

Redaktører: Astrid Skretting & Elisabet E. Storvoll

# **Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet**

## **Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken**

SIRUS-Rapport nr. 3/2011  
Statens institutt for rusmiddelforskning  
Oslo 2011

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 2011

ISBN 987-82-7171-366-9 (trykt)

ISSN 978-82-7171-367-6 (PDF)

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

Fax: 22 34 04 01

E-post: [sirus@sirus.no](mailto:sirus@sirus.no)

[www.sirus.no](http://www.sirus.no)

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2011

[www.07.no](http://www.07.no)

# Forord

Regjeringen har varslet at det skal legges fram en stortingsmelding om rusmiddelpolitikken i løpet av 2012. I den forbindelse har Helse- og omsorgsdepartementet bedt SIRUS om å bidra til en oppsummering og analyse av den historiske utviklingen på rusmiddelfeltet i tidsrommet fra de to siste stortingsmeldingene på feltet, St. meld. nr 69 (1991-1992) Tiltak for rusmiddelmisbrukere og St. meld. nr 16 (1996-1997) Narkotikapolitikken.

Grunnlagsmateriale SIRUS har gitt departementet er her samlet i en rapport. Mange av medarbeiderne på SIRUS har deltatt i arbeidet. Foruten redaktørene har Ellen J. Amundsen, Anne Line Bretteville-Jensen, Elin K. Bye, Odd Hordvin, Grethe Lauritzen, Hilgunn Olsen, Jostein Rise, Ingeborg Rossow, Mette Snertingdal, Øystein Skjelaaen og Ståle Østhus levert skriftlige bidrag. Dessuten har Bergljot Baklien, Øyvind Horverak og Sturla Nordlund bidratt med verdifulle kommentarer. Flere av bidragene er nyskrevet, mens andre er omarbeidete versjoner av ting som tidligere er publisert i andre sammenhenger.

Oslo, oktober 2011

Astrid Skretting & Elisabet E. Storvoll



# Innhold

Forord .....	3
Innledning .....	9
<b>Del 1 Substansovergripende tema/problemstillinger .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere – noen utviklingstrekk ..</b>	<b>12</b>
1.1 Innledning .....	12
1.2 Sentralisering – desentralisering – sentralisering .....	13
1.3 Fylkeskommunen får ansvar .....	14
1.4 Rusreformen .....	14
1.5 Substitusjonsbehandling .....	16
1.5.1 Behandlingsoptimisme – metadon gir negativ signalverdi .....	17
1.5.2 Økt elendighet .....	18
1.6 Sprøyteromsloven .....	19
1.6.1 Skiftende regjeringer – ulike syn .....	20
1.7 Sluttbemerkninger .....	22
<b>2 Begrepsbruk på rusmiddelfeltet .....</b>	<b>24</b>
2.1 «Rus» .....	24
2.2 Misbruker eller avhengig? .....	26
2.2.1 Bruker .....	27
2.3 Mer bevisst bruk av betegnelser og begreper .....	28
<b>3 Hva er avhengighet? .....</b>	<b>29</b>
3.1 Innledning .....	29
3.2 Avhengighet som selvregulering .....	31
3.3 Avhengighet og nevrobiologi .....	32
3.4 Fri vilje .....	34
3.5 Avslutning .....	35
<b>4 Norsk Pasientregister (NPR) og andre kartleggingsverktøy .....</b>	<b>36</b>
4.1 Behov for kartleggingsinstrumenter utover NPR .....	37
<b>5 Evidensbasert behandling – noen utfordringer .....</b>	<b>39</b>
5.1 Hvilken forskning gir innsikt i ulike praksisfelt? .....	40
5.2 Hvordan forstå forholdet mellom praksisfeltet og forskning? .....	44

<b>6 Barn som pårørende til rusmiddelmisbrukere</b> .....	47
6.1 Utredning .....	47
6.2 Iverksatte tiltak .....	49
6.3 Videre utfordringer .....	51
<b>7 Skader og problemer ved rusmiddelbruk</b> .....	53
7.1 Oversikter .....	53
7.2 Evalueringsmetoder .....	54
7.3 Den norske situasjonen .....	56
<b>8 Skadereduksjon</b> .....	59
8.1 Forebygging – behandling – skadereduksjon .....	60
<b>9 Samfunnsmessige kostnader av rusmiddelbruk</b> .....	62
9.1 Forebygging .....	63
9.2 Behandling .....	63
9.3 Sosial- og helsetjenester og trygdeytelser .....	64
9.4 Toll-, politi- og rettsvesen .....	64
9.5 3.-partsskader .....	65
9.6 Konklusjon .....	65
<b>Del 2 Alkohol: politikk, konsum og skader 1995–2010</b> .....	67
<b>10 Alkoholpolitikk</b> .....	68
10.1 Norsk og internasjonal alkoholpolitikk .....	68
10.2 Statlig og kommunal styring av alkoholpolitikken .....	71
10.2.1 Priser .....	71
10.2.2 Promillegrensen .....	73
10.2.3 Vinmonopol .....	73
10.2.4 Bevillinger for salg og skjenking av alkohol .....	75
10.2.5 Salgs- og skjenketider .....	75
10.2.6 Kontroll av bevillingene .....	76
10.2.7 Alkoholpolitiske handlingsplaner .....	77
10.2.8 Nærings- og forbrukerhensyn i statlig og kommunal politikk .....	78
10.3 Kollektivet og individet .....	78
10.4 Oppsummering .....	80
<b>11 Alkoholkonsum</b> .....	82
11.1 Indikatorer og datakilder .....	82
11.2 Alkoholomsetning .....	84
11.3 Drikkevaner i ulike sosiale grupper .....	87

11.3.1	Drikkevaner blant kvinner og menn .....	87
11.3.2	Drikkevaner i ulike aldersgrupper .....	89
11.3.3	Drikkevaner i ulike utdanningsgrupper .....	91
11.4	Drikkevaner blant ungdom .....	92
11.5	Oppsummering .....	95
<b>12</b>	<b>Alkoholrelaterte skader og problemer .....</b>	<b>96</b>
12.1	Et mangfoldig skadepanorama .....	96
12.2	Sammenheng mellom konsum og skader/problemer .....	97
12.3	Indikatorer og datakilder .....	98
12.4	Utviklingen i Norge 1995–2010 .....	101
12.4.1	Alkoholrelatert sykkelighet .....	101
12.4.2	Alkoholrelatert dødelighet .....	102
12.4.3	Alkoholrelatert kriminalitet .....	103
12.4.4	Andre problemer .....	103
12.5	Oppsummering – ingen entydige trender .....	104
<b>13</b>	<b>Oppsummering av sentrale endringer på alkoholfeltet 1995–2010 .....</b>	<b>106</b>
13.1	Hvilken utvikling kan vi vente framover? .....	108
<b>Del 3</b>	<b>Narkotika: bruk, misbruk, skader og narkotikapolitiske problemstillinger .....</b>	<b>111</b>
<b>14</b>	<b>Bruk og misbruk av narkotika .....</b>	<b>112</b>
14.1	Datakilder .....	112
14.2	Cannabis .....	113
14.3	Andre narkotiske stoffer .....	118
14.4	Injeksjonsmisbruk .....	121
<b>15</b>	<b>Narkotikarelaterte problemer og skader .....</b>	<b>123</b>
15.1	Narkotikarelaterte sykdommer .....	123
15.2	Overdosedødsfall .....	126
15.3	Prøver fra bilkjøring med mistanke om påvirkning av rusmidler .....	127
15.4	Narkotikalovbrudd .....	127
15.5	Straffereaksjoner .....	129
15.6	Beslag .....	130
15.7	Kontrollskader .....	132
15.8	Åpne bruk- og omsetningssteder .....	133
15.9	Skadereduksjonstiltak – noen dilemmaer .....	136
15.9.1	Reduserer sprøyteutdeling spredning av HIV og hepatitt C? ...	136

15.9.2 Sprøyteromsordningen . . . . .	139
15.9.3 Opprettholdelse av injeksjonsmisbruk? . . . . .	140
15.9.4 Riktig prioritering? . . . . .	140
<b>16 Narkotikasituasjonen i Norge sett i europeisk perspektiv . . . . .</b>	<b>141</b>
16.1 Bruk . . . . .	141
16.2 Hvorfor har Norge høyt antall overdosedødsfall og utstrakt sprøytekultur? . . . . .	144
<b>17 Mot en mindre restriktiv narkotikapolitikk? . . . . .</b>	<b>148</b>
17.1 Fra visjoner til pragmatisme . . . . .	149
17.2 Norge og Europa nærmer seg hverandre . . . . .	150
17.3 Storstilt satsing på substitusjonsbehandling . . . . .	151
17.4 Sprøyteutdeling og sprøyterom . . . . .	151
17.5 Mindre vektlegging av straffereaksjoner? . . . . .	151
17.5.1 Tosporet styringsrasjonale . . . . .	152
17.5.2 Tall som ikke taler for seg selv . . . . .	153
17.5.3 Skadereduksjonslogikk i strafferetten . . . . .	153
17.5.4 Hva med et tredje spor? . . . . .	156
17.6 Liberalisering av cannabislovgivningen? . . . . .	157
17.6.1 Begrepsavklaring . . . . .	157
17.6.2 Ulike tilnærminger . . . . .	158
17.6.3 Hva sier forskning? . . . . .	159
17.6.4 Den norske situasjonen . . . . .	160
17.6.5 Står straffereaksjonen i forhold til handlingen og har straffen den ønskede effekt? . . . . .	162
<b>18 Sentrale endringer og problemstillinger på narkotikafeltet de siste 15–20 år . . . . .</b>	<b>164</b>
<b>19 Vanedannende legemidler . . . . .</b>	<b>166</b>
19.1 Skjevfordelt forbruk . . . . .	166
19.2 Store fylkesvise variasjoner . . . . .	167
19.3 Økt bruk det siste tiåret . . . . .	167
19.4 Mer bruk blant eldre, kvinner og uføretrygdete . . . . .	168
19.5 Kombinasjonsbruk og legemiddelshopping . . . . .	169
19.6 Bruk av vanedannende legemidler blant rusmiddelmissbrukere . . . . .	169
19.7 Illegalt marked og politibeslag . . . . .	169
19.8 Noen videre utfordringer . . . . .	170
Referanser . . . . .	171



# Innledning

Del 1 av denne rapporten omhandler ulike områder eller problemstillinger som berører rusmiddelfeltet på tvers av de to substansområdene alkohol og narkotika. Vi er inne i en tid der rusmiddelproblemer i økende grad sees på som et medisinsk problem og en økt vektlegging av medisinske hjelpe- og behandlingstiltak. Vi vil derfor se på noen utviklingstrekk i tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere og på begrepsbruken på feltet. Med bakgrunn i at rusmiddelmisbrukere i økende grad omtales som avhengige, har vi også funnet det formålstjenlig å gi en drøfting av avhengighet og avhengighetsbegrepet.

