan fremheves barnas situasjon som et særdeles viktig satsingsområde, og Regjeringen ønsker å øke innsatsen for å gjøre det mulig å gripe inn så tidlig som mulig.

Typen / beskrivelser av tiltak

Vi vet en hel del om konsekvensene for barn som lever i familier med rusmiddelmissbruk. Undersøkelser har vist at barn av misbrukere har høyere forekomst av en rekke ulike problemer, og det er påvist sammenhenger mellom rusmiddelmissbruk i hjemmet og misbruk og kriminalitet i ungdoms- og voksenalder (West & Pinz 1987, Miller & Jang 1977, Christensen 1994). Når disse barna blir voksne, rapporteres det også om psykosomatiske problemer, depresjon, spiseforstyrrelser og borderlineproblematikk (Black et.al. 1986, Kashubeck 1994, Belliveau et.al. 1995).

Det offentliges plikt til inngripen overfor barn som lever i familier med rusmiddelmissbruk, og/ eller andre former for alvorlig omsorgssvikt, er da også regulert ved lov. Hver kommune har en barnevernstjeneste, som etter vurderinger ut fra hva som er *barnets beste* (Lov om barneverntjenester §1) om nødvendig kan flytte barnet ut av familien med tvang. Barnevernet er også tillagt en forebyggende oppgave, og skal kunne gi hjelp, støtte og veiledning inn i familier (lenge før) omsorgsovertagelse er nødvendig.

Alle kommuner har en helsestasjon for barn. Her arbeider leger og helsesøstere, noen steder også jordmødre. Det utføres svangerskapskontroller, og alle nyfødte innkalles til et vaksinasjonsprogram som strekker seg over to år, og deretter innkalles barna til 5 års-kontroll. Mange helsestasjoner praktiserer besøk i hjemmet tidlig etter fødsel. Helsestasjonen er som sådan en offentlig instans som favner de fleste familier med små barn, og personellet her kan være viktige aktører i rusmiddelforebyggende sammenheng.

Borgestadklinikkenes kompetansesenter, hvis spesialkompetanseområde er "Gravide rusmiddelmissbrukere og familier med barn", igangsatte derfor i samarbeid med eksterne krefter et videreutdanningstilbud, hvor målgruppen er ansatte i helsestasjon. Utdanningen fokuserer på rusmiddelarbeid i helsestasjon, med særlig vekt på å øke de ansattes handlings-kompetanse. Denne videreutdanningen vil bli videreført neste år.

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, forstå 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, er en organisasjon for pårørende. Hovedmålsettingen er å gi familiene til stoffmisbrukere hjelp til selvhjelp og å hjelpe misbrukeren tilbake til samfunnet. Organisasjonen har om lag 60 lokale foreninger. Det arrangeres kurs, seminarer, møtekvelder, og støttekontaktvirksomhet.

Det foreligger ingen nyere resultater fra større forskningsprosjekter i Norge på dette feltet.

7.7 Videreutdanning av fagpersonell innen forebyggingsfeltet

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

Rusmiddeletatens kompetansesenter i Oslo (RKS) arbeider for å integrere utekontaktarbeid/feltarbeid/oppøkende arbeid i virksomhetens øvrige fagutviklingsplan med sikte på å utvikle nasjonal spisskompetanse på området. En felles satsing mellom RKS, Landsforeningen for utekontakter,

Uteseksjonen i Oslo og utekontaktene i Tønsberg og Asker og tar sikte på en videreutdanning i utekontaktarbeid over to semestre (30 studiepoeng). RKS samarbeider med Høyskolen i Oslo om å få i stand en samarbeidsavtale hvor de kan godkjenne og administrere studiet. Målet er å få videreutdanningen i gang fra høsten 2004.

Kapittel 8. Skadereduserende tiltak

8.1 Nye initiativ i 2003

I 2003 er satsingen på utbygging av lavterskel helsetiltak overfor de tyngste stoffmisbrukerne blitt ytterligere intensivert. Fra statens side fordeles 42 mill. kroner til slike helsetiltak i kommunene. Dette er en økning på 14 mill. kroner fra 2002. 27 kommuner har fått tilskudd til ulike tiltak, mot 24 kommuner i fjor. Flere av kommunene som også tidligere har fått støtte, får nå mulighet til å utvide og styrke sine tilbud.

