

Narkotikasituasjonen i kommunene

Resultater fra årene 2002 og 2003

Ellen J. Amundsen
Robert Lalla

SIRUS rapport nr. 2/2005
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2005

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

Copyright SIRUS
Oslo 2005

ISBN 978-82-7171-270-5
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

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

Trykt hos Wittusen&Jensen a.s.

Forord

SIRUS gjennomfører årlig undersøkelser om narkotikasituasjonen i kommunene. Årene 2002 og 2003 var de første hvor undersøkelsen ble landsdekkende og rapporten presenterer resultater for disse to år.

SIRUS vil takke alle respondenter som har bidratt med verdifull informasjon om situasjonen i kommunene. Kvaliteten på resultatene er avhengig av at så mange kommuner som mulig besvarer skjemaene og kan inkluderes i analysene. SIRUS håper denne rapporten vil bidra til at respondentene i kommunene og i politiet ser nytten av å gi informasjon og at oppslutningen om framtidige undersøkelser vil være stor. Det vil ytterligere øke verdien av undersøkelsene om den aktuelle narkotikasituasjonen i kommunene.

SIRUS takker Kristin Buvik, Ann Christin R. Olsen, Marte Ø. Lund, Anne-Line Bretteville Jensen, Astrid Skretting, Hans Olav Melberg, Ragnar Hauge og Sturla Nordlund for verdifulle bidrag under planleggingen, gjennomføringen, bearbeidingen av og rapportering fra de to undersøkelsene.

Oslo, juni 2005

Ellen J. Amundsen

Robert Lalla

Innhold

Sammendrag.....	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen.....	12
1.2 Gjennomføringen av undersøkelsen og svarprosenter	12
1.3 Rapportens innhold og struktur	15
1.4 Øvrige metodiske anmerkninger.....	16
2 Narkotikasituasjonen i kommunene	19
2.1 Endringer i 2002 og 2003.....	19
2.2 Problemmfang	21
2.3 Narkotikabruk i forskjellige aldersgrupper	27
2.4 Inntaksmåter	29
2.5 Dødsfall knyttet til narkotikamisbruk	30
2.6 Kommunenes organisering av rusmiddelarbeidet og tilbud til brukere.....	32
2.7 Etatenes vurdering av rusmiddelarbeidet og problemsituasjonen	36
2.8 Priser på narkotiske stoffer	38
English summary.....	41

Tabelloversikt

Tabell 1 Svar fra etatene. 2002 og 2003	13
Tabell 2 Andel av befolkningen som bor i kommuner som besvarte undersøkelsen. Kommunestørrelse. 2002 og 2003. Prosent	14
Tabell 3 Informantenes vurdering av endringer i antall brukere for utvalgte narkotiske stoffer. 2002 og 2003.....	20
Tabell 4 Kommuner etter antall narkotikamisbrukere. 2002 og 2003. Prosent	22
Tabell 5 Antall sprøytemisbrukere pr 1000 innbygger 16-64 år. 2002 og 2003	26
Tabell 6 Vurdering av sikkerhet i anslagene. 2003	27
Tabell 7 De tre vanligste narkotiske stoffer brukt i ulike aldersgrupper. 2002 og 2003	28
Tabell 8 Hovedinntaksmåte for ulike narkotiske stoffer. 2003. Prosent	30
Tabell 9 Antall narkotikarelaterte dødsfall. 2002 og 2003	31
Tabell 10 Narkotikarelaterte dødsfall spesifisert etter narkotiske stoffer. 2002 og 2003.....	32
Tabell 11 Tjenestetilbud og aktiviteter knyttet til rusmiddelarbeidet i kommunen. 2002 og 2003. Prosent av alle kommuner i Norge	33
Tabell 12 Oversikt over kommuner/antall sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem og klienter i enkelte typer behandling. 2002 og 2003.....	34
Tabell 13 Etatenes vurdering av rusmiddelarbeidets prioritering. 2002 og 2003. Prosent.....	36
Tabell 14 Etatenes vurdering av problemer med alkohol og narkotika i kommunen. 2002 og 2003. Prosent	37
Tabell 15 Samarbeid med andre etater. 2002 og 2003. Prosent (av kommuner som har svart)	38
Tabell 16 Prisanslag for ulike narkotiske stoffer i 2002.....	39
Tabell 17 Prisanslag for ulike narkotiske stoffer i 2003.....	40

Sammendrag

Sosialdepartementet anmodet i 1990 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIRUS, tidligere SIFA) om å utrede et opplegg for et løpende registreringssystem angående narkotikasituasjonen i kommunene. Det er gjennomført undersøkelser i utvalgte kommuner siden 1992, mens de første landsomfattende undersøkelser ble gjennomført i 2002 og 2003. I denne rapporten presenteres utvalgte resultater fra disse år.

SIRUS sendte spørreskjemaer til helse- og sosialetatene, politistasjoner/lensmannskontorer og utekontakter. Det er relativt stor tilbakemelding, men for enkelte spørsmål er svarprosenten dårlig. I tabeller og oversikter kan man se hvor mange kommuner som det er levert svar for.

Rusmiddelmissbruk og spesielt narkotikamisbruk foregår skjult i varierende grad. Det spørres i mange sammenhenger etter en vurdering av situasjonen. Dette medfører at svarene vil være preget av respondentens subjektive oppfatning av forholdene. Uansett svakheter må man understreke at datamaterialet er basert på mye kunnskap og grundig arbeid i forbindelse med utfyllingen av skjemaene. Dessuten er de foreliggende tallene ofte de beste man har. Resultatene må i det store og det hele tolkes med en viss varsomhet og ses i sammenheng med annen informasjon.

Hovedtyngden av kommunene, rundt 50 %, oppga i 2002 og 2003 at det ikke har skjedd noen endring i narkotikasituasjonene fra året før. Men andelen kommuner med stabil situasjon varierer for de ulike typer stoff. Andelen kommuner som rapporterer om en økning i antall misbrukere i forhold til året før var lavere i 2003 enn i 2002 for nesten alle stoffer. Cannabis, amfetamin og beroligende midler ser ut til å bli vanligere. Bruk av kokain og løsemidler har lavest vekst og for en relativt stor andel kommuner rapporteres at disse stoffer ikke kan påvises i kommunen. Bruk av opiater og ecstasy øker også i en del kommuner, men det er også en relativt stor andel kommuner hvor det rapporteres om færre brukere eller at slike stoffer ikke finnes. Politiet og helse- og sosialetatene vurderer tendensene i utviklingen ganske likt for de fleste stoffer.

Ethvert forsøk på å anslå omfanget av narkotikamisbruk generelt og sprøytemisbruk spesielt i en kommune og i Norge samlet vil være preget av en stor grad av usikkerhet. Basert på anslag fra helse- og sosialetatene, politiet og utekontakter for 2002 ble antall narkotikamisbrukere med høy sannsynlighet beregnet til å være mellom 52000 og 82000 og i 2003 ble tilsvarende intervall beregnet til 53000 til 90000. Bredden i intervallene

gjenspeiler den store reelle usikkerheten i tallene. Midtpunktet i slike intervaller er ofte det beste anslag, men for denne type data er det uklart om dette er riktig. Tallene for de store byene vil bety mye for det samlede tall og det er for disse at usikkerheten er størst.

Det er tydelig forskjell i bruken av narkotiske stoffer i aldersgruppene. Dette observeres av både helse- og sosialetatene og politiet: amfetamin og opiater rapporteres sjelden hos de unge under 18 år, ecstasy og løsemidler rapporteres sjelden hos de over 40 år. GHB nevnes nesten ikke for de eldste. Cannabis (hasj) er imidlertid det mest brukte rusmiddel i alle aldersgrupper. Det nest vanligste var løsemidler for brukere under 15 år, ecstasy/ beroligende midler for 15-17 åringer, amfetamin for 18-25 åringer, opiater/ amfetamin for 26-40 åringer og opiater for de over 40 år. To stoffer er nevnt når helse- og sosialetaten og politiet gir ulike svar.

Over tid opptrer trender og forandringer ikke bare med hensyn til hvilke stoffer som brukes, men også måten stoffene inntas på. Heroin, som er det mest brukte opiat, blir i Norge vanligvis injisert, men det kan også røykes. Amfetamin har vært vanlig å innta oralt, men det rapporteres nå om utstrakt injisering. Inntaksmåten har betydning for type skader eller problem som oppstår og også for omfang av skader/problemer brukere utsetter seg for.

Det foreligger ikke et krav til kommunene om å spesifisere rusmiddelarbeidet i en egen plan utover den pålagte alkoholpolitiske handlingsplan. Allikevel oppga 28 % av helse- og sosialetatene i de 332 kommuner som svarte i 2002 at de hadde en rusmiddelpolitisk handlingsplan. I 2003 svarte 38 % av 381 kommuner at de hadde en slik plan. Utarbeiding og gjennomføring av slike planer viser at kommunen har fokus på rusmiddelfeltet. Det er få kommuner hvor helse- og sosialetaten rapporterer at de har gjennomført en undersøkelse eller en kartlegging av rusmiddelsituasjonen i kommunen, hhv. 7 % i 2002 og 8 % i 2003. Kommunenes svar på spørsmålene vil derfor i liten grad bygge på slike lokale undersøkelser.

I 22 % av kommunenes var det ansatt rusmiddelkonsulenter i 2002/2003. I 2003 hadde 14 % oppsøkende tjeneste, 26 % boligtilbud til rusmisbrukere og 18 % hadde lavterskel omsorgstilbud. Tallene er minimumstall fordi det er regnet som prosent av alle kommuner og en del kommuner har jo ikke besvart skjemaene. I 2002 svarte 18 kommuner at de hadde et eget opplegg for sprøyteutdeling og i 2003 var det 22 kommuner som hadde et slikt tilbud.