Det stilles økte krav til dokumentasjon og det som gjerne kalles evidens med hensyn til hva som virker og ikke virker når det gjelder å forebygge og behandle rusmiddelproblemer. I den forbindelse redegjør vi for inkludering av data om pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer i Norsk pasientregister (NPR), som ble gjort gjeldende fra 2009, og vi redegjør for kartleggingsverktøy til bruk i behandling av pasienter med rusmiddelproblemer. Vi gir også en drøfting av ulike problemer knyttet til kravet om evidens i behandling av rusmiddelmisbrukere.

Det har i de senere år vært økt oppmerksomhet på situasjonen til barn som har foreldre med rusmiddelproblemer. Vi redegjør derfor for arbeidet med å trekke fram disse barnas situasjon, et arbeid som ledet fram til at barn med syke foreldre har fått rettigheter som pårørende.

Bruk av rusmidler gir som kjent økt risiko for ulike typer skader. Vi gir en drøfting av hvordan skader for individ og samfunn knyttet til alkohol og ulike narkotiske stoffer, er forsøkt rangert. Videre gir vi en drøfting av det som gjerne kalles skadereduksjon og skadereduksjonstiltak knyttet til bruk/misbruk av rusmidler. Vi gir også en drøfting av problemer knyttet til å beregne de samfunnsøkonomiske kostnadene ved bruk/misbruk av rusmidler.

I del 2 beskriver vi sentrale endringer på alkoholfeltet i perioden 1995–2010. Beskrivelsen er delt inn i tre kapitler: alkoholpolitikk, alkoholkonsum og alkoholrelaterte skader og problemer. Vi har hovedfokus på utviklingen i Norge, men vi ser også utviklingen i Norge i forhold til utviklingen i andre europeiske land.

I del 3 gir vi en beskrivelse av utviklingen av bruk/misbruk av narkotika og narkotika-relaterte skader gjennom de seneste 15–20 år. På samme måte som for alkohol ser vi først og fremst på utviklingen i Norge, men vi gjør også en sammenligning med narkotikasituasjonen i andre europeiske land. Videre ser vi på den narkotikapolitiske utviklingen og spør om Norge beveger seg i retning av en mindre restriktiv narkotikapolitikk enn tilfellet var tidligere. Dette illustreres blant annet ved de relativt store ressursene som brukes på ulike tiltak der målet er å redusere skadene ved narkotikamisbruk og at det ser ut til at straffereaksjoner for narkotikaforbrytelser tillegges mindre vekt enn tidligere. Det gis også en drøfting av mulige konsekvenser av en eventuell avkriminalisering av cannabis. Avslutningsvis drøftes situasjonen når det gjelder bruk/misbruk av vanedannende legemidler.

# Del 1

---

Substansovergripende tema/  
problemstillinger

# 1 Tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere – noen utviklingstrekk

*Astrid Skretting*

Det har skjedd store endringer i hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere de siste årene. Vi vil her redegjøre for tre slike vesentlige endringer: Organiseringen av behandlingstilbudet, innføring av substitusjonsbehandling for heroinmisbrukere og prosessen som førte fram til lov om lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven).

## 1.1 Innledning

Er misbruk av rusmidler en sykdom eller et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon? Skal behandling for rusmiddelmisbruk være et ansvar for helsevesenet eller for sosialtjenesten? Er rusmiddelmisbrukere pasienter eller klienter? Synet på hva som er årsak til rusmiddelmisbruk og hva som er den mest hensiktsmessige organisering av behandling varierer. Mens det sosialfaglige behandlingstilbudet tradisjonelt har stått sterkt i Norden, er behandling for rusmiddelmisbruk et helsefaglig ansvar i mange andre land.

I Norge har vi sett at mye av dette har gått i bølger. Organiseringen av hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere har i løpet av de siste tiårene gått fra en i hovedsak sentralisert til en desentralisert modell, for så å gå tilbake til en sentralisert organisering. Misbrukerne har gått fra å være pasienter til å bli klienter for så igjen å ende opp som pasienter. Synet på bruk av medikamenter i behandling har også gått i bølger. Fra at en tidligere var rundhåndet med medikamenter i behandling av alkoholmisbruk, kom det en periode med stor skepsis til medikamentell behandling. I Norge ble substitusjonsbehandling av opiatavhengige en del av det ordinære behandlingstilbudet så sent som i 1998. Som i de fleste andre land har vi også sett en økt vektlegging av ulike former for det som gjerne kalles skadereduksjon. Eksempelvis har det gjennom mer enn 20 år foregått utdeling av sprøyter i relativt stort omfang,

og en forsøksordning med offentlige sprøyterom ble igangsatt i 2005. I juni 2010 vedtok Stortinget å gjøre sprøyteromsloven permanent.

## 1.2 Sentralisering – desentralisering – sentralisering

Behandlings- og hjelpetilbudet i Norge for henholdsvis alkohol- og narkotika-problemer har noe ulik historie, både med hensyn til hvor lenge slike tilbud har vært tilgjengelige og hvordan de har vært organisert. Mens de første tilbudene rettet mot misbrukere av alkohol så dagens lys i tiden omkring 1900, er tilbudet til misbrukere av narkotiske stoffer naturlig nok av nyere dato. Når det gjelder behandlings- og hjelpetiltak for alkoholmisbrukere, var det i utgangspunktet organisasjoner som Blå Kors, Hvite Bånd og Lægeforeningen som sto bak. Etter hvert kom staten på banen, og i årene etter 1970 økte statens engasjement i alkoholistsorgen, både gjennom økte bevilgninger og ved at flere alkoholinstitusjoner ble knyttet til sykehusloven.

Norge hadde allerede i 1961 opprettet den første spesialklinikk i Europa for narkotikamisbrukere (Statens klinikk for narkomane). Hovedtyngden av pasienter var i utgangspunktet de såkalt «klassiske» narkomane, eller voksne pasienter som misbrakte morfin eller andre opiater. Da det etter hvert vokste fram et behov for behandlingstiltak for unge og unge voksne som hadde fått problemer knyttet til misbruk av narkotika, ble det imidlertid vektlagt at behandlingen måtte integreres i det ordinære hjelpeapparatet innen psykisk helsevern.

Det ble relativt fort klart at den tradisjonelle psykiatrien ikke var innrettet til å ta i mot denne nye kategorien pasienter. I begynnelsen av 1970-årene begynte en derfor å utvikle spesielle tilbud for behandling av stoffmisbrukere. I denne perioden kom det politiske og faglige strømninger som førte til endring i synet på hvordan unge stoffmisbrukere skulle håndteres. Viktige elementer var at sosiale og psykiske problemer ikke skulle behandles innen rammene for en autoritær medisinsk-psykiatrisk forståelse. Det ble i stedet tatt i bruk metoder innen rammene for en humanistisk psykologisk, pedagogisk tilnærming, der likeverdet mellom klient og hjelper og sosialt nettverksarbeid var i fokus. Synet på stoffmisbrukere endret seg med andre ord fra en tradisjonell sykdomsoppfatning i retning av en sosialpsykologisk forståelse. Ut fra en erkjennelse av at stoffmisbruk blant unge er et sammensatt problem som krever utradisjonelle tilnærminger, ble det etablert ulike nye tiltak som oppsøkende virksomheter og behandlingsskollektiver. Etter hvert ble det også etablert behandlingsinstitusjoner basert på andre faglige tilnærminger. Initiativene kom i stor grad fra grupper

eller enkeltpersoner, som bygget opp institusjonene ved hjelp av statlige og etter hvert fylkeskommunale midler.

### **1.3 Fylkeskommunen får ansvar**

Grunnlaget for den fylkeskommunale organiseringen av behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere, slik den var før sykehus- og rusreformen trådte i kraft, ble lagt i lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner m.v. av 8. mars 1984. Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr 81 gikk et skritt videre ved at den ga fylkeskommunen et samlet ansvar for det som gjerne kalles annenlinje behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere. Dermed fikk fylkeskommunen behandlingsansvar for både alkohol- og narkotikamisbrukere. Sosialtjenesteloven påla fylkeskommunen ansvar for at det skulle finnes et tilstrekkelig antall institusjonsplasser for å dekke det behov som til en hver tid måtte være tilstede (det såkalte «sørge for» ansvaret). Vektlegging av kommunens ansvar for å sikre hjelp i nærmiljøet i stedet for å overlate rusmiddelmissbrukeren til institusjonsbehandling, ble fulgt opp i finansieringsordningen ved at opphold på fylkeskommunale institusjoner under sosialtjenesteloven, ble finansiert som en delt betalingsordning mellom kommune og fylkeskommune.

Fylkeskommunen kunne selv eie og drive behandlingstiltakene, men kunne også velge å inngå driftsavtaler med, eller kjøpe enkeltplasser i private tiltak. Tiltakene var i hovedsak regulert av sosialtjenesteloven, men fylkeskommunen kunne også oppfylle sitt behandlingsansvar ved å bruke behandlingstiltak som var regulert av andre lover (sykehusloven). Dette gjaldt i praksis først og fremst polikliniske behandlingstiltak med utspring i psykiatrien (f. eks. de psykiatriske ungdomsteamene), men også enkelte døgntiltak.

### **1.4 Rusreformen**

I årene etter tusenårsskiftet gjennomførte Norge store helsepolitiske reformer. Gjennom fastlegereformen (2001) fikk alle landets innbyggere tildelt en fast allmennlege. Ved sykehusreformen (2002) ble ansvar og eierskap for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste overført fra fylkeskommunen til staten. Det ble etablert fem, fra 1. januar 2009 redusert til fire, statlig eide regionale helseforetak (RHF). De fire regionale helseforetakene skal sørge for at det finnes et nødvendig tilbud om spesialisthelsetjenester til befolkningen i de respektive helseregioner. Sykehusreformen ble fulgt opp av den såkalte rusreformen (2004). Gjennom rusreformen ble også

behandling for rusmiddelmisbruk overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. Behandling for rusmiddelmisbruk ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten. Kommunene beholdt imidlertid sitt ansvar for å yte andre typer tjenester til rusmiddelmisbrukere.

De regionale helseforetakenes nye ansvar ble definert som «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk», og lovreguleringen av aktuelle behandlingssenheter ble overført fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet har i rundskriv redegjort for hva de vedtatte endringene medfører (Helsedepartementet, 2004a). Rundskrivet gir også en fortolkning av pasientrettighetslovens bestemmelser og hvordan disse får anvendelse på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Departementet har dessuten utarbeidet et strategidokument rettet til de regionale helseforetakene der de nasjonale perspektiver og strategier i anledning rusreformen trekkes opp (Helsedepartementet, 2004b).