Lavterskel helsetilbud er rettet mot tungt belastede rusmiddelmisbrukere som ikke greier å gjøre seg nytte av vanlige helsetjenester. De skal gi rusmiddelmisbrukere tilbud om blant annet helsesjekk, vaksinasjoner, utdeling av brukerutstyr, smittevern, veiledning og oppfølging ved overdoser. Disse tiltakene har vist seg å nå ut til de mest utslåtte og problembelastede misbrukerne. Tiltakene er også et viktig bidrag i bekjempelsen av overdosedødsfall. I flere kommuner blir lavterskel helsetiltak samordnet med øvrige helsetjenester, for eksempel legevakt og ambulansetjenester. Nye tiltak, blant annet tannhelsetiltak og "gatepsykiatriske hjelpetiltak", blir prøvd ut.

I Oslo er det utarbeidet en tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum. Tiltaksplanen ble lansert ved utgangen av 2002, som resultat av innsatsen til en arbeidsgruppe bestående av administrative representanter for Justisdepartementet, Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kommunal- og regional departementet, Oslo politidistrikt og Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester i Oslo kommune. Arbeidsgruppa foreslo tiltak som har til hensikt å oppløse rusmiddelmisbrukermiljøet i Oslo sentrum, for å hindre den omfattende stoffomsetningen og redusere rekrutteringen til miljøet.

Målet med tiltakene er en mer aktiv rehabilitering av, og omsorg for klientene, slik at de i størst mulig grad tilbys meningsfylte velferdstiltak der de bor og kan oppholde seg på dagtid. Videre er målet at tiltakene skal gi mulighet for alternative sosiale miljøer, slik at antallet etablerte stoffmisbrukere som oppholder seg i Oslo sentrum reduseres. Ytterligere tiltak fra politiet og kommunens instanser vil rettes inn mot nykommere i disse miljøene.

Sosialdepartementet har gitt Oslo Kommune et tilskudd på 5 mill. kroner til tre prosjekter i tilknytning til tiltaksplanen. De tre prosjektene er:

- hjemsendelse/reetablering i bostedskommune,
- utvidelse av forsterket bo – oppfølging,
- videreformidling fra lavterskeltilbud.

Midlene kommer i tillegg til de kommunerettede tilskuddsordninger som er nevnt tidligere. Dessuten bevilget Stortinget i budsjettet for 2003 4 mill. kroner til Oslo Politidistrikt, øremerket oppfølging av tiltaksplanen. Midlene benyttes i hovedsak til økt bemanning ved politiposten på Oslo S, i tillegg til oppfølging av samarbeidet med Oslo Kommune og Barnevernsvakten.

Gjennomføringen av tiltaksplanen vil bli evaluert av SIRUS.

8.2 Beskrivelse av tiltak

Sprøyteutdelingsprogrammer

Oslo har siden 1988 hatt en ambulerende buss på gateplan hvor rene sprøyter og kondomer blir delt ut gratis. Fra bussen ble det delt ut årlig ca. 2 millioner sprøyter. Også andre store kommuner har sprøyteutdeling, oftest i kombinasjon med automatdistribusjon, utdeling via oppsøkende tjenester, eller fra ett eller flere faste innendørs lavterskel kontaktpunkter, gjerne i samband med et helsetilbud. 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 (kap. 3.3). For Oslos vedkommende ble sprøyteutdelingsprogrammet i 2003 flyttet til permanente lokaler i tilknytning til et lavterskel helsetilbud drevet av Kirkens Bymisjon.

Lavterskel helsetiltak

Langtkomne stoffavhengige har ofte omfattende helseproblemer, både psykiske og somatiske, samtidig som det ordinære helseapparatet ikke har greid 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 helsetilbud. 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 helsetilbudene 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.

I Oslo er det tilrettelagt for et sprøyterom, tilknyttet Feltpleiens tilbud i Oslo sentrum. Det avventes en politisk avgjørelse før rommet eventuelt kan tas i bruk (kap. 1.2).

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.

Det er også opprettet oppsøkende enheter som i større grad skal avdekke nødsituasjoner, 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.