Fra senter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Oslo ble det for 2002 rapportert om at 454 personer stod på venteliste på landsbasis for slik behandling og tilsvarende tall var 550 i 2003. Disse tallene er langt lavere enn det kommunene selv oppgir i undersøkelsen. Dette kan skyldes at kommunene teller med søknader som ligger inne til vurdering i helseregionene og hvor personene ennå ikke er kommet med på en venteliste. Behovet for LAR, målt ved den kommunale etterspørsel, kan derfor være større enn det som leses ut av helseregionenes egne statistikker. Det var en økning i antall klienter i LAR pr innbygger 16-64 år for kommuner som svarte både i 2002 og 2003.

I over halvparten av kommunene oppga helse- og sosialetaten at alkohol var det største problemet for både voksne og ungdom. Politiet vurderer narkotikabruk som mer alvorlig enn sosialetatene.

1 Innledning

Å ha en oversikt over narkotikasituasjonen i Norge, så vel totalt som lokalt, er viktig både ut fra et helseperspektiv og et sosialt perspektiv. Dersom man skal kunne sette i verk tiltak rettet mot misbruk av narkotiske stoffer er det viktig å ha en oversikt over omfang, utbredelse og struktur av problemene. Det må benyttes ulike metoder og datatilfang for å få bedre kunnskap og innsikt i narkotikaproblematikkens mange aspekter. Eksempelvis kan eksisterende data som kriminalstatistikken, beslagstall fra politi og tollvesen, antall personer i rusmiddelrelatert behandling, statistikk over narkotikadødsfall og lignende være med på å gi et bilde av status og utviklingstrekk ved narkotikasituasjonen. Kartlegging av bruk av rusmidler over tid blant ungdom og voksne ved spørreskjemaer, både for landet som helhet og i avgrensede geografiske områder, gir en annen innfallsvinkel til informasjon om situasjonen.

I denne publikasjonen beskrives narkotikasituasjonen ut ifra de observasjoner som gjøres av ansatte i kommunene og i politiet som jobber med rusmiddelproblematikken og den lokalbaserte kunnskap de tilegner seg gjennom sitt daglige arbeid. Politiet ser og erfarer vesentlig mer enn det som tradisjonelt belegges med tall. Helse- og sosialetaten kan få informasjon og danne seg inntrykk av situasjonen, selv om det byr på problemer å angi dette i nøyaktige tallangivelser. I kartleggingen som presenteres her har vi forsøkt å samle informasjon om narkotikasituasjonen fra ansatte i kommunenes helse- og sosialtjeneste, ved landets politistasjoner og lensmannskontorer og hos utekontakter som driver oppsøkende arbeid i kommunene. I tillegg har vi samlet informasjon om hvordan den enkelte kommune organiserer sitt rusmiddelarbeid.

Byggesteinene i det materialet som presenteres her er informasjon om den enkelte kommune. De problemstillinger vi kan belyse vil være av ulik karakter. En type problemstilling vil være om en viss aktivitet forekommer, for eksempel om et narkotisk stoff er observert og type inntak av stoffet. Er inntak av amfetamin observert i kommunen og på hvilken måte blir det inntatt? En annen problemstilling er knyttet til å etablere tall for hele landet eller for grupper av kommuner. Hvor mange narkotikamisbrukere har vi totalt i landet og hvordan varierer omfanget av slikt misbruk med kommunestørrelse eller landsdel? En tredje problemstilling kan være å se på utvikling i den enkelte kommune eller

hele landet og få innsikt i omfang av og type narkotikamisbruk som forekommer over tid.

Kartleggingen omfatter i all hovedsak illegal narkotika og ikke rusmidler generelt.

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Sosialdepartementet anmodet i 1990 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) om å utrede et opplegg for et løpende registreringssystem angående narkotikasituasjonen i kommunene. Som resultat av denne utredningen har det blitt foretatt årlige undersøkelser fra og med 1992. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har fortsatt denne oppgaven etter omorganiseringen i 2001. Evalueringsarbeidet underveis har ført til flere revideringer av spørreskjemaet, se avsnitt 1.2.

Det har blitt publisert tre rapporter om narkotikasituasjonen i utvalgte norske kommuner basert på de innsamlede data: den første omfattet data for tidsrommet 1992-1994 (Hauge 1996), den andre gjaldt for perioden 1993-1996 (Hauge og Østby 1998). Begge disse rapportene var basert på et utvalg av 46 kommuner. For 2001 ble utvalget av kommuner utvidet til 60 og resultatene ble oppsummert i et internt dokument (Lund, Lauritzen og Hauge 2003). Fra 2002 ble alle kommuner inkludert i undersøkelsen.

1.2 Gjennomføringen av undersøkelsen og svarprosjenter

Spørreskjemaene ble sendt til helse- og sosialetaten i kommunene, til politistasjoner/lensmannskontor og til utekontakter.

I 2002 fikk helse- og sosialetaten i 429 av de i alt 434 kommuner i Norge tilsendt spørreskjemaet. Dessverre fikk ikke fem kommuner tilsendt skjemaet. I 2003 fikk alle kommuner tilsendt skjemaet.

Begge år fikk alle 380 politistasjoner/ lensmannskontorer tilsendt skjemaer. Det skulle imidlertid besvares ett skjema for hver kommune i eget distrikt. Politiet rapporterer derfor også for enkeltkommuner.

Bare et fåtall av kommunene har utekontakter. Spørreskjemaene til disse er derfor kun sendt til de kommunene der det forelå informasjon om at en slik enhet eksisterte. Dette gjaldt 51 utekontakter i 2002 og 53 utekontakter i 2003. Rapportens innhold vil derfor hovedsakelig være basert på informasjon fra helse- og sosialetatene og politiet.

Spørreskjemaene har noen spørsmål som er like for de tre typer av respondenter og noen spørsmål som er rettet mot aktivitet eller kunnskap som er spesifikk for den enkelte. Skjemaene er lagt ut på SIRUS' nettsider (www.sirus.no). De er blitt noe endret fra år til år selv om det er en målsetting å endre minst mulig for å sikre informasjon som er sammenlignbar over tid. Spørsmål med lav svarfrekvensen blir eksempelvis løpende vurdert kuttet ut eller endret. Erfaringene fra gjennomføringen i 2002 ledet til at skjemaene for 2003 ble kortet ned på noen områder for å fremstå mer målrettet og bli lettere å fylle ut.

Tabell 1 viser svarprosenten for de ulike etatene basert på antall kommuner som det kunne avgis svar for.

Tabell 1 Svar fra etatene, 2002 og 2003

	Helse- og sosialetatene		Politiet		Utekontakter	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Antall skjema sendt	429	434	434	434	51	53
Antall svar	332	381	346	397	27	23
Svarprosent	77 %	88 %	80 %	91 %	53 %	43 %

Med unntak for utekontaktene var svarprosenten god i 2003. Økningen fra 2002 kan skyldes en intensivert innsamlingsprosedyre overfor helse- og sosialetatene og politiet, men også at skjemaene var noe forkortet. Utekontaktene svarprosent har derimot gått ned noe. Av de kommunene og etatene som ikke har svart på henvendelsen har noen påpekt at dette skyldtes ressursmangel og/eller mangel på kjennskap til problemet. Helse- og sosialetatene fra 310 kommuner har gitt informasjon i undersøkelsen for begge år, dvs. 71 % av alle kommuner. For politiet foreligger det tall fra 330 kommuner for begge år, dvs. 76 % av alle landets kommuner. Endringer fra 2002 til 2003 i de samme kommuner vil derfor kunne analyseres nøyere for noen problemstillinger.

Det er et forholdsvis lite antall kommuner som det ikke foreligger noen tall for siden helse- og sosialetaten og politiet til dels har sendt inn svar for ulike kommuner. For 2002 har vi informasjon fra 412 av landets 434 kommuner (95 %) enten fra en eller fra begge etater. Det tilsvarende tall for 2003 er hele 99 prosent. Det er kun fem kommuner som det ikke er gitt noe informasjon om.

I 2002 dekket de innkomne skjemaene kommunene hvor 97 prosent av befolkningen var bosatt. De 22 kommuner hvor verken helse- og sosialetat eller politiet sendte inn skjemaet hadde varierende størrelse: syv kommuner hadde mindre enn 2000 innbyggere, fem hadde mellom 2001 og 5000 innbyggere, syv mellom 5001 og 10000 innbyggere og tre kommuner hadde flere enn 10001 innbyggere. Kommunene var spredt over 13 fylker. Det var altså ingen landsdel som skilte seg ut. De fem kommuner som det ikke forelå svar for i 2003 hadde til sammen 24774 innbyggere og ingen hadde flere enn 10000 innbyggere.

For problemstillinger hvor en skal sammenligne helse- og sosialetatene med politiet og endring fra ett år til det neste, vil befolkningsdekningen for det enkelte år og de to etatene være lavere, se tabell 2. Det er lavest dekning i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, men dekningen var bedre i 2003 enn i 2002. Det ble uttrykt fra etater i slike kommuner at undersøkelsen var irrelevant hos dem, dvs. at de problemer vi kartla ikke var til stede i kommunen. Slike tilbakemeldinger gir imidlertid for dårlig grunnlag for å hevde at kommuner med få innbyggere som ikke inngår i undersøkelsen har lite eller ingen problemer med illegalt narkotikamisbruk.