Rusreformens mål er ambisiøse. Det ble framholdt at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester. Behandling for rusmiddelmisbruk skal utvikles til en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, med vektlegging av så vel det sosialfaglige som det helsefaglige perspektivet. Reformen er ment å sikre at rusmiddelmisbrukeres rettigheter som pasienter skal ivaretas på en bedre måte og at rusmiddelmisbrukere enklere enn tidligere skal få de spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske plager, i tillegg til at de skal få behandling for sine misbruksproblemer. Behovet for å sikre et bedre tilbud til rusmiddelmisbrukere som samtidig har alvorlige psykiske lidelser, er spesielt understreket.

Hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere i Norge har tradisjonelt hatt et stort innslag av private aktører. Mange av disse hadde driftsavtaler med en eller flere fylkeskommuner. Ved rusreformen overtok de regionale helseforetakene fylkeskommunenes avtaler med private leverandører av behandlingstjenester. Det er understreket at de regionale helseforetakene må sikre de private aktørene muligheten til å bidra på likeverdig grunnlag med offentlige tilbydere av behandlingstjenester. Samtidig ble det sagt at det må stilles samme kvalitetskrav til det private som til det offentlige behandlingstilbudet (ibid.). Ved at behandling for rusmiddelmisbruk nå er en del av spesialisthelsetjenesten, er det grunn til å tro at så vel offentlige som private aktører vil oppleve at det stilles andre og større krav til kvalitet og resultater. Rammene for å tilpasse seg slike krav vil imidlertid være

forskjellige. De offentlige behandlingseenhetene vil ikke på samme måte som de private risikere å bli utestengt, selv om også offentlige behandlingseenheter vil kunne få pålegg om endringer.

Så lenge behandling for rusmiddelmissbruk var regulert av sosialtjenesteloven, gikk henvisning via den kommunale sosialtjenesten og kommunen betalte en egenandel for hver person som var i behandling. Da behandling for rusmiddelmissbruk ble en spesialisthelsetjeneste, tilsa dette at henvisningsretten skulle overtas av legene, slik praksis er for spesialisthelsetjenesten generelt sett. Med bakgrunn i at mange rusmiddelmissbrukere i liten grad har kontakt med den ordinære helsetjenesten, vedtok imidlertid Stortinget at sosialtjenesten og legene skal være likestilt i å henvise til spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelmissbruk i og utenfor institusjon. Sosialtjenestens rett til henvisning omfatter imidlertid ikke de spesialiserte helsetjenester innen somatikk og psykisk helsevern.

Pasientrettighetsloven gir rett til fritt sykehusvalg. På samme måte er rusmiddelmissbrukere gitt rett til fritt valg av behandlingssted. Valget omfatter behandlingseenheter i hele landet som inngår i de regionale helseforetakenes behandlingstilbud. Retten til fritt valg er med andre ord ikke begrenset til den helseregion hvor en som pasient «hører hjemme». Retten til fritt valg av behandlingssted omfatter imidlertid ikke valg av behandlingsnivå. En pasient som er gitt rett til å motta behandling for sitt rusmiddelmissbruk, kan eksempelvis ikke velge institusjonsbehandling hvis han eller hun er gitt rett til poliklinisk behandling.

## 1.5 Substitusjonsbehandling

I Norge var det i mange år stor skepsis til bruk av metadon i behandling av stoffmissbrukere. På 1970-tallet var det enkelte leger som forskrev metadon, men etter hvert gikk Helsedirektoratet ut og advarte sterkt mot dette. Begrunnelsen var først og fremst knyttet til at målet for behandling av stoffmissbrukere skulle være stoffrihet og ikke avhengighet av medikamenter (Hallgrimson, 1980). Dette må igjen sees i sammenheng med den da rådende forklaringsmodell for å forstå årsakene til missbruk av narkotiske stoffer. Den første stortingsmeldingen om narkotikaproblemene sier eksempelvis at det er regjeringens oppfatning at missbruk av avhengighetsskapende stoffer, i hovedsak må sees på som et symptom på mistrivsel (St. meld. nr. 66 (1976–1976)). Det er de bakenforliggende problemer, og ikke selve missbruket, som skal være i fokus for behandlingen. Den samme stortingsmeldingen slår også fast at det ikke er ønskelig å bruke medikamenter i behandling av stoffmissbrukere, da dette kan



oppfattes som støtte til å forlenge avhengigheten. Helsedirektoratet kom således i 1976 med retningslinjer om at metadon bare kunne forskrives i tilknytning til sykehus, noe som i praksis forekom i svært begrenset omfang (Helsedirektoratet, 1976). Etter hvert ble også dette borte. I flere år var det med andre ord ikke noe tilbud om substitusjonsbehandling med metadon i Norge, og det var heller ikke noen diskusjon om denne behandlingsformen. Da regjeringen midt på 1980-tallet la fram sin neste stortingsmelding om narkotikapolitikken, ble metadonbehandling ikke en gang tatt opp til drøfting (St. meld. nr. 13 (1985–1986)). Norge var imidlertid ikke alene om denne innstillingen. Mens substitusjonsbehandling med metadon ble brukt i land som USA, Storbritannia, Danmark, Sveits og Nederland, hadde f. eks Frankrike, Tyskland, Belgia og Hellas den samme restriktive holdning som Norge. Det er først på 1990-tallet at en i disse landene har satt i gang substitusjonsbehandling (Buning, 1994).

### **1.5.1 Behandlingsoptimisme – metadon gir negativ signalverdi**

Etter hvert oppsto det imidlertid en viss «murring» i deler av fagfeltet, noe som hadde sammenheng med HIV-epidemien og at de framlagte prognosene for spredning av viruset blant sprøytebrukere, var svært dystre. Spørsmålet ble utredet i det daværende Sentralrådet for narkotikaproblemer, men kom aldri til noen realitetsbehandling. I 1989 startet imidlertid Oslo kommune forsøk med vedlikeholdsbehandling av HIV-positive med langtkommen immunsvikt, uten at det vakte noen nevneverdig debatt. Dette ble ikke oppfattet som behandling av misbruk, men at HIV-syke stoffmisbrukere skulle få mulighet til en mest mulig verdig avslutning på livet.

At det aldri ble noen reell diskusjon om metadonbehandling som et allment tiltak mot HIV-epidemien blant misbrukere, har trolig sammenheng med at HIV-epidemien blant stoffmisbrukere i Norge snart viste seg å være relativt begrenset. Det ble også tatt et krafttak fra Sosialdepartementet gjennom en særskilt handlingsplan for å bygge ut de medikamentfrie behandlingstiltakene (Sosialdepartementet, 1988). Videre ble det etablert ordninger med gratis utdeling av sprøyter for å begrense smitte gjennom sprøytedeling.

De viktigste grunnene til at en i Norge var mot metadon i behandling av stoffmisbrukere kan kort oppsummeres slik: i) Tro på forandring – stor grad av behandlingsoptimisme. ii) Metadon gir signaler om at en gir opp misbrukerne og ikke tror at de kan forandre seg (negativt menneskesyn). iii) Metadon innebærer at en påfører misbrukere en

livslang avhengighet. iv) Motstanden mot metadon gjenspeiler at det medisinske feltet i liten grad var engasjert i behandling av stoffmisbrukere (Skretting, 1997).

### 1.5.2 Økt elendighet

På begynnelsen av 1990-tallet kom det imidlertid stadig flere rapporter fra ulike hjelpetjenester om en generell forverring av helsetilstanden blant tunge stoffmisbrukere. Samtidig økte antall narkotikarelaterte dødsfall. Selv om det medikamentfrie behandlingstilbudet etter hvert var blitt betydelig utvidet, var det like fullt klart at dette ikke reduserte problemene. Det ble mer og mer åpenbart at en også måtte se etter andre virkemidler, og spørsmålet om metadonbehandling ble aktualisert.

På bakgrunn av dette arrangerte Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, på oppdrag fra Sosialdepartementet, i 1991 en såkalt konsensuskonferanse om «Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige – Forskrivning av vanedannende legemidler» (NAVE, 1992). Ut fra anbefalingene fra konferansen ble det i 1994 startet et 3-årig forsøksprosjekt i Oslo med metadonassistert rehabilitering av 50 opiatavhengige stoffmisbrukere. De 50 som inngikk i forsøksprosjektet, måtte oppfylle følgende kriterier: (1) være fylt 30 år, (2) ha misbrukt opiater i minst 10 år, (3) ha gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang og (4) ikke ha oppgjorte saker med politi og rettsvesen.

Målsettingen for prosjektet var at de som fikk slik behandling, skulle slutte å bruke illegale rusmidler og finne en plass som «normale» samfunnsborgere. Modellen var (og er) at substitusjonsbehandling skal suppleres med tiltak i regi av det ordinære hjelpe- og behandlingsapparatet for å sikre den nødvendige psykososiale oppfølging. Kontrollrutiner med overvåkede urinprøver inngår som en viktig del av opplegget. For å illustrere at metadon var en del av et helhetlig rehabiliteringsopplegg, ble prosjektet gitt betegnelsen metadonassistert rehabilitering (MAR).

Forsøksprosjektet ble gjort til gjenstand for en omfattende evaluering (Ervik, 1997; Franzen, 1997; Skretting, 1997), og i 1997 vedtok Stortinget at substitusjonsbehandling skulle være et permanent, landsomfattende tilbud for heroinmisbrukere. Stortinget vedtok senere å redusere aldersgrensen til 25 år, og høsten 2000 ble retningslinjene revidert, i den forstand at de ble mindre restriktive: Klienten skulle: (1) være fylt 25 år, (2) ha langvarig narkotikamisbrukskarriere på søketidspunktet og ha vært klart opiatdominert over flere år, og (3) i rimelig omfang ha gjennomgått

behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på «rusfrihet» (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Rundskrivet la samtidig opp til at det kunne gjøres unntak fra inntakskriteriene dersom det var snakk om alvorlig, kritisk og livstruende sykdom som gjorde behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsa det. Det ble med andre ord åpnet for større skjønnsmessig vurdering. Samtidig ble det åpnet for bruk av andre legemidler enn metadon (dvs. buprenorfin), ut fra hva som blir vurdert som mest hensiktsmessig. Behandlingsopplegget ble derfor endret til å kalles legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Fram til 2010 var substitusjonsbehandling regulert gjennom rundskriv. 1. januar 2010 kom det imidlertid et nytt rammeverk for legemiddelassistert rehabilitering, med forskrift og nasjonale retningslinjer ([www.lovdata.no](http://www.lovdata.no); Helsedirektoratet, 2010a).