Rusmiddeletaten 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. Selv om en ikke vet hvor effektivt dette er, har andelen av overdosedødsfall som skjer i Oslo sentrum de siste to årene gått betydelig ned.

8.3 Standarder og evaluering

De fleste skadereduksjonstiltak i Norge er blitt gjennomført uten omfattende vitenskapelig evaluering. I tråd med at skadereduksjonstiltakene i Norge er blitt mer 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 9. 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 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.

9.1 Medikamentfri behandling og omsorg

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 34 psykiatriske ungdomsteam i landet. Fire fylker har i stedet for egne ungdomsteam "russtillinger" ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

Institusjoner med heldøgntilbud favner 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 øvrig 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 disse tilsyn/omsorg og rusfritt

miljø. Andre slike tiltak er botreningsinstitusjoner hvor en tar sikte på forbedring av beboernes evne til å mestre en 'normaltilværelse.'

9.2 Behandlingsforskning og evaluering

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 behandlingsundersøkelsen "Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv undersøkelse av behandlingstiltak for stoffmisbrukere". Samarbeidspartnere er 20 behandlingstiltak i Oslo og omliggende fylker. Prosjektet skal vurdere behandlingstilnærminger og ulike 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 studie der 482 klienter fra 4 ulike grupper av behandlingstiltak ble fulgt over to år. Klientene ble intervjuet ved bruk av et strukturert skjema (EuropASI) for å måle rusmiddelmisbruk og psykososiale forhold og fylte i tillegg ut 3 skjemaer selv (MCMI II, 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 og regnskaper. og 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 trykter, sosialstønning).

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. 2.9% av utvalget (n=482) var døde før første oppfølging, og 1,5% før andre oppfølging (n=468) det vil si i løpet av en to års observasjonsperiode. Gjennomsnittsalderen for klientene ved inntak til behandlingen var 31 år, og andelen kvinner var 33 %.

Prosjektet har så langt kommet frem til flere funn som er interessante. Når det gjelder nytten av behandling, viser undersøkelsen at gjennomsnittlig bruk av narkotiske stoffer som heroin og amfetamin ble halvert etter behandling.. Det er også en klar forbedring på andre områder; dager med illegal virksomhet gikk ned med over 60 % og dager med psykiske problemer ble redusert med 20 %. Bak disse gjennomsnittene skjuler det seg imidlertid store forskjeller mellom ulike tiltakstyper, både når det gjelder størrelsen på endringene og kostnadene knyttet til behandlingen. Psykiatriske Ungdomsteam (PUT) var den klart billigste behandlingen og i gjennomsnitt ble det brukt i underkant av kr. 300 000 per klient i denne behandlingstypen. De hadde imidlertid også den minste reduksjonen når det gjaldt heroin. PUT'ene hadde derimot den største forbedringen på psykisk helse (40 % forbedring målt i antall dager med psykiske problemer).

Den behandlingen som i gjennomsnitt ga størst endring i forhold til bruken av heroin, var medikamentassistert rehabilitering (MAR) (reduksjon på 69 %). Men i motsetning til klientene i PUT'ene rapporterte MAR-klientene om en betydelig økning av dager med psykiske problemer (85 %). I gjennomsnitt ble det brukt kr. 223 000 på hver klient i MAR (noe over kr. 300 per døgn per klient).

Klientene i tradisjonell medikamentfri døgnbehandling viser en forbedring på heroin som er nesten like stor som den hos klientene i MAR, og bedre resultater når det gjelder psykisk helse. Kostnadene er imidlertid større i tradisjonell døgnbehandling, hvor det i gjennomsnitt ble brukt omkring kr. 650 000 per klient (ca. kr. 2 000 per døgn i behandling).

Som forventet var den mest kostbare døgnbehandlingen for meget unge klienter (gjennomsnittsalder 16 år) som oppholdt seg i de såkalte ungdomstiltakene. Her brukte man i snitt over 1,5 mill. kroner per klient. Behandlingstiden var også den lengste, hvilket forklarer de høye kostnadene. Klientene brukte i utgangspunktet nesten ikke heroin, men en stor reduksjon fant sted i bruk av cannabis. Samtidig hadde disse klientene den største prosentvise reduksjonen i dager med kriminelle handlinger (88 %). Alt i alt viser tallene at ingen behandlingstype er klart den "beste" på alt. MAR var, for eksempel, best på reduksjon av heroin, mens PUT'ene var best når det gjaldt psykiske problemer (SIRUS rapport nr. 4/2003).