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

Kommune- størrelse (antall kommuner)	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	2002	2003	2002	2003
Færre enn 5000 (243)	75	85	82	89
5000-19999 (148)	74	90	85	89
20000-159999 (41)	90	93	84	100
160000 og over (2)	100	100	100	100
Alle (434)	84	92	87	95

De oppgitte tallene for svarprosent er beregnet på grunnlag av antall returnerte spørreskjema. Dessverre er det til dels mange ubesvarte enkeltspørsmål i skjemaene. Dermed blir det store variasjoner i svarprosent. Som hovedregel vil vi i presentasjonen oppgi antall kommuner som har svart på enkeltspørsmål.

1.3 Rapportens innhold og struktur

Rapporten presenterer tallmateriale for årene 2002 og 2003. Den beskriver opplysninger om hvilke stoffer som brukes, hva de koster på gateplan, i hvilke aldersgrupper de brukes og hvilke inntaksmåter som er observert. Alle respondenter skulle vurdere i hvilken grad situasjonen for de ulike rusmidlene hadde forandret seg i løpet av det siste året. Det er også gitt litt informasjon om hvordan det narkotikarettede arbeidet i kommunene og politiet er organisert.

Dessuten har vi prøvd å kvantifisere omfanget av narkotikamisbruk. Det er mulig å beregne tall på landsbasis ved å benytte statistiske modeller for å anslå sannsynlige verdier for kommuner som ikke har svart eller ved å ta i bruk alternativ informasjon som finnes for den enkelte kommune fra andre kilder. En slik tilnærming kan også gjøres for andre problemstillinger, men er ikke gjennomført i denne rapporten.

Respondentene har også besvart spørsmål om omfang av sprøytemisbruk i kommunene. I denne rapporten er det gitt noen relative tall for ulik kommunestørrelse i avsnitt 2.2. Anslag på antall sprøytemisbrukere på landsbasis basert på denne undersøkelsen er under utarbeidning.

Svar for enkeltkommuner er ikke presentert. Respondentene og SIRUS bør få mer erfaring over tid med denne type datagrunnlag før eventuell slik publisering. En del svar vil være avgitt med til dels store usikkerhet. Oversikter basert på en rekke kommuner/landet kan allikevel vise seg stabile og avspeile den reelle situasjonen.

Anslag for endringer fra 2002 til 2003 skjer i hovedsak blant alle kommuner som har svart. Hvis (nesten) alle kommuner hadde svart på spørsmålene begge år vil dette vært et godt mål på endring. Men med til dels stor grad av ubesvarte spørsmål vil man sammenlikne ulike kommuner fra 2002 til 2003. Derfor er det for noen problemstillinger i tillegg også sett på utvikling i de kommuner som har besvart spørsmål begge år. Det er kommentert om endring i samme kommuner samsvarer med endring i alle kommuner.

Rapporten presenterer kartleggingens resultater fra sosial- og helseetatene og politiet samlet der det er hensiktsmessig. For noen problemstillinger har bare politiet eller helse- og sosialetaten blitt bedt om opplysninger. Dette har sammenheng med at etatene/tjenestene har ulike oppgaver og ansvarsområder.

Alle tabeller i rapporten er basert på det antall respondenter som har svart eksplisitt på de ulike spørsmålene. Det vil si at kategoriene ”vet ikke” og

”ubesvart” ikke er tatt med i presentasjonen eller i prosenteringen. En slik framstilling tilstreber å gi representative oppgaver for landet som helhet eller den gruppe kommuner som det er vist tall for. En slik tolkning vil være problematisk når få kommuner har besvart det enkelte spørsmål og/eller når situasjonen i de kommuner som vi har tall for skiller seg vesentlig ut fra situasjonen i de kommuner som vi ikke har tall for. Fyldige besvarelser for mange kommuner vil redusere slike muligheter for feiltolkninger.

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

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

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

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

1.4 Øvrige metodiske anmerkninger

Den forutgående beskrivelsen av undersøkelsens oppbygging, gjennomføring og svarprosentene har allerede indikert noen metodiske problemer som kan skape usikkerhet om og i hvilken grad rapporten beskriver den virkelighet som man faktisk vil studere. Narkotikamisbruk foregår i varierende grad skjult. Følgende seks punkter er vesentlige når man skal vurdere om svarene vil gi et skjevt og/eller usikkert bilde i forhold til den virkelige narkotikasituasjonen:

1. Det spørres i mange sammenhenger etter en vurdering av situasjonen. Dette medfører at svarene vil være preget av respondentens subjektive oppfatning av forholdene. Det vil variere hvorvidt den som svarer på spørsmålene vil rådføre seg med andre i kommunen slik at det etableres en konsensus om svarene.
2. Respondenten/ ansvarlig for innsendelse er ikke nødvendigvis den samme fra år til år. Dersom skjemaet fylles ut av ulike personer, vil en noenlunde uforandret situasjon kunne bli vurdert som forskjellig. Ulike etater og aktører vil ha ulikt ansvarsområde og ulike observasjoner av narkotikamisbruk lokalt.
3. Enkelte begrep i spørreskjemaet kan oppfattes ulikt avhengig av respondentens fortolkning i den sammenheng spørsmålet står. Definisjonene er ikke alltid like entydige. Noen begreper kan heller

ikke defineres helt nøyaktig fordi spørsmålet da vil være umulig å besvare. Dette gjelder for eksempel definisjon av en narkotikamisbruker. Ved å si at vi ønsker tall for narkotikamisbrukere som har brukt illegale stoffer siste 4 uker eller siste halve år, eller at vi ønsker tall for personer som bruker bare heroin, amfetamin og/ eller kokain, så vil det bli vanskeligere for respondenten å gi et svar. Selv om det er ønskelig med en definisjon som oppfattes likt av flest mulig, vil det ikke være å unngå at det kan forekomme avvikende oppfatninger.

4. Det kan være ulik terskelhøyde for å rapportere forandringer i narkotikasituasjonen i kommunene. I mange sammenhenger er det vist at folk tenderer til å svare i tråd med en allmenn oppfatning eller mot det som anses sosialt ønskelig. I lys av den generelle oppfatningen om økning i narkotikaproblemer i samfunnet er det trolig vanskeligere å rapportere om en forbedring enn en forverring av forholdene.
5. Det kan også anses som uheldigere å undervurdere problemer enn å overvurdere dem. Noen av respondentene vil trolig overestimere omfanget av problemene heller enn å anslå for lave tall. På den annen side kan det forekomme narkotikamisbruk som ennå ikke er kjent for respondentene og de kan dermed underestimere de reelle problemer.
6. For enkelte problemstillinger vil noen respondenter overvurdere aspekter ved narkotikaproblemer, mens andre vil undervurdere dem (jfr. punkt 5 over). Gjennomsnittsmål for store grupper av kommuner kan derfor gi et fornuftig bilde av situasjonen selv om hver enkelt kommune ikke svarer riktig.

I tillegg til mulige skjevheter, dvs. at spørsmålsformulering og svar tilsier en konsekvent over- eller undervurdering av den faktiske situasjon, vil det til svarene ved alle spørreundersøkelser være knyttet en viss statistisk usikkerhet. Forskjeller i tall fra helse- og sosialetatene og politiet eller forskjeller mellom 2002 og 2003 må derfor være av en viss størrelse for at vi kan påstå at de avspeiler en faktisk forskjell. Som hovedregel vil den statistiske usikkerhet være mindre jo flere som har svart på undersøkelsen. Forskjeller som er store nok til at de avspeiler en reell forskjell, såkalt statistisk signifikante forskjeller på fem prosent nivå, er som hovedregel kommentert. I de store kommunene vil f. eks usikkerheten i anslagene for antall narkotikamisbrukere og sprøytemisbrukere være svært stor, samtidig som vi vet lite om eventuelle skjevheter.

Uansett disse svakhetene må vi understreke at datamaterialet er basert på mye informasjon og grundig arbeid i forbindelse med utfyllingen av skjemaene. Dessuten er de foreliggende tallene, i alle fall på noen områder, de beste man har.

For noen problemstillinger kan informasjon i denne studien sammenlignes med status og utviklingstrekk fra andre datakilder. Dette er blant annet gjennomført for statistikk over narkotikadødsfall i avsnitt 2.5 og for statistikk over personer i enkelte typer behandling i avsnitt 2.6.

Resultatene må i det store og hele tolkes med en viss varsomhet og ses i sammenheng med annen informasjon. Etter hvert som man blir kjent med styrke og svakheter i denne type data og får lengre tidsserier vil nytteverdien kunne øke og kunnskapen om ulike sider ved narkotikamisbruk i Norge bli bedre.

2 Narkotikasituasjonen i kommunene

2.1 Endringer i 2002 og 2003

Ett av kartleggingens hovedformål er å kunne følge utviklingen i bruken av narkotiske stoffer over tid. Etatene ble derfor bedt om å bedømme endringen fra ett år til det neste i bruk av en rekke illegale narkotiske stoffer i egen kommune. Vurderingen vil ikke være basert på en sammenligning mellom objektivt registrerte basistall, men det inntrykk og de observasjoner etatene har gjort siden året før. Man kan ikke lese i tabellene hvor stort misbruket i utgangspunktet var.

Tabell 3 viser informantenes vurdering av endring i bruk av de ulike rusmidlene for de kommuner som har svart på spørsmålet, fordelt over de fire svaralternativer: flere brukere/ ingen endring/ færre brukere/ ingen brukere. De to siste kolonnene i tabellen angir grunnlaget for fordelingen; antall kommuner hvor det er avgitt svar. Jo færre kommuner, jo mer usikkert er det om tallene avspeiler den reelle situasjonen i landet som helhet.