Antall pasienter i substitusjonsbehandling har økt nærmest eksplisivt i årene etter at Stortinget i 1997 vedtok at substitusjonsbehandling skulle bli et permanent landsdekkende tilbud. Ved utgangen av 2010 var det i overkant av 6 000 pasienter i slik behandling. Selv om mange vil si at Norge kom seint i gang med substitusjonsbehandling, har utbyggingen med andre ord gått svært raskt.

## 1.6 Sprøyteromsloven

I desember 2004 vedtok Stortinget en midlertidig lov og forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven). Loven ble gjort permanent i 2009. Spørsmålet om etablering av sprøyterom ble første gang reist i Stortinget i en interpellasjonsdebatt i 1999, noe som resulterte i at Regjeringen fikk oversendt en rekke narkotikapolitiske forslag, deriblant: «Stortinget ber Regjeringen utrede etablering av «sprøyterom» bemannet med helsepersonell». Med henvisning til en uttalelse fra FN's narkotikakontrollråd (INCB) til danske myndigheter (INCB, 1999), der det ble påpekt at etablering av sprøyterom vil være brudd på FN's narkotikakonvensjoner, svarte daværende sosialminister Meltveit Kleppa at det ikke var aktuelt å etablere et slikt tilbud i Norge (Dokument nr. 7A, 1999).

### 1.6.1 Skiftende regjeringer – ulike syn

Etter at den borgelige sentrumsregjeringen sa nei til sprøyterom i 1999, hadde skiftende regjeringer ulike syn i saken. Spørsmålet kom opp i Stortinget på nytt i mars 2001, ved at fire representanter la fram et forslag om et nasjonalt kriseprogram mot «overdoseepidemien». Sprøyterom ble her nevnt som ett mulig tiltak. Stortinget begrenset seg ved dette tilfellet til å be regjeringen sette i gang et nasjonalt kriseprogram mot overdosedødsfall uten å konkretisere hva planen skulle inneholde (Dokument nr 8:73 (2000–2001)).

Stoltenberg I fulgte opp Stortingets ønske ved at forslag om prøveordning med sprøyterom ble sendt ut på høring like før regjeringsskiftet høsten 2001 (Sosialdepartementet, 2001). Stortinget lot seg imidlertid ikke berolige. 1. oktober 2001, like etter at den borgerlige trepartiregjeringen tiltrådte, og mens høringsrunden pågikk, ble det fattet følgende anmodningsvedtak: «*Stortinget ber Regjeringen følge opp (den nylig avgåtte) Regjeringen Stoltenbergs positive holdning til sprøyterom*» (Stortinget 2001–2002). Ut fra dette valgte den borgerlige trepartiregjeringen å følge opp saken, selv om den var mot et slikt tiltak.

Ikke overraskende var det stort sprik i høringsuttalelsene (Sosialdepartementet, 2002a). Riksadvokaten påpekte eksempelvis at etablering av sprøyterom ville innebære et amnesti for narkotikabrukere ved at handlinger som er straffbare på ethvert annet sted, ikke skal forfølges i sammenheng med et sprøyterom. Utfallet av høringsrunden ble referert i forslag til revidert nasjonalbudsjett som ble lagt fram i mai 2002 (St.prp. nr. 63 (2001–2002)). Regjeringen konkluderte her med at den ikke ville gå inn for å godkjenne forsøk med sprøyterom. Det ble vist til at det forelå lite dokumentasjon på effekt av et slikt tiltak, og at man høyst sannsynlig kunne oppnå mer ved å satse på andre tilbud. Det ble også vist til at spørsmålet var drøftet i Nordisk ministerråd i 2001. Mens Finland og Island ikke anså sprøyterom som aktuelt, ga Danmark og Sverige klare frarådinge. Danmark hadde i 1999 valgt å følge INCB's anbefalinger da sprøyterom ble debattert i Folketinget (INCB 1999). Stortinget tok imidlertid ikke den sittende regjeringens innstilling til følge. Da saken ble behandlet på nytt, var det klart at stortingsflertallet ønsket en prøveordning med sprøyterom: «*Stortinget ber Regjeringen om å legge til rette for forsøk med sprøyterom ut fra de premisser som framkommer i merknader fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti angående forsøk med sprøyterom*» (Innst. S. nr. 255 (2000–2001)).

De strafferettslige sidene ved etablering av sprøyterom var i utgangspunktet tillagt liten vekt, noe som ble påpekt av Riksadvokaten (Riksadvokaten, 2002). Ved framleggelsen av statsbudsjettet for 2003, der Stortingets vedtak fra juni 2002 ble fulgt opp, ble det derfor sagt at det var tatt initiativ overfor involverte departementer for avklaring av juridiske og andre spørsmål knyttet til en eventuell etablering av sprøyterom (St.prp. nr. 1 (2002–2003)). Videre ble Riksadvokaten bedt om å foreta en vurdering av de juridiske sidene ved en sprøyteromsordning. Riksadvokaten avga sitt svar i april 2003 og reiste følgende spørsmål: i) Kan sprøyterom straffefritt opprettes, drives og benyttes? ii) Hva kreves for å innføre amnesti for ellers straffbare handlinger knyttet til opprettelse og drift av sprøyterom? iii) Hvem skal gi håndhevingsdirektiver? iv) Er det mulig å utforme håndhevingsdirektiver som kan fungere i praksis? (Riksadvokaten, 2003).

Selv om Stortinget gjennom anmodningsvedtaket fra juni 2002 hadde bedt Regjeringen om å legge forholdene til rette for sprøyterom, var det på bakgrunn av Riksadvokatens klare uttalelse vanskelig å gi grønt lys for at en slik prøveordning kunne settes i gang uten videre. Regjeringen var derfor tvunget til å sende saken tilbake til Stortinget med forslag om eventuell lovhjemling.

Regjeringen handlet nå raskt. I forslaget til revidert nasjonalbudsjett for 2003 ba Regjeringen Stortinget om å ta opp saken på nytt (St. prp. nr. 65 (2002–2003)). Regjeringen understreket at de lovendringer som Riksadvokaten mente var nødvendige for at det lovlig skulle kunne etableres sprøyterom, ville by på store juridiske utfordringer og at de i lys av sakens karakter, burde sendes på en bred høring. Regjeringen påpekte videre at en forsøksordning i offentlig regi med legalisering av bruk av ulovlige stoffer, vil bli svært vanskelig å reversere.

Det ble også vist til Riksadvokatens oppfatning om at påtalemyndighetene ikke har rettslig adgang til å gi retningslinjer som i realiteten fritar brukere av narkotika for straff, uten at slike retningslinjer har hjemmel i lov. Regjeringen framholdt at det derfor må foreligge slik lovhjemling for at en skulle kunne gjennomføre et forsøk med sprøyterom. Ut fra den daværende regjeringens motstand mot sprøyterom anbefalte den derfor at: «*Stortinget tar til etterretning at Regjeringen ikke foreslår lovendringer som legger til rette for forsøk med sprøyterom*» (ibid.). Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i juni 2003, drøftet så Stortinget saken på nytt. De ulike partiene sto fast på sine tidligere standpunkt. Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet hadde imidlertid flertall på Stortinget, og Stortinget vedtok dermed et nytt

anmodningsvedtak: «Stortinget ber Regjeringen foreslå lovendringer som legger til rette for forsøk med sprøyterom» (Stortinget, 2002–2003). Regjeringen fikk således saken tilbake nok engang.

I april 2004 ble det så lagt fram et forslag til en treårig midlertidig særlov for å kunne gjennomføre en prøveordning med sprøyterom i Norge (Ot.prp. nr. 56 (2003–2004)). I lovproposisjonen ble det foreslått at det som en prøveordning kan etableres lokaler for injeksjon av narkotika for å få erfaringsgrunnlag til å vurdere effekten av sprøyterom. Det heter at ordningen skal gi tungt belastede narkotikamisbrukere skjermede og rene omgivelser for å sette sprøyter under oppsyn av kvalifisert personell. Proposisjonen foreslo at bruk av en brukerdose narkotika i sprøyterom skal være straffefri.

Lovforslaget ble i prinsippet vedtatt i juni 2004, men Stortinget ville ha endringer i Regjeringens forslag. I tråd med Stortingets vedtak utarbeidet Regjeringen høsten 2004 derfor en ny lovproposisjon og ny forskrift for å ivareta de endringene som stortingsflertallet ønsket (Ot.prp. nr. 8 (2004–2005)). Endringsproposisjonen ble lagt fram for Stortinget i oktober 2004 og vedtatt i desember 2004. Dermed hadde Stortinget vedtatt de endelige rammer for en treårig prøveordning med sprøyterom i Norge. Den midlertidige loven som ble vedtatt 17. desember 2004 var i utgangspunktet ment å vare i tre år fram til 17. desember 2007. Loven ble i imidlertid forlenget fram til 17. desember 2009, og ble gjort permanent i juni 2009. Dette innebærer at landets kommuner etter godkjenning av Helsedirektoratet har anledning til å etablere sprøyterom. Oslo kommune satte i gang en ordning med sprøyterom allerede i januar 2005. Så langt har ikke andre kommuner fulgt etter.

## 1.7 Sluttbemerkninger

Som nevnt innledningsvis har det gjennom årene vært ulike oppfatninger om hvorvidt misbruk av rusmidler har sin forklaring i sosiale faktorer eller om det er å anse som en sykdom. Mens sykdomsforklaring på misbruk sto sterkt da de første behandlingstiltak for alkoholmisbrukere i sin tid ble etablert, ble disse erstattet av sosiale forklaringsmodeller på 1970-tallet. I de senere år har vi så vært vitne til at sykdomsforklaringer på misbruksutvikling har fått stadig større plass, noe som igjen har ført til at medisinske hjelpetiltak mer eller mindre er i ferd med å fortrenge de sosialfaglige. Dette kan eksempelvis illustreres ved innlemmingen av behandling for rusmiddelmisbruk i spesialisthelsetjenesten og den store satsingen på substitusjonsbehandling. Parallelt har vi sett at betegnelsen rusmiddelmisbrukere

etter hvert er fortrenget av betegnelsen rusmiddelavhengige. Vi er med andre ord inne i en tid der medisinske forklaringsmodeller på misbruk i økende grad råder grunnen, og at behandlings- og hjelpetiltak blir mer og mer medisinsk orientert.

## 2 Begrepsbruk på rusmiddelfeltet

*Astrid Skretting*

Spiller det noen rolle hvilke begreper og betegnelser som anvendes på rusmiddelfeltet, eller er det mindre viktig hvordan en ordlegger seg? Grunnen til at vi spør er at det har utviklet seg en begreps- og språkbruk som er lite presis og som i mange tilfeller også er dårlig norsk. Det mest iøynefallende er anvendelsen av «rus» i ulike sammenhenger. Vi ser også at personer som har ulik grad av problemer knyttet til bruk av rusmidler, blir betegnet som avhengige, for ikke å si «rusavhengige», uten at det problematiseres. Videre blir betegnelsen «bruker» også anvendt på måter som har ulike meningsinnhold. Vi vil her se litt nærmere på noe av begrepsbruken på rusmiddelfeltet.