9.3 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.

Systemet er i dag bygget ut slik at tilbudet er tilgjengelig i alle kommuner og fylker.

Målsettinger

Målsettingen er hjelp og behandling i forhold til heroinmisbruk og sosiale og helsemessige problemer. Alle som fyller kriteriene skal ha tilbud på sitt hjemsted. Det tas sikte på at klienten skal få adekvat bolig, ordnet liv og økonomi. Tilhørighet og fritid skal forankres utenfor de etablerte rusmiddelmiljøene. Bruk av medikamenter til rus og bruk av illegale rusmidler skal opphøre.

Kriteriene

Kriteriene for inntak ble revidert i 2000 og gjort mindre restriktive enn tidligere: Søkeren skal som hovedregel være minst 25 år, dyptgående opiatavhengig tross behandling i rimelig omfang og ha en flerårig opiattdominert misbrukskarriere. Kriteriene kan fravikes etter en samlet vurdering av helsemessige og sosiale problemer. Når metadon eller annet adekvat legemiddel er nødvendig for å gjennomføre behandling av alvorlige sykdommer, gjelder ikke alderskriteriet og kriteriet om tidligere behandling.

Tilgjengelighet og organisering

Klienten søker selv om behandlingen gjennom sitt sosialsenter, evt. i samarbeid med lege eller behandler i annet tiltak. Søknaden skal omfatte beskrivelse av rusmiddelbruken og tidligere behandling. Det skal utarbeides en tiltaksplan med beskrivelse av de problemene som er tilstede og planlagt samarbeid for å avhjelpe dem. Behandlingen kan også søkes fra og starte i fengsel. Behandlingen kan startes uten søknad i psykiatrisk og somatiske institusjon etter vurdering av ansvarlig overlege, men fortsettelse etter utskrivningen forutsetter søknad. I tillegg kan en lege bruke opiatmedikamenter for kriseintervensjon og avklaring av hjelpebehov og tiltaksplan.

Søknaden sendes til og godkjennes av regionalt senter. Behandlingen starter i regi av eller i regionalt senter med avvenning fra andre rusmidler, nødvendige undersøkelser og opptrapping av medikamentet. Forskrivning skjer fra senteret eller fra leger som samarbeider etter avtale.

Med mindre det er spesielle behov, skjer behandlingen i hovedsak ambulant med utlevering av medikamentet i apotek eller i regionalt tiltak. Innleggelses kan skje for avvenning, kriseintervensjon eller behandling av spesifikke tilstander.

Medikamenter og administrasjonsmåter

Metadon og buprenorfin er i dag godkjent for denne behandlingen. Metadon skal drikkes som løsning, ordinært i doseringsområdet 80-130 mg/dag. Buprenorfin skal brukes som høydose resoribletter (Subutex) til å legge under tungen, ordinært i doseringsområde 8-16 mg/dag. Betydelig høyere doseringer anvendes ved behov.

Begge medikamenter skal inntas daglig under tilsyn inntil pasienten bedømmes stabil med tilstrekkelig rusmestring. Det kan da innvilges økende grad av ta-hjem bruk. Maksimalt kan det hentes medikament for en uke av gangen. Rettighetene forutsetter ruskontroll dokumentert ved overvåkede urinprøver.

Suboxone som inneholder buprenorfin og antagonisten nalokson er tilgjengelig på registreringsfritak men har til nå fått liten utbredelse. Det forventes at dette vil gi anledning til minsket kontrollbehov siden dette medikamentet ikke kan brukes intravenøst. Dette gir både mindre fare for overdose og mindre tendens til videresalg.

Psykososiale hjelpetiltak

Det forutsettes at det er utarbeidet en individuell tiltaksplan som beskriver målrettede tiltak for de problemene som foreligger. Alle skal ha en sosialkonsulent som har regelmessig kontakt og koordinerende oppgaver. Det skal opprettes tverrfaglige ansvarsgrupper for alle pasienter med sammensatte problemer og sosialkonsulenten fra sosialkontoret og fastlegen er de sentrale ansvarlige i samarbeid med spesialisert senter. Alle skal ha vurdert sine rehabiliteringsbehov med utdannings- og treningstilbud i samsvar med dette. Psykologhjelp skal gis etter behov.