Det en stor andel kommuner, mellom 40 % og 64 %, som rapporterer om at det ikke er noen endring i situasjonen for de ulike stoffer. Så varierer det mye om det blir flere brukere eller færre/ingen brukere for hvert enkelt stoff.

For cannabis og amfetamin rapporterte ca 50 % av kommunene i 2002 at det ble flere brukere. I 2003 var tilsvarende tall ca 40 %. Få eller ingen kommuner rapporterte om færre eller ingen brukere av slike stoffer. Det er en liten eller ingen forskjell i oppgavene fra helse- og sosialtjenestene og politiet.

Det ble også rapportert om flere brukere av beroligende midler for halvparten av kommuner i 2002. Her var tallet i 2002 43 % av kommunene ifølge helse- og sosialetatene og 28 % ifølge politiets oppgaver.

De andre stoffene viser et noe annet bilde. Det er færre kommuner hvor bruken øker. I under 10 % av kommunene svarte helse- og sosialtjenestene at det var en økning i kokainbruk, mens tilsvarende tall for politiet var 20 %. I 30-40 % av kommunene rapporteres det at bruk av kokain ikke forekommer. Løsemidler er også sjeldnere brukt; det rapporteres i 18 -37 % av kommunene at dette stoffet ikke brukes.

Tabell 3 Informantenes vurdering av endringer i antall brukere for utvalgte narkotiske stoffer. 2002 og 2003.

Type narkotisk stoff	Flere brukere		Ingen endring		Færre brukere		Ingen brukere		Kommuner	
	HS ¹	P ²	HS	P	HS	P	HS	P	HS	P
	Prosent								Antall	
Cannabis										
2002	51	51	44	46	4	2	1	0	247	313
2003	45	42	49	55	3	2	3	1	314	377
Amfetamin										
2002	50	54	41	39	5	5	3	2	239	298
2003	42	42	46	49	5	5	7	4	296	363
Kokain										
2002	9	20	57	37	4	3	30	40	164	208
2003	8	19	43	38	5	2	44	42	236	290
Opiater										
2002	27	16	53	62	12	10	7	12	215	250
2003	21	13	52	57	10	11	17	19	272	319
Løsemidler										
2002	5	3	64	54	13	17	18	26	152	167
2003	7	4	57	52	11	7	25	37	214	258
Beroligende midler										
2002	52	48	41	45	3	4	4	3	223	248
2003	43	28	49	62	3	3	5	6	276	316
Ecstasy										
2002	28	30	53	40	10	15	9	15	194	227
2003	15	11	52	44	12	20	21	24	247	296

1 Helse- og sosialetatene

2 Politiet

Bildet for bruk av opiatere og ecstasy er igjen litt annerledes. I gjennomsnitt for de to år og for begge etater oppgis at ca 20 % av kommunene har flere brukere av de to typer stoff. Helse- og sosialetaten rapporterte om en større andel med flere brukere av opiatere enn politiet. For 10 % av kommunene ble det rapportert om en nedgang i bruk av opiatere og tilsvarende tall for ecstasy var 20 %. Dessuten var det nesten 20 % av kommunene hvor det ble rapportert at det ikke var noen brukere av

opiater i 2003 og tilsvarende over 20 % for ecstasy. De siste tallene var høyere enn for 2002.

Hovedkonklusjonene kan summeres slik:

1. Hovedtyngden av kommunene oppga at det ikke har skjedd noen endring i bruken av de ulike stoffer fra 2002 til 2003.
2. Andelen kommuner som rapporterte om en økning i antall misbrukere i 2003 var lavere enn i 2002 for nesten alle stoffer¹.
3. Endringer i antall brukere av stoffer varierer med type stoff. Cannabis, amfetamin og beroligende midler ser ut til å bli vanligere. Bruk av kokain og løsemidler har lavest vekst og for en relativt stor andel kommuner rapporteres at disse stoffer ikke kan påvises i kommunen. Bruk av opiater og ecstasy øker også i en del kommuner, men det er også en relativt stor andel kommuner hvor det rapporteres om færre brukere eller at slike stoffer ikke finnes.
4. Politiet og helse- og sosialetatene vurderer tendensene i utviklingen ganske likt for de fleste stoffer.

I enkelte tilfeller vil forskjellen mellom de to årene kunne skyldes at det er et ulikt utvalg av kommuner som har svart på skjemaet i 2002 og 2003. Dersom man kun legger til grunn de kommunene hvor det foreligger svar både i 2002 og 2003, vil en tilsvarende tabell som tabell 2 endres noe. Men hovedresultatene holder fortsatt.

Andelen kommuner hvor det rapporteres om flere brukere både i 2002 og i 2003, dvs. hvor det ble en kontinuerlig forverring av problemet, var under 30 % for alle stoff. For over to tredeler av kommunene ble det derfor ikke rapportert om to påfølgende år med økning i antall misbrukere for et gitt narkotisk stoff.

2.2 Problemomfang

Ethvert forsøk på å anslå omfanget av narkotikamisbruk generelt og sprøytemisbruk spesielt i en kommune og i Norge samlet vil være preget av en stor grad av usikkerhet. I denne undersøkelsen har man to tilnærminger. I spørreskjemaet ble det først spurt etter et anslag over antall narkotikamisbrukere hvor svarkategoriene var angitt som intervaller (se tabell 4). Deretter ble det spurt etter en mer nøyaktig tallfesting dersom

¹ Ikke alle forskjeller er statistisk signifikante, dvs. at noen forskjeller er så små at vi ikke kan påstå med stor sannsynlighet at det er en forskjell

dette var mulig - både for antall narkotikamisbrukere generelt og antall sprøytemisbrukere spesielt. I tillegg skulle respondentene på en skala fra 0 til 10 angi hvor sikkert de mente anslagene var.

Avviket i vurderingen mellom de tre ulike etatene som besvarte identiske spørsmål var til del dels stort. Dette illustrerer hvor vanskelig det er å finne tilnærmet riktige tall og hvor usikre også samletall for hele landet vil være. I avsnitt 2.2.1 vises fordelinger av antall narkotikamisbrukere angitt ved intervallinformasjonen. I avsnitt 2.2.2 vises beregnede tall for omfang av narkotikamisbruk i Norge og noen relative tall for sprøytemisbruk for ulike kommunestørrelse.

2.2.1 Antall narkotikamisbrukere i kommunene, målt i intervaller

Selv om antagelig alle landets kommuner har en viss forekomst av narkotikamisbruk, ser problemet ut til å være av begrenset omfang i brorparten av disse. Over halvparten av landets kommuner rapporterer at antallet narkotikamisbrukere er under 50, for ca 1/5 er det færre enn ti misbrukere, se tabell 3. Siden noen kommuner ikke har oppgitt slike tall vil dette være minimumstall. Det er få kommuner som har rapportert over 500 narkotikamisbrukere. Dette vil gjelde de store byer og folkerike kommuner.

Tabell 4 Kommuner etter antall narkotikamisbrukere. 2002 og 2003. Prosent

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

Svarprosenten økte fra 2002 til 2003 og det var gruppen av kommuner med 10-50 misbrukere som ble større. Dersom man ser kun på de kommunene som har svart begge årene, er tallene noe annerledes, men tendensene er de samme som i tabell 4. For politiets vedkommende var

imidlertid andelen kommuner med under 10 misbrukere litt lavere i 2003 enn i 2002 når en ser på de samme kommuner.

I gruppen av kommuner som ikke svarte var det en overvekt av små kommuner, under 5000 innbyggere, og her vil trolig antall misbrukere være under 50 personer. Utviklingen må observeres over lenger tid med gode svarprosjenter før det er mulig å fastslå trender.

2.2.2 Anslag for antall narkotikamisbrukere i landet og noen tall om sprøytemisbruk

Færre kommuner har besvart spørsmålene om en nærmere tallfesting av omfanget av narkotikamisbruk enn spørsmålet hvor man kunne angi et intervall. Samlet har imidlertid minst en etat rapportert i hovedtyngden av kommunene. Anslag for de kommuner som ikke har besvart ble utarbeidet (se nedenfor) og ved å legge til tall for kommuner som har rapportert ble det beregnet nasjonale tall.

Metode

Narkotikaproblemer kan ha en tendens til å opptre sammen med andre problemer som vold og dårlige levekår. Beregningsmetoden som ble brukt utnyttet derfor informasjon i Statistisk sentralbyrås levekårsindeks for kommunene. Indeksen består av elementene sosialhjelp, lav utdanning, vold, overgangsstønad, uføretrygd, dødelighet, attføringspenger, arbeidsledighet – for hver kommune målt på en skal fra 1 til 10. En statistisk sammenheng mellom elementer i denne indeksen og omfang av narkotikamisbruk/sprøytemisbruk i kommunene betyr ikke det samme som at det er en årsakssammenheng. Men det er gode grunner for å anta at utnyttelse av slike statistiske sammenhenger for kommuner som svarte vil gi bedre anslag for antall narkotikamisbrukere i kommuner hvor det ikke forelå opplysninger.