### 2.1 «Rus»

I utgangspunktet er vel «rus» strengt tatt en forkortelse av beruselse, og beruselse er som kjent en tilstand som oppnås ved at en person bruker rusmidler. I dag ser vi imidlertid at betegnelsen «rus» ofte anvendes i betydningen rusmiddel/rusmidler. Eksempelvis snakkes det om at han eller hun bruker «rus». Med andre ord har tilstanden «rus» (beruselse) i dagens språkbruk endret seg fra å være tilstanden en kan komme i ved å bruke rusmidler, til å bli betegnelsen på selve substansen eller rusmidlet/rusmidlene som inntas for å oppnå beruselse («rus»). Selv om språk verken kan eller skal være statisk, er det like fullt grunn til å stille spørsmål ved hvordan betegnelsen «rus» anvendes i ulike ordsammensetninger. Det sies eksempelvis at en pasient/klient som er eller har vært i behandling for rusmiddelproblemer, er blitt «rusfri». Det er imidlertid uklart hva som menes. Er det fravær av all rusmiddelbruk i en gitt periode? Er det fravær av bruk av illegale rusmidler? Vil en pasient/klient som har problemer knyttet til bruk av illegale rusmidler, kunne bruke alkohol og likevel betegnes som «rusfri»?

Betegnelsen «rusfri» eller «rusfritt» blir også brukt som målsetting for forebyggende tiltak. Hva er det en mener når det eksempelvis sies at et mål for et forebyggings tiltak



i skolen er å få flere til å fullføre skolen «rusfritt»? Er det at elevene ikke skal bruke noen form for rusmidler så lenge de går på skolen? Eller er det begrenset til at de ikke skal bruke narkotiske stoffer?

Det snakkes også om at en person er «ruspåvirket». Dette må sies å være «smør på flesk». Å være beruset eller «ruset» er vel er det samme som å være påvirket av rusmidler? Videre må en kunne spørre om det er innlysende hva som menes med et «rusbarn»? Er det barn av foreldre med rusmiddelproblemer eller er det et barn som har problemer knyttet til egen bruk av rusmidler? Og hva er en «ruslidelse»? Er det selve rusmiddelbruken eller er det en lidelse som kommer som konsekvens av rusmiddelbruk? På Vestlandet brukes «rusvernet» om hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere. Ut fra sammenhengen forstår en jo hva det henspeiles på, men hvis en ser nærmere på betegnelsen må en kunne spørre seg om det gir mening. Hva er det som skal vernes? I barnevernet er det som kjent barnet som skal vernes, men i det såkalte «rusvernet» er det vel neppe snakk om verning av rusen?

I forbindelse med debatten om heroinforskrivning, snakker =Oslo om «ruspolitisk optimisme». Vi forstår vel også her hva som menes, men det klinger unektelig noe underlig. Slik kan vi fortsette. Etter som tida går, synes det ikke å være grenser for kreative betegnelser og sammensetninger der «rus» inngår.

Betegnelsen «rus» brukes også når det skal sies noe om bruk av rusmidler i ulike befolkningsgrupper, eller sammenhenger. Eksempelvis finner vi titler på foredrag, artikler og bøker som: «ungdom og rus», «rus blant barn og unge», «kvinner og rus», «rus og arbeidsliv», «innvandrere og rus», osv. Selv om det stort sett henspeiles på at det dreier seg om bruk av rusmidler blant henholdsvis ungdom, barn, kvinner, innvandrere, bruk av rusmidler i tilknytning til arbeidslivet generelt sett, kan slike overskrifter lett gi assosiasjoner i retning av at det er misbruk av rusmidler som skal beskrives.

Fra 1. januar 2004 ble behandling for rusmiddelproblemer en del av spesialisthelsetjenesten gjennom det som i aktuelle dokumenter er kalt «rusreformen». På samme måte som mye av det vi ellers har nevnt, er det en noe merkelig betegnelse. «Rusreformen» må imidlertid sees på som en form for egennavn, slik at dette er en betegnelse som vanskelig kan endres.

## 2.2 Misbruker eller avhengig?

En annen problemstilling er hvilken betegnelse en skal bruke på personer som har behov for hjelpetiltak og/eller behandling på grunn av problemer knyttet til bruk/misbruk av rusmidler. Mens en i slike sammenhenger tradisjonelt har snakket om rusmiddelmissbrukere, har en i de senere år stort sett gått over til å bruke betegnelsen rusmiddelavhengige (for ikke å si «rusavhengige»). Det gjelder så vel sentrale statlige myndigheter som andre offentlige og private aktører på feltet. Spørsmålet er imidlertid om det er formålstjenlig å karakterisere alle som er i behov av hjelpetiltak eller behandling for rusmiddelproblemer, som rusmiddelavhengige. Avhengighet er et komplisert begrep som ikke nødvendigvis er begrenset til en medisinsk diagnose, men kan sees fra ulike perspektiver. Det vil derfor være ulike oppfatninger om hva som kan eller skal legges i avhengighet og hva det innebærer. For en nærmere drøfting av ulike sider ved avhengighetsbegrepet henvises til kapittel 3.

En viktig forklaring på at betegnelsen rusmiddelavhengige mer eller mindre har fortrenget betegnelsen rusmiddelmissbrukere, er trolig det faktum at behandling for rusmiddelmissbruk gjennom rusreformen er blitt en spesialisthelsetjeneste. Personer i behandling for rusmiddelmissbruk har fått status som pasienter og har pasientrettigheter på linje med pasienter innen somatisk og psykisk helsevern. Det har også skjedd en endring i synet på hvor en skal lete etter forklaringer på hva som kan føre til misbruksutvikling. Fra at samfunnsmessige faktorer og miljø i tiårene før tusenårsskiftet ble sett på som sentralt, har biologiske forklaringer etter hvert fått stadig større plass.

Etter at det i mange år ble sett på som lite hensiktsmessig å snakke om misbruk av rusmidler i termer av sykdom, ser vi at det stadig oftere trekkes paralleller til kroniske sykdommer som for eksempel diabetes. Likeledes har vi sett at mens det gjennom flere år var en negativ innstilling når det gjaldt bruk av medikamenter i behandling av rusmiddelmissbruk, har medikamentell behandling fått en stadig større plass. Ved utgangen av 2010 var det eksempelvis i overkant av 6 000 pasienter som var i substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin i Norge. I tråd med dette er behandling for rusmiddelmissbruk i økende grad blitt et område for medisinerere, etter gjennom mange år å ha vært et sosialfaglig felt.

Rusmiddelmissbrukerne ble imidlertid ikke avhengige «over natten» etter at rusreformen trådte i kraft. I det daværende Helsedepartementets strateginotat som la føringer for rusreformen til de regionale helseforetakene, snakkes det eksempelvis

gjennomgående om rusmiddelmissbrukere og ikke om rusmiddelavhengige (Helsedepartementet, 2004b). Overgangen har kommet mer eller mindre glidende, og i de siste par-tre år er betegnelsen rusmiddelavhengige blitt så godt som enerådende. I omtalen av tiltak for rusmiddelmissbrukere i statsbudsjett for 2010 henvises det til «mennesker med omfattende rusmiddelavhengighet» (Prop. 1 S (2009–2010)).

Selv om det økende medisinske fokus på misbrukere og misbruksproblemer er en viktig forklaring, har endringen trolig også bakgrunn i at det å betegne rusmiddelmissbrukere som avhengige er ment å gi de det gjelder en form for økt verdighet. Mens misbruk peker i retning av at en selv bærer ansvar for egen situasjon, gir avhengighet signal om sykdom som en langt på vei uforskyldt har pådratt seg. Å bli betegnet som avhengig kan derfor bidra til mindre fordømmelse, og vil derfor sees på som positivt av mange. Avhengighet gir imidlertid assosiasjoner i retning av at det er mer eller mindre umulig å komme ut av et misbruk og at det derfor er noe samfunnet må ta ansvar for. Diagnosen rusmiddelavhengig vil dermed kunne bidra til at den enkelte fritas for ansvar for endring.

Spørsmålet er med andre ord om det er hensiktsmessig å gi de som søker behandling eller annen hjelp for rusmiddelproblemer, betegnelsen rusmiddelavhengige. Er en person som har problemer med sin bruk av rusmidler nødvendigvis tjent med å bli gitt en slik merkelapp uavhengig av hvor omfattende disse problemene er? Er det ikke et viktig mål å sette inn hjelpe-/behandlingstiltak så tidlig at den som har problemer med sin rusmiddelbruk *ikke* utvikler det til å bli et misbruk eller at en som har utviklet et misbruk *ikke* blir avhengig av alkohol eller andre rusmidler? Eksempelvis vil det som gjerne kalles «tidlig intervensjon» i regi av allmennleger kunne være viktig for å forhindre at et høyt forbruk av alkohol ikke utvikler seg slik at den det gjelder får misbruksproblemer. Videre vil det være viktig at en person som har et problem med misbruk av alkohol eller narkotika får behandling og hjelp til å komme ut av sitt misbruk *før* misbruket går over i avhengighet.

### 2.2.1 Bruker

«Bruker» er en annen betegnelse på rusmiddelfeltet som kan bidra til forvirring. Når betegnelsen «bruker» blir anvendt om en person, er det i mange sammenhenger uklart om det henpeiles på personen som «bruker» av rusmidler eller som «bruker» av tjenester. Når for eksempel Rusmiddelstaten i Oslo kommune snakker om «våre brukere», bør det forstås som personene som bruker ett eller flere av de tilbudene Rusmiddelstaten i Oslo rår over og ikke som en generell betegnelse på en

rusmiddel(mis)bruker. Slik sett kan det være mer forvirrende hva en «LAR-bruker» er. Selv om vi vel forstår at det er en pasient som er i substitusjonsbehandling, vil det være mer hensiktsmessig å si at personen er pasient i LAR.

### **2.3 Mer bevisst bruk av betegnelser og begreper**

De fleste vil trolig tenke at de ulike betegnelse som brukes er funksjonelle og derfor greie nok. Generelt vil vel imidlertid de fleste mene at gode og riktige språklige betegnelser er viktig, og at dette også bør gjelde for rusmiddelfeltet. Endringene vi har sett i bruk av begreper og betegnelser i de senere år er verd en studie og en langt mer grundig diskusjon enn det som er sagt her. De mange språklige endringene har trolig også ulike forklaringer. Den utstrakte bruken av «rus» kan i mange sammenhenger sees på som en forenkling, men det er også språklig latskap. Det er eksempelvis enklere å snakke om «rusbruk» enn bruk av rusmidler.