I praksis kan det være mangel på lokal kompetanse og interesse for arbeidet. De spesialiserte tiltakene har også varierende kapasitet i forhold til pågangen som gjennomgående har vært svært stor. Det er fremkommet en del klager over at behandlingstilbudet vesentlig har vært medikamentutlevering, kontrolltiltak og samtaler om bruk av rusmidler.

Lekkasje

Systemet tar sikte på høy grad av kontroll slik at hovedreglen er daglig utlevering under tilsyn. Tett oppfølging med regelmessige overvåkede urinprøver er satt som forutsetning for at noen kan få med seg medikament. Dette fungerer i hovedsak bra når de regionale tiltakene har hovedoppfølging og eventuelt også utlevering. Det har likevel vært registrert metadon og Subutex på det illegale markedet og ved prøver for påfallende bilkjøring og overdoser hos personer som ikke er registrert i behandling. Noe av dette kan stamme fra illegal import, men en vesentlig del må stamme fra forskrevet MAR-medikasjon. Det er et inntrykk av at desentralisering med minsket regional spesialistkontroll øker dette problemet.

Evaluerings og statistikk

Alle klienter er registrert som pasienter i et regionalt tiltak selv om de har medikament forskrevet av fastlege. Sentrene rapporterer antall som venter, antall inntak og antall utskrivninger hvert tertial til det nasjonale senteret i Oslo. Det foreligger derfor talloppgaver tre ganger i år. Det har vært en sterk økning i antallet klienter. Ved siste registrering 31.12 2003 var det 2 431 personer på landsbasis (i Oslo 699). Ved siste registrering ventet 550 (i Oslo 136) personer på behandlingen eller på å få sin søknad vurdert.

Tabell 9. Antall klienter i legemiddelassistert rehabilitering

Antall per 31.12. 1998	Antall per 31.12.2001	Antall per 31.12.2002	Antall per 31.12.2003
173	1 501	1 984	2 431

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO

Evaluering av behandlingen har begynt både på bakgrunn av ordinær rapportering og på grunnlag av forskningsprosjekter. Publiseringen er imidlertid sparsom. Mer systematisk evaluering er påbegynt i form av individuell rapport om hver pasient fra dennes hovedbehandler en gang i året. Denne "statusrapporten" angir den sosiale situasjonen for personen på rapporteringstidspunktet og hvilken behandling som gies (medikamentelt og psykososialt). Videre rapporteres klinisk iaktatt rusbruk og svar på urinprøver siste måned og bedømt antall måneder uten rusbruk, kriminalitet, selvmord og overdoser siste år. De foreløpige oppgavene peker mot at mellom 60 og 90 % var uten påvist eller opplyst bruk av opioider siste måned ved undersøkelsen høsten 2002.

Det er for tidlig å gjøre opp status over behandlingens effekt. Opplysninger og undersøkelser så langt peker mot en vesentlig redusert overdosemortalitet. 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. Mange har vedvarende problemer knyttet til fortsatt misbruk av rusmidler, spesielt av benzodiazepiner, delvis også av alkohol og cannabis. I tillegg har det vært utprøvningsprosjekter med buprenorfin. En randomisert studie har vært utført på 106 opiatavhengige som ventet på å komme inn i metadonprogrammet 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 (Krook et al Addiction 2001).

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. 78 personer er tatt inn i prosjektet, som har tilmålsetting å vurdere om behandlingen kan føre frem til opiatfrihet. Prosjektet vil også evaluere bruken av naltrexon for å motvirke tilbakefall etter at den medikamentelle behandlingen er avsluttet. Det er også et prosjekt som skal undersøke bruken av metadon for pasienter med psykose og opioid avhengighet, og et prosjekt som undersøker bruk av naltrexon implantat for de som ønsker tilbakefallsprofylakse etter abstinensorientert behandling.