I 2002 var det et hovedtrekk at i de kommuner hvor både politi og helse- og sosialetaten besvarte spørreskjemaene, så oppga politiet høyere tall enn helse- og sosialetaten. Dette gjaldt ikke for alle kommuner, men gjennomsnittet for politiets anslag over misbrukere lå høyere enn gjennomsnittet for helse- og sosialetaten. Spriket mellom tallene var større for narkotikamisbruk enn for sprøytemisbruk. Det er ikke mulig å avgjøre om politiets tall er mer eller mindre troverdige enn helse- og sosialetatens tall. Følgende framgangsmåte ble benyttet:

- 1) Gjennomsnittet for de to rapporter ble lagt til grunn i de kommuner hvor både helse- og sosialetaten og politiet svarte.

- 2) Tallene ble justert noe opp når bare helse- og sosialetaten svarte. Økningen tilsvarte den relative økningen opp til gjennomsnittet for de to rapporter fra kommuner hvor begge har svart.
- 3) Tallene ble justert noe ned når bare politiet svarte. Reduksjonen tilsvarte den relative reduksjon ned til gjennomsnittet for de to rapporter fra kommuner hvor begge svarte.
- 4) Når ingen svarte ble antall misbrukere beregnet. Ut fra de justerte tall i 1)-3) ble det først beregnet sammenhenger mellom misbruk og elementer i Statistisk sentralbyrås levekårsindeks, ved hjelp av regresjonsanalyse, for de som har svart. Denne sammenhengen er så antatt å gjelde også for de som ikke har svart. Det er gitt rom for at sammenheng mellom misbruk og elementer i indeksen vil variere for ulike kommunestørrelse.
- 5) Vanligvis beregnes intervaller for usikkerhet i slike tallanslag ut i fra teoretiske betraktninger og erfaringer fra andre tilsvarende undersøkelser. For denne type data har vi lite slik informasjon. De presenterte intervaller er basert på den statistiske usikkerhet i grupper for ulike kommunestørrelser (konfidensintervaller) og så er endepunktene for disse intervallene summert for å få et samlet intervall for alle kommuner. I Oslo og Bergen er usikkerheten og mulig skjevhet ved anslaget antatt å være inntil 50 %. Dermed har vi også fanget opp mulige store skjevheter i anslagene.

For 2003 var ikke tall fra politiet i gjennomsnitt høyere enn tall fra helse- og sosialetaten. Dette er en interessant observasjon som vi foreløpig ikke har sett nærmere på, men som bør følges opp over tid. Metoden for beregning av et samlet tall for landet ble derfor forenklet. I 2003 ble tall fra utekontakt/ oppsøkende tjenester tatt med i beregningene.

1. I de kommuner hvor bare en etat hadde svart, ble dette tallet lagt til grunn. Hvis to eller tre etater hadde svart, ble gjennomsnittet lagt til grunn. Dette gjaldt 359 kommuner hvor minst en etat hadde besvart spørsmålet om antall narkotikamisbrukere og 398 kommuner hvor minst en etat hadde besvart spørsmålet om antall sprøytemisbrukere.
2. Når ingen etat har svart ble misbrukstallene beregnet. Antall narkotikamisbrukere måtte beregnes for 75 kommuner og antall sprøytemisbrukere for 36 kommuner. Dette ble gjort med samme metode som for 2002, se punkt 4 over.

3. Intervaller for usikkerhet/skjevhet ble beregnet på samme måte som for 2002

Resultater

For 2002 ble antall narkotikamisbrukere med høy sannsynlighet beregnet til å være mellom 52000 og 82000 og i 2003 ble tilsvarende intervall 53000 til 90000. Bredden i intervallene gjenspeiler den store usikkerheten i tallene. Nedre grense tilsvarer 18 personer pr 1000 innbyggere 16-64 år og øvre grense tilsvarer 30 personer pr 1000 innbyggere i samme aldersgruppe. Vi er ikke kjent med eventuelle andre publiserte anslag over antall narkotikamisbrukere slik det er definert her.

En viss økning i både nedre og øvre intervallgrense fra 2002 til 2003 kan ikke tolkes dit hen at vi har hatt en økning i det faktiske antall narkotikamisbrukere fra det ene året til det neste. Den usikkerhet som er knyttet til anslagene er såpass stor at vi kan få slike tall som over uten at det faktisk har vært en økning.

Midtpunktet i slike intervaller er ofte det beste anslag, men for denne type data er det uklart om dette er riktig. Tallene for folkerike kommuner vil bety mye for det samlede tall og det er for disse at usikkerheten er størst. Mange trekker til store byer uten å ha fast bopel der. Noen av disse kan være regnet med også i hjemkommunen og dermed bli regnet dobbelt opp. Dessuten er det mulig at personer som er i behandling av ulike type vil bli regnet med i tallene fra respondentenes side. Dette kan bidra til at anslagene blir høyere enn det faktiske antall i befolkningen.

SIRUS beregner løpende antall sprøytemisbrukere for landet som helhet ved hjelp av en indikator basert på antall narkotikadødsfall, den såkalte dødelighetsmultiplikatoren. Basert på denne ble antall sprøytemisbrukere beregnet til å være mellom 11000 og 15000 personer i 2002². Av flere grunner trengs det en gjennomgang av denne type beregninger. Anslag for antall sprøytemisbrukere i 2002 og 2003 fra kommuneundersøkelsene vil bli sett i sammenheng med andre anslag for å kunne gi et mer helhetlig bilde av situasjonen.

Her vil vi derfor bare vise beregnede relative tall for sprøytemisbrukere i befolkningen etter kommunestørrelse.

Sprøytemisbruk av et visst omfang begynte i Oslo og deretter i andre større byer. Etter hvert har misbruket spredt seg utover store deler av

² Narkotikasituasjonen i Norge. 2003. Rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning 2004

landet, noe som blant annet vises i geografisk spredning av overdosedødsfall og andre indikatorer for narkotikamisbruk. Også i denne undersøkelsen finner vi at den estimerte andelen sprøytemisbrukere i befolkningen er større jo større kommunen er, se tabell 5. Forskjellene fra 2002 til 2003 er små i forhold til den usikkerhet som er knyttet til størrelsene. Vi kan derfor ikke si at det har vært en endring fra 2002 til 2003.

Vi kjenner ikke tilsvarende anslag fra andre land over sprøytemisbruk etter størrelse på lokale geografiske enheter. Antall sprøytemisbrukere pr 1000 innbygger 15-64 år varierer fra ca. 2 til 6 for enkelte land i Europa³. For Norge er det samlede tall for landet beregnet til ca 4.5 basert på dødelighetsmultiplikatoren.

Tabell 5 Antall sprøytemisbrukere pr 1000 innbygger 16-64 år. 2002 og 2003

Kommunestørrelse (antall kommuner)	2002	2003
Færre enn 5000 innbyggere.(243)	1.8	2.0
5-20.000 innbyggere (148)	2.7	2.8
20-160.000 innbyggere (41)	6.0	5.8
160.000+ innbyggere (2)	8.2	9.4

Ca en tredel av respondentene har stor tillit til at tallene de oppgir over omfang av narkotika- og sprøytemisbruk er sikre, se tabell 6. Tabellen viser hvor mange av respondentene som oppgir at de er svært sikre og svært usikre på svarene som ble gitt på de respektive spørsmålene. De fleste etatene som har svart på dette spørsmål har plassert seg i midtsjiktet av de mulige vurderingene. I 2002 var det en forholdsvis stor andel ubesvarte. Tallene for 2003 er basert på flere svar. De viser de samme tendensene – politiet anser i noe større grad enn helse- og sosialetatene sine anslag som sikre. Også her er andelen som mener at svarene er svært sikre større enn de som mener de er svært usikre. Mest sannsynlig skyldes dette at overvekten av svarene kommer fra små kommuner hvor respondentene mener at de har tilstrekkelig oversikt over situasjonen. En større andel av respondenter i små kommuner har tillit til sine tall enn respondenter i store kommuner.

³ Årsrapport 2004: Narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge, s. 52. Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk. Lisboa 2004

Tabell 6 Vurdering av sikkerhet i anslagene. 2003

	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	Narkotika- misbrukere	Sprøyte- misbrukere	Narkotika- misbrukere	Sprøyte- misbrukere
2002				
Svært usikkert ¹	17 %	19 %	6 %	12 %
Svært sikkert ²	30 %	31 %	32 %	28 %
Antall kommuner	262	232	270	276
2003				
Svært usikkert ¹	16 %	19 %	8 %	9 %
Svært sikkert ²	27 %	31 %	31 %	34 %
Antall kommuner	315	277	350	355

¹ Tre laveste verdier på en 11-punkts-skala

² Tre høyeste verdier på en 11-punkts-skala

2.3 Narkotikabruk i forskjellige aldersgrupper

Et viktig formål med en slik landsomfattende undersøkelse av narkotikasituasjonen må være å få bedre oversikt over hvem som bruker de ulike narkotiske stoffene. Dette inkluderer en kartlegging av ulike aldersgruppers bruk av stoffene. I skjemaet ble det spurt etter bruksmønsteret i fem ulike aldersgrupper: inntil 14 år, 15-17 år, 18-25 år, 26-40 år og 41 år og over. Ved svarene skulle det legges vekt på de "typiske" aldersgruppene som bruker de respektive stoffene. Dermed vil ikke resultatene få fram alle stoffer som benyttes i ulike aldersgrupper, men heller gi en beskrivelse av hovedproblemsituasjonen.

I tabell 7 listes de tre vanligste stoffer som ble rapportert i hver aldersgruppe. Det er stor enighet mellom politiet og helse- og sosialetatene om hvilke tre stoffer som brukes mest innenfor hver aldersgruppe.