# 3 Hva er avhengighet?

*Jostein Rise*

## 3.1 Innledning

For de fleste av oss er det et paradoks at noen frivillig involverer seg i selvdestruktive handlinger som de vet kan være skadelig på lang sikt, at de likevel fortsetter, og hvorfor de mislykkes gang på gang hvis de prøver å slutte. Kanskje ikke så merkelig at det finnes en rekke forskjellige forestillinger, ideer og oppfatninger om hva rusmiddelavhengighet er, og at det er mange forklaringer på hvorfor noen blir avhengige av rusmidler, mens andre ikke blir det. En mulighet som mange, legfolk så vel som eksperter, ofte trekker frem, er at det ikke dreier seg om frivillighet, men at den avhengige personen har mistet evnen til å tenke og velge fornuftig, i det minste når det gjelder inntaket av det aktuelle stoffet; videre at atferden til en avhengig person er basert på en uimotståelig trang etter stoffet, at den er av tvangsmessig, mekanisk karakter og at den avhengige er uten tanke på skadene han/hun påfører seg selv og andre. Den avhengige er med andre ord underlagt en indre tvang og er ute av stand til å handle på andre måter enn den han/hun faktisk gjør, og at dette skjer mot personenes egen vilje.

Dette synet på avhengighet dannet grunnlaget for den såkalte klassiske sykdomsmodellen som kan dateres til USA for om lag 200 år siden, og som ble videreutviklet på 1900-tallet (se Levine, 1978). Avhengighetens tvangsmessige natur som ubønhørlig driver den avhengige i retning av å fortsette å konsumere mer av stoffet til tross for troverdige forsikringer om å slutte, fører lett til den tankegang at mennesker er underlagt de samme mekaniske lovmessighetene som dyr, at avhengige personer ikke kan være moralsk ansvarlige for sine handlinger og at de derfor trenger hjelp og behandling. Det trengs med andre ord en mer human rusmiddelpolitikk, det er viktig ikke å belaste dem med opplevelse av skyld og skam. Andre er uenig i en slik tankegang fordi det fratar avhengige personer muligheten til å komme seg ut av et misbruk ved egen hjelp.

Det finnes imidlertid andre måter å betrakte tvang på. Indre tvang, dvs. tvang som er underlagt egne ønsker er vesensforskjellig fra fysisk tvang. På samme måte som noen kan tvinge deg ut av et rom ved fysisk kraft, mot din vilje, kan også dine appetitter og impulser lede deg i en retning som du «egentlig» ikke ønsker at de skal føre deg. En slik konflikt er ikke en konflikt mellom to personer, men en konflikt mellom to sterke ønsker som går i motsatt retning, dvs. en motivasjonskonflikt. Dette er en konflikt som handler om viljestyrke og selvregulering. Noen ganger gir en etter for den sterke appetitten knyttet til inntak av stoffet, mens andre ganger er lysten til å avstå sterkere. At en slik konflikt kan framstå som sykdomslignende, gjør den imidlertid ikke til en sykdom i seg selv.

At mennesket har evnen til selvregulering, innebærer at vi er i stand til å undertrykke umiddelbare impulser, for eksempel undertrykke trangen etter nikotin, og vi kan undertrykke ønsket om å få en liten gevinst her og nå til fordel for en større belønning senere, det som kalles evnen til utsatt belønning. Det største fortrinnet mennesket har sammenlignet med andre arter, er at vi gjennom evolusjonen har skapt kulturen, det settet av verdier, normer og regler, virkelighetsoppfatninger og konvensjoner som er nedfelt i et felles symbolmiljø, og som bidrar til å gjøre en handling meningsfull og forståelig.

Men før vi fordypet oss i slike forståelser av avhengighet, la oss ta for oss en vanlig måte å definere avhengighet på. Den finnes i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 4). Følgende sju symptomer inngår som kriterier i dette systemet, hvorav de to første er fysiologiske, (i) toleranseøkning, dvs. kroppen venner seg etter hvert til stoffet og trenger stadig større doser for å oppnå samme virkning. Toleranseøkning opptrer imidlertid ikke ved alle stoffer, cannabis utvikler i liten grad toleranseøkning; (ii) abstinenssymptomer som oppstår når inntaket av et stoff stopper etter dagers eller ukers bruk i form av nedstemthet, angst, uro og rastløshet og noe senere svettetokter, feber, diaré etc.; (iii) inntak av et stoff i større mengder enn planlagt; (iv) en historie med mislykkede slutforsøk; disse to kriteriene handler om det som kalles viljesvakhet, dvs. at en ikke klarer å handle i samsvar med sine planer; (v) uforholdsmessig mye tid brukes på avhengighetsskapende aktiviteter; (vi) sentrale sosiale aktiviteter oppgis på grunn av stoffet; (vii) fortsetter å innta stoffet til tross for kunnskap om vedvarende fysiske, psykologiske og sosiale problem.

Ifølge dette systemet er en person avhengig hvis minst tre av de sju symptomene har opptrådt i løpet av de siste 12 måneder. Det er med andre ord fullt mulig å være

avhengig uten at det foreligger toleranseøkning eller abstinenssymptomer. For det andre er grensen på tre symptomer i løpet av det siste året vilkårlig valgt, andre kombinasjonsmuligheter kan være like rimelige og relevante. En slik grensesetting er først og fremst diktert av praktiske hensyn, nemlig behovet for å kunne bestemme hvem som trenger behandling eller ikke. Det kan med andre ord være hensiktsmessig å ha en betegnelse for avhengighet for kliniske, terapeutiske og sosialpolitiske formål. Den viktigste innvendingen mot en slik forståelse er at avhengighet betraktes som et enten/eller-fenomen, mens det i litteraturen er bred enighet om at avhengighet bør forstås som et gradsfenomen.

### 3.2 Avhengighet som selvregulering

Den mest kjente selvreguleringsteorien om avhengighet er Ainslies teori om nåtidsskjevhet (hyperbolsk diskontering) som sier at folk hele tiden gir etter for fristelser, og at dette er en stabil egenskap ved de fleste av oss (Ainslie, 2001). La oss si at dersom en person skal velge mellom en mindre belønning nå (f. eks. røyke) og en større belønning senere (god helse), vil denne personen i god tid før det aktuelle konsumet finner sted, foretrekke den store, sene belønningen (god helse). Men når det konkrete valgtidspunktet nærmer seg, vekkes lysten på en røyk. Å røyke nå, blir mer og mer attraktivt sammenlignet med god helse en gang i en usikker fremtid. Denne personen vil etter hvert ombestemme seg og gi etter for fristelsen, dvs. personen velger den nære, lille belønningen (røyke) til tross for at han eller hun på et tidligere tidspunkt foretrakk den sene store belønningen (god helse). Dette er også et eksempel på det som kalles viljesvakhet. Karine Nyborg kaller fenomenet nåtidsskjevhet og at vi alle lider av det fordi vi legger større vekt på øyeblikket enn på fremtidige tidspunkt, vi synes vi bør slutte å røyke, men utsetter det til i morgen (Nyborg, 2009).

Poenget er at vi som mennesker hele tiden gir etter for fristelser, særlig når det dreier seg om appetittvekkende og fristende aktiviteter. Vi må tenke oss at det hele tiden oppstår suksessive, likeartede valgsituasjoner og at en kan snakke om en indre kamp mellom ulike selv innenfor samme person («meg nå» versus «meg senere»). Nyborg kaller det en kamp mellom «planleggeren» og «krypdyret». Planleggeren tar hensyn til både nåtid og fremtid, mens krypdyret i oss bare bryr seg om nåtid og trekker oss mot fristelsen. Personen er med andre ord utsatt for en konflikt mellom to sterke samtidige motiver, personen ønsker ikke å pådra seg en alvorlig sykdom senere i livet, samtidig som lysten på en sigarett her og nå er sterk. Den avhengige personen slites på den ene siden av en sterk appetitt på stoffet (kortsiktig

motiv) og på den andre siden av gode grunner for å avstå fra stoffet (langsiktig motiv). Ifølge Ainslie's teori om avhengighet, er ambivalens og sterk motivasjons-konflikt selve kjennetegnet på avhengighet (se Skog, 2003 for en nærmere diskusjon).

For å takle denne konflikten har Ainslie foreslått flere strategier hvorav den viktigste er det som kalles personlige regler. For å kunne benytte seg av en slik strategi må personen forstå at han eller hun vil komme til å møte mange lignende valgsituasjoner i fremtiden, og at det ikke er grunn til å tro at han eller hun vil kunne klare å motstå fristelsen ved en senere anledning, når han eller hun ikke er i stand til å motstå den her og nå. Hvis man har denne innsikten, er det mulig å bunte sammen mange enkelthendelser til en serie av identiske valg der alternativene er «alltid A» og «alltid B». Viljestyrke handler ifølge denne teorien om å lære seg å velge etter prinsipp, dvs. kategorier som inneholder et knippe av forventede valgsituasjoner i stedet for å velge en aktuell enkeltsituasjon.

### 3.3 Avhengighet og neurobiologi

Mesteparten av neurobiologisk forskning om fenomenet avhengighet stammer fra forsøk utført på dyremodeller (se oversikt i Mørland, 2010). De neurobiologiske endringene som skjer ved gjentatt bruk av rusmidler er ikke vesensforskjellige hos mennesker og dyr. Det er derimot vurderingen og håndteringen av konsekvensene av de nevrale endringene. Ikke desto mindre bør en forståelse av avhengighet hos mennesker ta hensyn til de funksjonelle og strukturelle endringene som skjer i hjernen etter gjentatt og langvarig misbruk av rusmidler. Det blir derfor redegjort kort for hovedtrekkene i denne litteraturen som bygger på en oppsummering gjort av neurobiologen Hyman (2007), og det henvises til denne for mer omfattende dokumentasjon.

Enhver organisme, herunder den menneskelige, forsøker å realisere mål som er av sentral betydning for å overleve, mat, trygghet, sex osv (se Hyman, 2007 for oversikt). Slike mål, og aktiviteter som leder til målet, fungerer som belønninger, dvs. tilstander som er attraktive, ønskelige og fulle av nytelse. Belønnende atferdsformer vil huskes bedre, ha en tendens til å gjenta seg over tid (forsterkes) og øke i effektivitet (føre til raskere måloppnåelse). For mennesket er det naturlig nok ikke bare aktiviteter som trengs for å overleve som fungerer som belønninger. Inntak av rusmidler gir relativt øyeblikkelig nytelse, og omgivelsene forsyner oss hele tiden med stimuli som forteller oss at en belønning er i sikte (lukten av



tobakksrøyk, synet av en restaurant, etc.). Forbindelseslinjer mellom stimuli og atferdsformer etableres via nevralt spor og impregneres med såkalte insentivverdier, egenskaper som letter hukommelse og læring, med hurtigere aktivering av atferden som følge. Problemet med rusmidler er at de kortslutter disse forbindelsene og forstyrrer den normale læringsprosessen. Dette krever en nærmere forklaring.