Opplæring

Alle sentrende driver omfattende opplæring av personell i samarbeidende kommunale helse-og sosialsentre. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer har kurs i rusmedisin og vedlikeholdsbehandling for leger. Det har vært holdt kurs i alle regioner. Behandlingen er også innarbeidet i videregående utdanning ved flere høyskoler for sosialarbeidere (Helge Waal, UiO).

Kapittel 10. Tiltak innen kriminalomsorgen

10.1 Tiltak for stoffmisbrukere i fengsel.

Kontrolltiltakene som er omtalt i kapittel 2.2.4, har ved siden av kontrollaspektet også 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
- Arbeidsevne 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 rusmiddelmisbruk 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, om ruskontroller, fremmøtehyppighet, deltakelse i undervisning, trening i dagliglivets aktiviteter, om 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. Det er registrert en flerdobling av antall innsatte som får substitusjonsbehandling og at dette vil øke i årene fremover (Justisdepartementet).

10.2 Alternativ til soning i fengsel

Straffegjennomføringsloven § 12 gir innsatte med rusmiddelproblem muligheten til å bli overført til soning i overgangsbolig eller i en behandlingsinstitusjon. 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 behandlingsinstitusjon. I praksis benyttes bestemmelsen nesten bare for alternativ soning for rusmiddelmisbrukere.

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 behandlingsinstitusjon 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 behandlingsinstitusjon/overgangsbolig ikke innvilges når tiden fram til forventet løslatelse overstiger 12 måneder.

Stifinnerprosjektet er et rehabiliteringstiltak som drives i samarbeid mellom Oslo fengsel og 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).

10.3 Etterutdanning innen kriminalomsorgen

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

I 2003 har KRUS iverksatt det nettbaserte oppdateringskurset "Narko på nett". Videre er det også tilrettelagt nettbasert opplæring i Motivational Interviewing (MI) eller endringsfokusert rådgivning utviklet for personer med et avhengighetsproblem. MI er et av basisverktøyene og et en viktig tilnærming for kontaktbetjent og de som gjennomfører ulike påvirkningsprogrammer.

Opplæring i rusprogrammer har i de 3 siste årene vært gjennomført av en canadisk instruktør og det utdannes 12 betjenter årlig til gjennomføring av programmer i friomsorgen eller fengslene. Promilleprogrammene gjennomføres i hele landet etter en gradvis utbygging for personer som er dømt for svært høy promille i forbindelse med bilkjøring eller gjentatte overtredelser av grensen for promille ved bilkjøring (Justisdepartementet).

Kapittel 11. Kvalitetssikring

Det eksisterer per i dag ikke formelle kvalitetskrav knyttet etablering av tiltak for rusmiddelmissbrukere.

Spørsmålet om kvalitet og kvalitetssikring av behandlingstiltak har vært reist ved flere anledninger. I Sosialdepartementets Rundskriv 1-1/93 om lov om sosiale tjenester m.v. er krav til kvalitet omtalt flere steder. Rundskrivet er imidlertid i liten grad konkret og i endringene i loven som ble vedtatt i 1998, heter det at "Kongen kan gi forskrifter om nærmere bestemmelser om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak". Slike kvalitetsforskrifter er imidlertid ikke blitt gitt. Etter dagens regler står i prinsippet enhver fritt til å etablere opprette slike tiltak, men driften vil være avhengig av om det offentlige er villig til å kjøpe tjenestene.

Etter lov om sosial tjenester skal fylkesmannen føre tilsyn ved institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere. Formålet med tilsynet er å påse at lover og regelverk blir fulgt, og at beboerne får forsvarlig behandling og omsorg. Tilsynet skal ha sin oppmerksomhet rettet mot alle forhold som har betydning for beboernes, trivsel velferd og rettsikkerhet. Tilsynet skal besøke institusjonen minst 4 ganger pr. år. Minst to av besøkene skal skje uanmeldt.

Klientkartleggingsverktøyet Addiction Severity Index (ASI) er tatt i bruk i behandlingsplanlegging og behandlingsforskning. Den europeisk tilpassede versjonen (EuropASI) er for eksempel benyttet som hovedinstrument i 'nytte-kostnad' studien som gjennomføres ved SIRUS. Ulike behandlingsmiljøer i Norge ønsker nå å benytte EuropASI og ungdomsversjonen European Adolescent Assessment (EuropADAD) i en utvidet klientkartlegging både for å imøtekomme kravet om sterkere vekt på individuelle behandlingsplaner, men også for å skape grunnlag for evaluering av behandling.