Tabell 7 De tre vanligste narkotiske stoffer brukt i ulike aldersgrupper. 2002 og 2003

Alders- grupper	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	2002	2003	2002	2003
Inntil 14 år	Cannabis, Løsemidler, Beroligende midler	Cannabis, Løsemidler, Beroligende midler	Cannabis, Løsemidler, Beroligende midler	Cannabis, Løsemidler, Beroligende midler
15-17 år	Cannabis, Ecstasy, Løsemidler	Cannabis, Ecstasy, Løsemidler	Cannabis, Beroligende midler, Ecstasy	Cannabis, Beroligende midler, Løsemidler
18-25 år	Cannabis, Amfetamin, Beroligende midler	Cannabis, Amfetamin, Beroligende midler	Cannabis, Amfetamin, Ecstasy	Cannabis, Amfetamin, Beroligende midler
26-40 år	Cannabis, Opiater, Beroligende midler	Cannabis, Amfetamin, Beroligende midler	Cannabis, Amfetamin, Beroligende midler	Cannabis, Amfetamin, Beroligende midler
41 år og over	Cannabis, Opiater, Beroligende midler	Cannabis, Opiater, Beroligende midler	Cannabis, Opiater, Beroligende midler	Cannabis, Opiater, Beroligende midler

Svarene som ligger til grunn for tabell 5 kan oppsummeres slik:

1. Cannabis (hasj) er det mest brukte rusmiddel i alle aldersgrupper. I tillegg er misbruk av beroligende midler rapportert fra mange kommuner.
2. Det er tydelig forskjell i bruken av narkotiske stoffer i aldersgruppene. Dette observeres av både helse- og sosialetatene og politiet: amfetamin og opiater rapporteres sjelden hos de unge under 18 år, ecstasy og løsemidler rapporteres sjelden hos de over 40 år. GHB nevnes nesten ikke for de eldste.
3. Det rapporteres flest svar for alderskategoriene mellom 18-25 år og mellom 26-40 år. Mest sannsynlig gjenspeiler dette den faktiske bruken

av stoffene. Det er imidlertid også mulig at rusmiddelmissbruk for personer under 18 år og over 40 år er mindre kjent for rapportørene.

4. I rapportens grunnlagsmateriale på dette felt rapporterer politiet i større grad enn helse- og sosialetatene. Dette kan reflektere politiets arbeidsoppgaver gjennom beslag og arrestasjoner og dermed bedre kjennskap til miljøene.

Forskjellen mellom aldersgrupper kan delvis tolkes som endring i hvilke typer stoffer som benyttes over en misbrukerkarriere. Men det kan også reflektere at personer som ble rusmiddelmissbruker på 60 og 70-tallet tok i bruk, og holdt fast ved slik bruk av, andre stoffer enn de som ble rusmisbrukere på 80-tallet og 90-tallet. I tillegg vil tilgangen av de ulike stoffer ha variert over årene. Narkotikamisbrukere og spesielt sprøytemisbrukere har også hatt en høy dødelighet og dermed vil det i gruppen over 40 år være mange av de tyngste brukerne som har falt fra.

2.4 Inntaksmåter

Over tid opptrer trender og forandringer ikke bare med hensyn til hvilke stoffer som brukes, men også måten stoffene inntas på. Heroin, som er det mest brukte opiat, blir i Norge vanligvis injisert, men det kan også røykes. Amfetamin har vært vanlig å innta oralt, men det kan også injiseres. Inntaksmåten har betydning for type skader eller problem som oppstår og også for omfang av skader/problemer brukere utsetter seg for. Respondentene ble derfor bedt om å indikere hvilke inntaksmåter som var aktuelle for de ulike stofftypene i deres kommune.

Tabell 8 viser den type inntaksmåte som var vanligst for hvert stoff. Prosenten i tabellen viser andel av respondenter som har nevnt hovedinntaksmåten i prosent av respondenter som har nevnt stoffet. For noen stoffer er antall kommuner som har svart på spørsmålet lavt.

Inntaksmåtene for de ulike narkotiske stoffene er stabile for de to årene. Derfor har vi bare vist tall for 2003. Det er med få unntak heller ikke store avvik mellom rapportene fra de to etatene. Utradisjonelle måter er kun unntaksvis rapportert. Spising av amfetamin (i tablettform) ble nesten ikke nevnt som inntaksmåte lenger.

Tabell 8 Hovedinntaksmåte for ulike narkotiske stoffer. 2003. Prosent

Narkotisk stoff	Hoved- inntaksmåte	Helse- og sosialetaten	Politiet
Cannabis	Røyking	100	100
Amfetamin	Injeksjon	73	76
Kokain	Sniffing	85	96
Opiater	Injeksjon	90	96
Løsemidler	Sniffing	93	94
Beroligende midler	Spising	97	98
Ecstasy	Spising	90	96
Andre syntetiske midler	Injeksjon	36	50
GHB	Drikking	63	89
Hallusinogener	Spising	90	90
Andre stoffer	Spising	65	57

2.5 Dødsfall knyttet til narkotikamisbruk

Kripos (Nye Kripos fra 2005) legger fram statistikk over antall narkotikadødsfall basert på foreløpige innrapporteringer til politidistriktene knappe to måneder etter årsskiftet⁴. Statistisk sentralbyrå (SSB) rapporterer også narkotikarelaterte dødsfall basert på dødsårsaksstatistikken⁵. Denne statistikken blir utarbeidet på grunnlag av medisinske dødsmeldinger som sendes Statistisk sentralbyrå fra leger samt rutinemessig innhenting av tilleggsopplysninger fra andre kilder. Slike tall kommer mye senere, SSBs tall for 2003 ble frigitt 30. mars 2005. I mange år var det godt samsvar mellom tall fra de to kilder, men siden 1995 har SSB sine tall vært høyere enn Kripos sine tall. For 2002 rapporterte Kripos om 210 og SSB om 307 narkotikarelaterte dødsfall⁶. Tilsvarende tall for 2003 var 172 fra Kripos og 223 fra SSB.

⁴ www.kripos.no/statistikker/Narkotikastatistikk/narkotikadodsfall.html

⁵ <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/>

⁶ Rusmidler i Norge 2004. SIRUS. Tabell 2.1

I kommuneundersøkelsen blir politiet bedt om å oppgi antall dødsfall knyttet til narkotikamisbruk i den enkelte kommune. Kildene for slike tall vil være de samme som kildene Kripos rapporterer fra. Men det vil ha gått noe tid fra (Nye) Kripos rapporterer sine tall i februar til politiet rapporterer i kommuneundersøkelsen fra SIRUS i mai til september. Det kan derfor ha kommet til nye opplysninger om dødsfall. Tallene presentert i dette avsnittet er ikke å anse som et tredje offisielt tall for antall narkotikarelatert dødsfall. Formålet er å samle informasjon om ulike trekk ved narkotikasituasjonen i kommunene.

Politiets tall fra kommuneundersøkelsen for 2002 og 2003 er gjengitt i tabell 9. Totaltallene er bare noe høyere enn Kripos sine tall for hele landet selv om en stor del av kommunene ikke har rapportert. Det er få kommuner som rapporterer narkotikarelaterte dødsfall.

Tabell 9 Antall narkotikarelaterte dødsfall, 2002 og 2003

	2002 ¹			2003 ²		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
Inntil 14 år	-	-	-	-	-	-
15-17 år	4	2	6	1	1	2
18-25 år	38	8	46	31	9	40
26-40 år	101	25	126	76	20	96
41 år og over	29	9	38	49	5	54
I alt	172	44	216	157	35	192

¹ Basert på opplysninger for 300 kommuner inklusive Oslo

² Basert på opplysninger for 309 kommuner inklusive Oslo

Bortsett fra i den eldste aldersgruppen har det vært en nedgang i dødsfall i alle aldersgrupper fra 2002 til 2003. Denne tendensen gjelder både for totalsummen og for begge kjønnene. Denne trenden ses også i tidligere publiserte tall fra Kripos og Statistisk sentralbyrå. Kripos rapporterte for 2003 det laveste antall dødsfall som skyldes narkotikamisbruk siden 1997⁷. Tallet har imidlertid gått opp med 30 % til 223 for 2004.

I tabell 10 presenteres hvilke spesifikke narkotiske stoffer som ble rapportert som dødsårsak eller som medvirkende årsak/inntatt hos de døde. Sum antall dødsfall avviker fra tabell 9 fordi politiet har rapportert

⁷ Rusmidler i Norge 2004. SIRUS. Tabell 2.1

for til dels ulike kommuner. Bruk av opiater er hyppigst nevnte. Sprøytebruken tar de fleste liv siden det er vanligst å injisere både opiater og amfetamin. Det store antall døde knyttet til andre stoffer i 2003 skyldes at man har inkludert blandingsmisbrukerne under denne kategorien. Denne tendensen bekreftes også KRIPOS sine tall⁸. Svar for alle kommuner, også der hvor det ikke har forekommet narkotikarelaterte dødsfall, og lengre tidsserier vil gi bedre informasjon.