Gjennom evolusjonen har den menneskelige hjerne utviklet en rekke spesialiserte mekanismer som bidrar til å maksimere evnen til å oppnå belønninger; mekanismer som rangerer verdien av ulike belønninger, mekanismer som lærer oss raske og effektive veier til målet, og mekanismer for kognitiv kontroll som gjør veien mot målet lettere ved å undertrykke distraksjoner og impulser. Disse mekanismene er plassert i ulike deler av hjernen og trenger et system som styrer informasjonsutveksling mellom områdene. Denne oppgaven har signalstoffet dopamin. Gjentatt bruk av rusmidler (eller gjentatt utførelse av avhengighetsskapende aktiviteter) fører til at større mengder av dopamin utløses enn ved naturlige belønninger og kortslutter på denne måten kretsene som forbinder de ulike områdene. På denne måten forstyrres dopaminets normale læringsfunksjon.

Dopamin utløses vanligvis ved nye, ukjente belønninger, når noe uventet skjer eller når belønningen er bedre enn forventet. Når verden er forutsigbar er det intet nytt å lære og ingen økning i dopamin. Inntak av rusmidler vil derfor alltid signalisere at belønningen er bedre enn forventet. Det vil skje en overlæring i de nevralt forbindelseslinjene i frontallappen som vil øke trangen etter stoffet betraktelig. Rusmidler blir høyere verdsatt enn andre rasjonelle mål. Arbeid, foreldreoppgaver, lovlidighet og det å ta vare på seg selv blir devaluert. Evnen til autonomi, opplevelse av seg selv som en selvstendig, selvstyrt og uavhengig kilde til å tenke og handle, svekkes betraktelig. Det samme gjelder evnen til kognitiv kontroll, nemlig å undertrykke trangen etter stoff og til impulsstyring. De nevralt sporene som etableres etter vedvarende bruk kan eksistere i lang tid, kanskje livet ut, og bidrar til å forklare hvorfor avhengige personer kan sprekke etter mange år og hvorfor det er vanskelig å komme seg ut av misbruket. Hyman finner likevel grunn til å påpeke at til tross for svekket autonomi og selvkontroll, er det ikke slik at rusmiddelavhengige personer skal betraktes som viljeløst styrt av sine omgivelser. Under rusmiddelfrie omgivelser med optimale betingelser i form av hjelp og støtte er det mulig å reparere ødelagte mekanismer i frontallappen i hjernen og gjenvinne kontrollen over rusmiddelbruken. Det er imidlertid ikke konsekvensene av de nevralt endringene ved gjentatt inntak av rusmidler, svekket autonomi og selvkontroll, per se som gjør at avhengighet skal betraktes som en sykdom, som noen hevder (se Mørland, 2010). Det er de normative

vurderingene av disse konsekvensene som er det sentrale (Gjelsvik, 2009). Det nytter med andre ord ikke å lete etter nevrobiologiske bevis på at avhengighet er en sykdom.

### 3.4 Fri vilje

Hva så med den frie viljen, er det slik at svekket autonomi og selvkontroll innebærer tap av fri vilje? Dette er et sentralt punkt fordi det reiser spørsmålet om en avhengig person er moralsk ansvarlig for sine handlinger. Slike kompliserte og vanskelige filosofiske spørsmål må avklares ved hjelp av filosofisk begrepsanalyse. Implisitt i sykdomsmodellen ligger det en antagelse om at avhengige personer handler mot sin egen vilje, dvs. at deres handlinger ikke er intensjonale. At en handling er intensjonal, innebærer at aktøren har flere alternativer å velge mellom. Til dette er det å si følgende: Selv om den avhengige ønsker å avstå fra stoffet og samtidig ønsker å konsumere, finnes det likevel to valgmuligheter. Selv om det dreier seg om et vanskelig og svært så ubehagelig valg som ligner på valget mellom pest og kolera, representerer det likevel en valgsituasjon.

Som vi har vært inne på, er dette eksempel på en sterk motivasjonskonflikt. Hva en faktisk bestemmer seg for å gjøre, er knyttet til hvor sterke motivene er for å fortsette, sammenlignet med grunnene for å stoppe inntaket av stoffet. Ut fra en slik tankegang må vi konkludere med at den avhengige har frihet til å handle, dvs. er fri til å gjøre hva han eller hun ønsker. Ifølge Gjelsvik (2009) finnes det en annen form for fri vilje enn frihet til å handle; frihet til å ha den viljen man ønsker å ha. På samme måte som vi har ønsker om å gjøre noe, har vi også oppfatninger knyttet til om vi liker eller misliker innholdet i vår vilje, dvs. om vi liker motivasjonsgrunnlaget for, eller drivkreftene bak våre handlinger. Frihetstapet for den avhengige kan således ligge i at han eller hun ikke liker de drivkreftene som faktisk får dem til å ta stoffet. En overdådig appetitt er et eksempel på en motivasjon og drivkraft som den avhengige ønsker å bli kvitt fordi han eller hun ikke liker den, den er ubehagelig og står i veien for muligheten til å komme seg ut av misbruket. I denne forstand har den avhengige et visst frihetstap uten at dette innebærer at den avhengige skal fratras det moralske ansvaret for sine handlinger.

### 3.5 Avslutning

Når det gjelder spørsmålet om avhengige personer skal betraktes som syke, er det grunn til å påpeke at sykdom ikke er et nevrofysiologisk eller nevrobiologisk begrep. Sykdom tilhører det sosialpolitiske området. Å si at en avhengig person er syk innebærer at personen gis rettigheter til behandling og omsorg. Ifølge Skog (2006) er det ingenting i veien for å knytte sykdomsbegrepet til en appetitt i motsetning til en atferd, fordi en person med overlegg velger å utføre en spesifikk handling, mens appetitten er noe personen ikke har valgt med overlegg. Det som karakteriserer tilstanden som vanligvis forbindes med avhengighet, er for det første den sterke, overdådige appetitten, som i sin tur forårsaker en sterk motivasjonskonflikt. Den avhengige vil både fortsette å innta substansen og avstå. Å være avhengig innebærer for det andre et visst frihetstap i form av svekket autonomi og selvkontroll, som i sin tur leder den avhengige i en uønsket retning. For det tredje setter gjentatt og langvarig bruk av rusmidler sine nevralt spor som det tar lang tid å viske ut. Det er disse forholdene som gjør avhengighet sykdomslignende og problematisk. Det kan ikke være stoffets farmakologiske egenskaper som forårsaker avhengighet, slik som tuberkelbasillen er årsak til tuberkulose og mangel på insulin fører til diabetes. En rekke empiriske undersøkelser viser at sterkt avhengige individer også påvirkes av omgivelsene og at de faktisk er i stand til å velge. Et velkjent eksempel er Lee Robins studier av Vietnamveteraner som viste at 20 prosent av de amerikanske soldatene hadde utviklet opiatavhengighet ved hjemreise, men at bare 5 prosent av disse var avhengige ett år senere (Robins, 1993).

## 4 Norsk Pasientregister (NPR) og andre kartleggingsverktøy

*Grethe Lauritzen*

I samarbeid med stiftelsen Bergensklinikkene, driftet SIRUS gjennom flere år et nasjonalt klientkartleggingssystem der det ble registrert informasjon om klienter/pasienter i behandlings- og omsorgsbaserte tiltak for rusmiddelmissbrukere. Selv om dekningsgraden var god, var data bare tilgjengelig på aggregert nivå, noe som begrenset nytteverdien av kartleggingssystemet.

Etter rusreformen var det naturlig å inkludere pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i Norsk Pasientregister (NPR), på linje med andre pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten. Det ble i den anledning utviklet en modul etter retningslinjer fra European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA), og etter en omfattende utredning ble registreringen overtatt av NPR fra 1. januar 2009. Stortinget hadde da gitt sin tilslutning til et individbasert pasientregister, noe som gjør at registeret kan gi grunnlag for rapportering og forskning på en helt annen måte enn det tidligere klientkartleggingssystemet.

Formålet med Norsk Pasientregister er å:

- danne grunnlaget for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen.
- bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, herunder forskning som kan gi viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser og sykdommens årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak.
- danne grunnlaget for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre og bidra til kunnskap som gir grunnlag for forebygging av ulykker og skader.

NPR står generelt overfor store oppgaver med hensyn til å få full oppslutning om rapportering og god nok kvalitet på data om rusmiddelmissbrukere i behandling. Det har tatt tid å få de elektroniske systemene operative. Pasientregisteret har så langt heller ikke god nok dekning til den ønskede rapportering til EMCDDA og til bruk for forskning.

Den vedtatte samhandlingsreformen legger opp til at mye av oppfølging av ulike pasientgrupper skal foregå på kommunalt nivå. For å kunne følge pasienter med rusmiddelproblemer gjennom en behandlingsprosess bestående av mange faser og ledd, ville det være svært nyttig også å kunne registrere informasjon om intervensjoner som gis av kommunale tjenester på individnivå. Dette vil kunne gi en mer helhetlig oversikt over pasientenes forløp og intervensjoner over tid enn når rapporteringen er begrenset til spesialisthelsetjenesten.

## **4.1 Behov for kartleggingsinstrumenter utover NPR**

Etter at behandling av rusmiddelmissbrukere er lagt inn under spesialisttjenesten, er det økt krav til individuelle behandlingsplaner, diagnostisering, dokumentasjon, resultatrapporteringer, nytte -kostnadsvurderinger osv. Fagfeltet har vært på leting etter verktøy som kan bidra til å oppfylle slike krav. Barnevern og psykisk helsevern for barn og unge har også fått klarere krav til kvalitet i sitt arbeid med rusmiddelproblemer. Det er med andre ord økt behov for verktøy som kan brukes til vurdering av hjelpe-/behandlingsbehov, legge grunnlag for behandlingsplaner og evaluering av virksomhet. Et overordnet mål fra behandlingsenhetene er å kunne hjelpe den enkelte pasient best mulig.

I 2009–2010 ledet Helsedirektoratet et utredningsarbeid med sikte på å finne frem til relevante kartleggingsverktøy og diagnostiske instrumenter til bruk for ulike aldersgrupper. Et utvalg slike instrumenter, vurdert ut fra kvalitetskriterier som høy grad av reliabilitet og validitet, er samlet i Statens helsebibliotek. Foruten beskrivelse av det enkelte verktøy blir det her også gitt informasjon om behov for opplæring, hvor instrumentet kan hentes, osv.