Referanser

- Bachs L. Mørland: H. *Acute cardiovascular fatalities following cannabis use*. For.Sci.Int. 124 (2001) 200-203).
- Bakken K. Landheim AS, Vaglum P (2003) *Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?* Alcohol and Alcoholism 2003;38(1):54-9.
- Belliveau, J.M. & Stoppard, J.M. (1995) *Parental alcohol abuse and gender as predictors of psychopathology in adult children of alcoholics*, Addictive Behaviours, 20(5), pp.619-625
- Black, D., Bucky, S. & Wilder-Padilla, S. (1986). *The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic*. International journal of Addiction, 21, pp.213-231
- 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 heroin-misbrukere i Oslo*. Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 2, 2000.
- Bretteville-Jensen A.L. & Bjørn E.: *Estimating addict's price response of heroin: A panel data approaches based on a re-interviewed sample*, UiO memorandum 8/2001.
- Christensen H. B. (1994) *Børn i familier med alkoholmisbrug -En redegjørelse for relationen mellem familieinteraktion og barnets psykosociale tilpasning*. Psykologisk skriftserie. Aarhus Universitet.
- Evenshaug, O. & Hallen, D. (1992) *Barne- og ungdomspsykologi* 3. utgave, 2. opplag. Gyldendal Norsk Forlag.
- Evjen R., Øiern T., Boe Kielland K. (2003): *Dobbelt opp*, Aschehoug forlag, 2003
- Kashubeck, S. (1994) *Adult children of Alcoholics and Psychological Distress*. Journal of Counselling & Development, vol.72, pp.538-543
- Knoff, R. H., Larsen B. (2002). *Midler mot rus* Ref: R213 Shdir Midler mot rus.wpd
- Krook et al: *Addiction* 2001
- Kriminalpolitisen (Kripos): *Narkotikastatistikk 2003* (www.kripos.no)
- Landheim A.S., Bakken K., Vaglum P. *Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway*. Eur Addict Res. 2003 Jan;9(1):8-17.
- Lauritzen, G., Waal H., Amundsen A., Arner O. *A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings*. Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift. Vol. 14, 1997 (English supplement).
- Miller, D. & Jang, M. (1977) *Children of alcoholics: A 20 year longitudinal study*. Social Work Research and Abstracts, 13, 2329.
- Melberg H. O. Alver Ø., *Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene*. SIRUS rapport nr. 3/2003
- Moshuus, G.; Rossow I.; Vestel, V *Partydop og ungdomskultur*. Sosial og helsedirektoratet 2002
- NOU 2003:04 *Forskning på rusmiddelfeltet*. Sosialdepartementet 2003.
- Rusmiddelstaten (2002): *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities*.
- Ravndal E., Lauritzen G., Melberg H.O.: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad*, Sirius rapport nr. 4/2003
- Ravndal E., Vaglum P. (1994). *Self-reported depression as a predictor of dropout in a hierarchical therapeutic community*. Journal of Substance Abuse Treatment, 11:5, 1994, 471-479.
- Rusmiddelstaten i Oslo (2001) *Feltpleien: Årsrapport 2000*. Oslo kommune, 2001.

- SINTEF Unimed 2003. *Helsetilstand hos tunge rusmiddelmisbrukere.*
- Skretting, A. (2003) *Ungdomsundersøkelsen 2003*"; www.sirus.no
- Skretting, A., Bye E. *ESPAD-undersøkelsen 2003 (den norske delen)* Sirius rapport nr. 5/2003
- Sosialdepartementet (2002): *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.*
- Statens helsetilsyn. 10-2000: *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk.*
- Statens institutt for folkehelse: *MSIS.*
- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS): *Rusmidler i Norge 2003.*
- Statens rettsstoksikologiske institutt(SRI): *Årsmelding 2002.*
- Statistisk sentralbyrå (SSB): *Kriminalstatistikken.*
- West, M.O. & Prinz, R.J. (1987) *Parental alcoholism and childhood psychopathology* Psychological Bulletin, 102,204218.