Tabell 10 Narkotikarelaterte dødsfall spesifisert etter narkotiske stoffer. 2002 og 2003

	2002 ¹			2003 ²		
	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner	I alt
Opiater	74	16	90	85	19	104
Amfetamin	7	3	10	6	1	7
GHB	4	0	4	0	0	0
Ecstasy	1	1	2	1	0	1
Blandingsmisbruk/ Annet stoff³	..	..	15	..	..	84
I alt	..	..	121	..	..	196

¹ Basert på opplysninger for 295 kommuner inklusive Oslo

² Basert på opplysninger for 298 kommuner inklusive Oslo

³ Fordeling etter kjønn ikke kjent i denne kategorien

2.6 Kommunenes organisering av rusmiddelarbeidet og tilbud til brukere

Rusmiddelarbeidet i kommunene var som hovedregel integrert i sosialavdelingene. I ca 10 % av kommunene var arbeidet organisert som en egen avdeling både i 2002 og 2003. Organisering som egen avdeling var vanligst i store kommuner/byer. Av de 42 kommunene som oppga at rusmiddelarbeidet var organisert som en egen avdeling i 2003 hadde ni kommuner færre enn 10.000 innbyggere, 18 kommuner mellom 10.000 og 30.000 innbyggere og 15 kommuner flere enn 30.000 innbyggere.

Det foreligger ikke et krav til kommunene om å spesifisere rusmiddelarbeidet i en egen plan utover den pålagte alkoholpolitiske handlingsplan. Allikevel oppga 28 % av de 332 kommuner som svarte i 2002 at de hadde en rusmiddelpolitisk handlingsplan. I 2003 svarte 38 %

⁸<http://www.nyekripos.no/statistikk/bilder/Arsberetning2002.pdf>

<http://www.nyekripos.no/statistikk/bilder/rapport.pdf>

av 381 kommuner at de hadde en slik plan. Omtrent det samme bildet ser man dersom man kun tar med de kommunene som har svart i begge år (29 % i 2002 og 40 % i 2003). Utarbeiding og gjennomføring av slike planer viser gjerne at kommunen har fokus på rusmiddelfeltet.

Det er få kommuner hvor helse- og sosialetaten har gjennomført en undersøkelse eller en kartlegging av rusmiddelsituasjonen i kommunen, hhv. 7 % i 2002 og 8 % i 2003. Det er stort sett de samme kommuner som har gjennomført dette begge år. Dermed er det trolig foretatt få nye lokale undersøkelser i 2003. Kommunenes svar på våre spørsmål vil derfor i liten grad bygge på slike lokale undersøkelser.

Kommunenes tjenestetilbud overfor rusmiddelmissbrukere vil være av ulik type. I tabell 11 gis det en oversikt over forekomst av noen typer av tilbud og aktiviteter. Hver kommune kan naturlig nok ha flere typer tilbud. Mange kommuner har bare svart for noen typer tilbud, fra 186 til 383 kommuner, og latt andre være ubesvart. Derfor er det vanskelig å vurdere om situasjonen har endret seg. Men stort sett har antall kommuner som besvarte spørsmålet økt fra 2002 til 2003. Når vi beregner antall positive svar som andel av alle de 434 kommuner i Norge, så økte andelen med de ulike tilbud fra 2002 til 2003. Unntaket var at andel kommuner som hadde egne rusmiddelkonsulenter ikke økte.

Tabell 11 Tjenestetilbud og aktiviteter knyttet til rusmiddelarbeidet i kommunen. 2002 og 2003. Prosent av alle kommuner i Norge

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

Kategorien "Andre tiltak" omfatter et mangfold av ulike tilbud. Svarene spenner fra dagtilbud/væresteder til diverse helse- og psykiatrirelaterte tjenester og til ettervernsprosjekter.

Etatene ble også spurt om kommunen hadde et eget opplegg for sprøyteutdeling. Et fåtall kommuner svarte positivt på dette spørsmålet. I 2002 fantes slike tilbud i 18 kommuner og i de fleste tilfeller gjaldt det utdeling av sprøyter og ikke f. eks sprøyteautomater. Antall kommuner som rapporterte om egen sprøyteutdeling var 22 i 2003.

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

Tabell 12 Oversikt over kommuner/ antall sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem og klienter i enkelte typer behandling, 2002 og 2003

Type behandling/ tiltak	Kommuner		Antall klienter
	Uten klienter	Med klienter	
2002			
Sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem	7	256	24172 ²
Klienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	150	136	1977
Antall på søkeliste / venteliste til LAR	198	85	805
Klienter tilbakeholdt etter §6-2 ¹	259	25	52
Klienter tilbakeholdt etter §6-2a ¹	263	22	33
Klienter tilbakeholdt etter §6-3 ¹	272	11	17
2003			
Sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem	14	269	17901 ²
Klienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	134	166	2274
Antall på søkeliste / venteliste til LAR	197	101	832
Klienter tilbakeholdt etter §6-2 ¹	271	26	57
Klienter tilbakeholdt etter §6-2a ¹	271	26	41
Klienter tilbakeholdt etter §6-3 ¹	275	16	76

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

² Nedgangen i antall klienter er ikke reell, se teksten nedenfor

De organisatoriske endringer innen rusmiddelrelatert behandling de siste år hvor mye av ansvaret for spesialisert tverrfaglig behandling er overført til staten, bidrar til at det er vanskelig å få gode tall over hvor mange personer fra kommunen som er i slik behandling. Mangelen på gode tall

bidrar til et manglende helhetlig bilde av behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere i tabell 12.

Antall sosialklienter med et registrert rusmiddelproblem er mye lavere for 2003 enn for 2002, se tabell 12. Dette skyldes at noen kommuner med mange slike klienter som rapporterte i 2002 ikke rapporterte i 2003. Ser vi på kommuner som rapporterte begge år, var antall sosialklienter pr innbygger 16-64 år stabilt.

Tallene for klienter i legemiddelassistert behandling (LAR) rapportert i kommuneundersøkelsen, 1977 personer i 2002 og 2274 personer i 2003, er lavere enn de tall som rapporteres på landsbasis fra senter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Oslo. Her er spørsmålet i kommuneundersøkelsens skjema noe uklart og dette vil bli rettet opp i 2004. Men det mangler jo også rapporter fra noen kommuner i kommuneundersøkelsen. De "offisielle" tall for 2002 var 1984 LAR-klienter på landsbasis⁹. I tillegg hadde 372 avsluttet sin behandling. Det vil si at til sammen 2356 personer benyttet LAR i løpet av 2002. For 2003 var det tilsvarende tall 2762 personer.

For antall personer på søkeliste/venteliste til LAR er derimot kommuneundersøkelsenes tall høyere. Tabell 10 viser at det ifølge kommunene var 805 som søkte/ventet på plass i 2002 og 832 i 2003. De "offisielle" tall var 454 personer stod på venteliste for LAR i 2002 og 550 i 2003⁹. Dette kan skyldes at kommunene teller med søknader som ligger inne til vurdering i helseregionene og hvor personene ennå ikke står på en venteliste. Behovet for LAR, målt ved den kommunale etterspørsel, kan derfor være større enn det som leses ut av helseregionenes egne statistikker. Det var en økning i andelen klienter i LAR pr innbygger 16-64 år for kommuner som svarte begge år.

Fylkesnemdene for sosiale saker behandler blant annet saker etter Lov om sosiale tjenester, paragrafene 6-2, 6-2a og 6-3. § 6-2 gjelder tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, §6-2a gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere og § 6-3 gjelder tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke. De offisielle tall over vedtak viser at det var få slike saker. Tallene fra kommuneundersøkelsene i tabell 12 omfattet personer hvor vedtak var effektivt lokalt i kommunene. Det er få kommuner som har denne type saker, bare 25 i 2002 og 26 i 2003. Økningen i tall for klienter tilbakeholdt med eget samtykke (§ 6-3) fra 2002 til 2003 skyldes at flere kommuner har svart. Publiserte tall for 2002 fra andre kilder viser at

⁹ Rusmidler i Norge 2004. Rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning; 2004

det ble gjort vedtak om innleggelse for 34 personer etter sosialtjenestelovens § 6-2a og 36 personer etter §6-2⁹. Dessuten ble det gjort hhv 27 og 35 midlertidige vedtak etter de samme paragrafer. Midlertidige og endelig vedtak kan gjelde samme person. Dessuten er det ikke alltid at vedtak blir utført fordi situasjonene for den det gjelder kan ha endret seg. For 2003 var tallene 14 (§ 6-2a) og 39 (§ 6-2) endelige vedtak samt 24 og 30 midlertidige.

2.7 Etatenes vurdering av rusmiddelarbeidet og problemsituasjonen

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

I 2002 var helse- og sosialetatene i kommunene ganske enige med politiet i sine vurderinger. Noe over halvparten av respondentene sier at arbeidet vurderes høyt hos dem. I 2003 ser det ut til at helse- og sosialetatene ikke er så fornøyd med situasjonen, mens politiets samlede vurderinger ikke har endret seg, se tabell 13. Etatene ble også bedt om å oppgi en nærmere forklaring for den aktuelle vurderingen. Svarene er mangfoldige, men manglende ressurser nevnes ofte som årsak i de tilfellene rusmiddelarbeidet blir beskrevet som lavt prioritert. Det fremkommer også av flere svar at det kan være en divergens mellom den uttalte prioriteringen i kommunene og den faktiske oppfølging av prioriteringen.

Tabell 13 Etatenes vurdering av rusmiddelarbeidets prioritering, 2002 og 2003.

Prosent

Rusmiddelarbeidets prioritering	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	2002	2003	2002	2003
Høyt	56	25	53	51
Middels ¹	-	52	-	-
Lavt	37	23	42	49
Ikke prioritert ²	8	-	5	-
Antall kommuner	313	377	329	387

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

²Kategorien ble tatt ut i 2003

Helse- og sosialetatene og politiet ble spurt om å vurdere alvorlighetsgrad av problemene ved narkotikabruk i forhold til alvorlighetsgrad av problemene ved alkoholbruk blant voksne og ungdom i kommunen. Vurderingen av problemsituasjonen er forholdsvis stabil, flest kommuner

oppgir alkohol til å være det største problemet for både voksne og ungdom, se tabell 14. Men politiet vurderer narkotika som mer alvorlig enn sosialetatene. Tendensen til at flere innen helse- og sosialetatene anser alkohol og narkotika som like problematiske (og færre alkohol som det mest alvorlige rusmiddel) gjelder også dersom man ser på de kommunene som har svart for begge år. Dette gjelder også for den endring i vurderingen politiet gir uttrykk for; flere anser alkohol som det mest alvorlige rusmiddelet i 2003 enn i 2002 både blant voksne og blant ungdom.

Tabell 14 Etatenes vurdering av problemer med alkohol og narkotika i kommunen. 2002 og 2003. Prosent

	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	2002	2003	2002	2003
Blant voksne				
Alkohol mest alvorlig	51	49	35	42
Narkotika og alkohol like alvorlige	35	39	31	31
Narkotika mest alvorlig	14	12	33	26
I alt	100	100	100	100
Antall kommuner som har svart	325	374	341	394
Blant ungdom				
Alkohol mest alvorlig	56	53	41	46
Narkotika og alkohol like alvorlige	27	33	26	26
Narkotika mest alvorlig	18	15	33	29
I alt	100	100	100	100
Antall kommuner som har svart	316	370	338	392

Omfang av samarbeid mellom de ulike etatene og tredjeparter vises i tabell 15. En kunne kanskje forventet at det skulle være et samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten og politiet i alle kommuner, men slik beskrives det ikke fra de to etatenes side. Politiet har et utstrakt samarbeid med skolene. Det vil være behov og situasjonen lokalt som er avgjørende for en vurdering av hvorvidt omfanget av samarbeid, slik det er beskrevet i tabell 15, er godt nok. Innholdet i og resultatet av samarbeidet er ikke vurdert og slike evalueringer vil kreve en helt annen tilnærming enn spørreskjemametoden som blir benyttet i kommuneundersøkelsene.

Tabell 15 Samarbeid med andre etater. 2002 og 2003. Prosent (av kommuner som har svart)

Samarbeider med	Helse- og sosialetatene		Politiet	
	2002	2003	2002	2003
Politiet	88 (302)	94 (340)	..	..
Helse- og sosialtjenesten	..	..	88 (310)	88 (371)
Skole	86 (286)	88 (338)	94 (324)	92 (383)
Frivillige organisasjoner¹	..	64 (251)	..	60 (234)
Andre¹	..	83 (223)	..	66 (156)

¹ Ny/endret kategori i spørreskjemaet fra 2003

At antallet etater som oppgir samarbeid med hverandre ikke er lik, kan skyldes ulik definisjonen av hva et faktisk samarbeid skal bestå av og ulik avgrensning til hvilke etater som er inkludert i slikt samarbeid. Dessuten har ikke politiet og helse- og sosialetaten svart for de samme kommuner. Det er også mye uoppgett på enkeltspørsmål i noen skjemaer. Dette forvansker tolkningen av informasjonen.

2.8 Priser på narkotiske stoffer

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

I 2002 ble politiet spurt om priser for en rekke opplistede narkotiske stoffer. I 2003 ble spørreskjemaet endret slik at enkeltstoffer ikke ble listet opp. Politiet ble da bedt om å rapportere stoffer og priser uten at det ble lagt føringer for hvilke stoffer de skulle oppgi priser for. Dette resulterte i færre avgitte svar.

For begge år var det til dels store variasjoner i de rapporterte prisene. Både gjennomsnittsprisen og medianpris er derfor gitt i tabellene. Medianpris vil være mer stabil og ikke bli påvirket av enkelte svært høye eller svært lave priser. I parentesene oppgis dessuten standardfeilen for de enkelte stoffene. Dette tallet viser usikkerheten for det beregnede gjennomsnittet.

I tabellene 16 og 17 er det oppgitt prisanslag i kommunene i norske kroner for både brukerdoser (BD) og for hele gram (G) der dette er hensiktsmessig. Siden det er færre rapporterte opplysninger for 2003, er det tatt med færre stoffer i tabell 17. Størrelsen av en brukerdose kan variere fra misbruker til misbruker og dermed også pris. Kvaliteten varierer og ved kjøp av større kvanta forekommer det til dels store rabatter. Slike forhold vil ha betydning når man skal vurdere forskjeller i pris fra ett år til det neste og de vil være spesielt viktige når det er gitt få svar. Prisanslag basert på få svar vil kunne avvike vesentlig fra den faktiske gjennomsnittspris i norske kommuner.

Tabell 16 Prisanslag for ulike narkotiske stoffer i 2002

Type narkotisk stoff	Medianpris	Gjennomsnittspris (standardfeil)	Antall respondenter
Cannabis (BD¹)	100	91 (2)	74
Cannabis (G²)	100	109 (2)	200
Amfetamin (BD)	200	221 (8)	79
Amfetamin (G)	600	651 (25)	142
Kokain (BD)	325	337 (31)	17
Kokain (G)	1250	1301 (59)	48
Opiater (BD)	263	283 (17)	46
Opiater (G)	1500	1802 (144)	57
Beroligende midler	30	47 (6)	94
Ecstasy (BD)	150	164 (7)	75
Ecstasy (G)	288	459 (185)	8
Anabole steroider (BD)	48	126 (93)	4
GHB (BD)	150	152 (18)	22
Andre hallusinogener	150	139 (34)	7

¹Brukerdose

²Gram

Så langt man kan se av de rapporterte tallene er prissituasjonen for 2003 forandret på noen punkter i forhold til 2002. Det gjelder økning i gjennomsnittsprisene for ett gram cannabis og amfetamin og brukerdosene for amfetamin og ecstasy. Disse endringer er statistisk signifikante. Andre forskjeller i priser er ikke store nok til at vi kan påstå at prisene faktisk ble endret fra 2002 til 2003.

Siden brukerdosene kan variere sterkt, vil det være mest meningsfylt å analysere prisutviklingen for faste størrelser (hele gram) i senere års undersøkelser.

Tabell 17 Prisanslag for ulike narkotiske stoffer i 2003

Narkotisk stoff	Medianpris	Gjennomsnittspris (standardfeil)	Antall respondenter
Cannabis (BD)	100	107 (7)	7
Cannabis (G)	100	118 (4)	140
Amfetamin (BD)	250	328 (65)	17
Amfetamin (G)	800	759 (35)	95
Kokain (G)	1100	1175 (81)	20
Opiater (BD)	250	256 (22)	18
Opiater (G)	2000	2414 (352)	24
Ecstasy (BD)	200	193 (12)	33
GHB (BD)	100	217 (143)	3

English summary

This report presents results from surveys in 2002 and 2003 regarding several aspects of illegal drug use in the 434 Norwegian municipalities. The respondents were the local health- and social services, the local police authorities and for some municipalities, street outreach services.

The general response rate from the health- and social services and the police was good, yielding coverage of 77 % and 80 % respectively in 2002 and 88 % and 91 % in 2003. Due to item non-response the coverage was not as good for each aspect under study. The number of municipalities covered is shown in the tables. Only 8 % of the municipalities had carried out a local survey which the figures were based on.

The respondents were asked whether the drug scene had changed during the year. Approximately 50 % of the municipalities reported no change in the use of drugs. However this figure varied with the type of drug and the year of reporting; figures for stability in the use of drugs ranged from 40 % to 64 %. Cannabis, amphetamine and tranquilizers have been the drugs most common in use. Almost 50 % of the municipalities reported an increase in the use of such drugs in 2002 and 40 % in 2003. Cocaine and solvents had the least increase and were the types of drugs most frequently reported as not present in the municipalities. Opiates did increase in approximately 20 % of the municipalities and decreased in or were not present in 20-30 % of them. The figures varied with the year of reporting and the respondent (social services, police). Ecstasy may have become less common to use; the reported proportion of municipalities with no users almost doubled to 23 % from 2002 to 2003.

The respondents were asked to report figures for the number of users of illegal drugs and injecting drug users, based on local knowledge. Such figures must be appreciated with caution. For the country as a whole, an interval from 18 to 30 per 1000 inhabitants 16-64 years of age would cover the true number of users of illegal drugs. Injecting drug use was far less common. In 2003 the survey yielded an average of 2 per 1000 persons 16-64 years in small municipalities (less than 5000 inhabitants), up to 9.4 per 1000 in the two largest municipalities with more than 160.000 inhabitants. No increase in such figures could be established from 2002 till 2003.

The type of drug used varied with age. Few reports of amphetamine and opiates were given for those younger than 18 years of age and few reports of GHB for those older than 40 years of age. Cannabis was the most common drug for all age groups. The second most common drug was

solvents for those younger than 15 years of age, ecstasy/ tranquilizers for those 15-17 years, amphetamine for those 18-25 years, opiates/amphetamine for those 26-40 years and opiates for those more than 40 years of age. When two drugs are mentioned, the social services and the police reported differently. Heroin, the most used opiate, was commonly injected and so was amphetamine.

In 2003 14 % of the municipalities had an outreach service, 26 % had special housing projects for drug users and 18 % offered a low threshold service. In 2002 18 municipalities reported that they had a program for easy access to needles and syringes and so did 22 municipalities in 2003. Needles and syringes can otherwise be bought in pharmacies in Norway.

The survey will continue on a yearly basis and thus it will be possible to compare longer time series with other indicators of the increase or decrease of illegal drug use and the kind of drugs used.

Sirus' rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

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

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

Rapportene kan bestilles fra instituttet.