Kartleggingsinstrumenter som har fått stor utbredelse de siste årene innenfor norsk rusmiddelbehandling og barnevern/barne- og ungdomspsykiatri, er European Addiction Severity Index (EuropASI) og European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD). Begge er internasjonalt anerkjente og utbredte instrumenter, utviklet i USA (Friedman & Utada, 1989; McLelland et al, 1980 og 1992). De er revidert flere

ganger, utgitt i europeiske versjoner og tilpasset ulike lands spesifikke forhold. Dette er verktøy som er utviklet og konstruert for så vel utredningsformål, planlegging av behandling og klinisk arbeid som for evaluering og forskning. EuroADAD er ungdomsversjonen av EuropASI og anbefales for aldersgruppen 12–20 år. Instrumentene kartlegger rusmiddelproblemer i et bredt perspektiv og har en flerdimensjonal tilnærming der temaer som fysisk helse, utdanning/arbeid/økonomi, bruk av alkohol/medikamenter/narkotiske stoffer, familiehistorie/familie og sosiale relasjoner, psykisk helse og kriminalitet er inkludert.

Norge følger en anbefalt mal for opplæring fra European Addiction Training Institute (EATI), og Senter for rus og avhengighetsforskning, UiO (SERAF) tilbyr standardisert undervisning som kvalifiserer for bruk av begge instrumentene. EuropASI er brukt i en stor prospektiv oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling i regi av SIRUS. Med bakgrunn i denne studien er det publisert en rapport som drøfter erfaringer og kvaliteter ved EuropASI for forskning og praksisformål (Lauritzen, 2010).

## 5 Evidensbasert behandling – noen utfordringer

Mette Snertingdal

Det er generelt sett økte krav til det som gjerne kalles evidens for så vel politiske beslutninger som ulike former for tiltak. Dette gjelder også for rusmiddelfeltet. Vi vil her drøfte noen utfordringer knyttet til målsettingen om at behandlingsinnsatser for rusmiddelmisbruk så langt det er mulig, skal være evidensbasert.

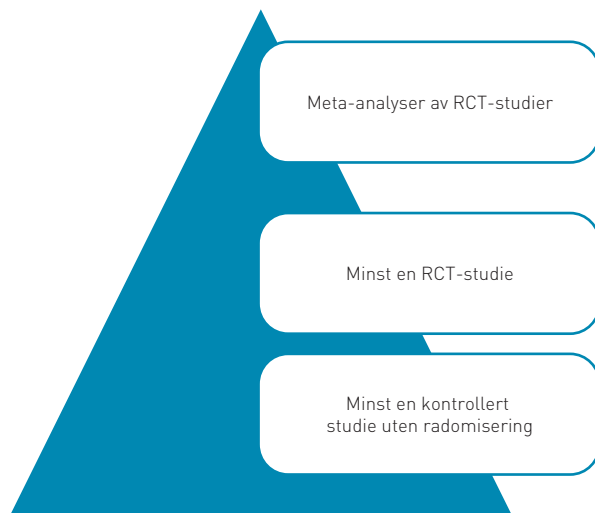
Med evidensbasert kunnskap menes den mest pålitelige og relevante, tilgjengelige kunnskapen om effekten av intervensjoner, tiltak og metoder (Ekeland, 2007). Begrepet kommer fra det medisinske fagfeltet og har hatt størst gjennomslag for å framskaffe dokumentasjon av hvordan medisiner virker inn på pasientenes helse (Ekeland, 1999; Skrefsrud, 2010). Lederen for senteret for evidensbasert medisin i England David L Sackett (1996) definerer fenomenet på følgende måte;

*«Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients (Sackett, 1996 p. 71).»*

Det kan hevdes at begrepet evidensbasert er mer eller mindre selvbekreftende (Ulvik, 2009). Dette fordi ingen vil argumentere for kunnskapsløs eller tilfeldig implementering av intervensjoner eller tilfeldig behandling av pasienter. De fleste vil også være enig i at det bør stilles kvalitetskrav til tiltak der det settes inn offentlige ressurser, og at ulike former for tiltak bør evalueres. Begrepet evidensbasert er imidlertid gjenstand for diskusjon blant så vel forskere som praktikere på de ulike sosiale felt hvor det som gjerne kalles evidensbasert praksis blir forsøkt implementert. Kravet om at tiltak/intervensjoner må være evidensbasert reiser to sentrale problemstillinger; 1) Hvilken type kunnskap er best egnet til å gi innsikt i ulike praksisfelt og deres virksomhet? og 2) Hvordan skal en forstå forholdet mellom forskning og praksis?

## 5.1 Hvilken forskning gir innsikt i ulike praksisfelt?

I diskusjoner om evidensbasert forskning er det uenighet om hvorvidt det er mulig å lage et metodehierarki der det som kalles meta-analyser av randomiserte kontrollforsøk er det som rangeres høyest (Ekeland, 1999; Marthinsen, 2004; Bøe, 2007; Babor et. al., 2010a og 2010b). Rangeringen en i slike sammenhenger opererer med, kan beskrives slik:



Meta-analyser er en form for kunnskapsoppsummeringer av tidligere utførte studier og en måte å møte problemet med at den foreliggende evaluering-kunnskapen ofte er fragmentert og avhengig av lokal kontekst (Pawson, 2006). Ved å foreta det som kalles meta-analyser blir slike enkeltstudier vurdert i forhold til hverandre. Poenget med slike kunnskapsoppsummeringer er at de kan gi praktikere og beslutningstakere et rasjonelt grunnlag for å bestemme hvilke intervensjoner som det bør satses på. Slik kan forskere bringe inn et rasjonale i beslutningsprosesser som hviler på «evidens» av hvilke tiltak som virker og hvilke som ikke virker, gitt målsetningene for intervensjonen. Denne form for kunnskapsoppsummeringer kan betegnes som «vitenskapens vareopptelling» (ibid).

I det som gjerne kalles evidensbaserte praksiser, blir randomiserte kontrollerte forsøk ansett å gi den beste innsikten i hva som virker og ikke virker. Enkelt fortalt er randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) slik de beskrives i medisinsk forskning,



en metode som innebærer at en gruppe får den nye behandlingen og en kontrollgruppe får den vanlige behandlingen/ingen behandling eller såkalt placebo. Ideelt sett skal disse forsøkene gjennomføres «double blind». Det betyr at verken behandler eller pasient vet hva som er den nye behandlingen og hva som er vanlig/placebo. Utvalget av deltakere til behandlingsgruppen og til kontrollgruppen gjøres randomisert (tilfeldig) (Bøe, 2007).

Mye av kritikken mot evidensbasert praksis er at slike randomiserte kontrollerte studier gjøres til et ideal også i evaluering av behandling / intervensjoner som ikke springer direkte ut av medisinske tilnærminger, men eksempelvis av psykososiale tilnærminger, slik tilfellet ofte vil være innen rusmiddelfeltet. En vitenskapsteoretisk innvending som ofte reises mot det naturvitenskaplige idealet er knyttet til selve begrepet evidens, og at når det brukes av samfunnsvitere kan gi inntrykk av at funn er mer sikre enn de faktisk er. Det kan derfor være grunn til å spørre hva som er «evidens» i samfunnsvitenskapen. Henviser det til at kunnskapen som samfunnsforskere produserer er (a) utvetydig, (b) ugjendrivelig eller (c) noe som taler for seg selv?

At det er evidens for at en type tiltak virker, vil kunne forstås som at det er bevist at så er tilfelle. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved en slik forståelse ved at det engelske ordet for bevis ikke er «evidens» men «proof» (Marthinsen, 2004). Marthinsen hevder at bevis (proof) brukes innen naturvitenskapen om fakta som en forestiller seg er ugjendrivelige og således mye sterke enn begrepet evidens som viser til at det bygger på argumentasjon. Dermed er evidens noe som ikler seg bevissthetens drakt. Dette innebærer at det innen samfunnsvitenskapen vil være mer dekkende å bruke begrepet empiri om det som forskningen kommer fram til (ibid.). Ved å bruke betegnelsen empiri heller en evidens og ved å understreke at empirien aldri er entydig, ugjendrivelig eller taler for seg selv, framholder Marthinsen at kompleksiteten og usikkerheten ved den vitenskaplige kunnskapsproduksjonen kommer til syne.

Innenfor behandlingsfeltet generelt (Bøe, 2007; Gullestad, 2003; Nordtvedt & Grimen, 2004) og innenfor behandling for rusmiddelmisbruk spesielt (Bergmark, 2005; Koski-Jännes 2005; Ravndal, 2005; Røtting & Bramness, 2009) har det vært pekt på seks sentrale begrensninger ved RCT-studier. De påpekte begrensningene henger sammen med de underforståtte forutsetningene som evidensbasert praksis hviler på, det at problemene som skal løses er spesifikke og sammenlignbare, at det

kan stilles en klar diagnose og at det kan forutsettes en kausalitet mellom intervensjon og resultat (Ulvik, 2009).

For det **første** har det blitt pekt på at RCT-studier legger for stor vekt på selve behandlingsmetoden og for lite vekt på de kontekstuelle og relasjonelle aspektene som påvirker effekten av behandlingen. Rusmiddelterapeuter kan eksempelvis aldri være sikre på at en bestemt behandling eller intervensjon vil fungerer på samme måte på tvers av ulike behandlingskontekster. Det å behandle rusmiddelmissbrukere vil derfor være et grunnleggende usikkert prosjekt i den forstand at det er vanskelig å slå fast entydige, en gang for alle, sammenhenger mellom bestemte intervensjoner, praksiser og effekten av disse. Det har blant annet vist seg at noen typer behandling virker for noen personer under noen spesifikke omstendigheter, mens det ikke virker for andre under andre forhold (Koski-Jännes, 2005).

For det **andre** har det vært pekt på at RCT-studier er et dyrt og upraktisk forskningsdesign for å evaluere små pasientgrupper (Koski-Jännes, 2005; Ravndal, 2005; Røtting & Bramness, 2009).

For det **trede** er det ofte etiske grunner til at marginaliserte rusmiddelbrukere ekskluderes fra RCT-studier og at slike studier således ikke er valide for denne pasientgruppen (ibid.).

For det **fjerde** er det alltid variasjon i hvordan rusmiddelbehandlingen blir implementert, såfremt behandlingen ikke utelukkende består i å gi en medisin (pille), som gis likt til alle pasientene. Samtidig har ulike terapeuter sin egen måte å arbeide på som kan påvirker utfallet av en behandling (Koski-Jännes, 2005).

For det **femte** er effekter av en bestemt behandling vanskelig å måle fordi pasienter som behandles for rusmiddelmissbruk, ofte har en kompleks historie, med mange avbrutte behandlingsforsøk. Derfor er det vanskelig å isolere og kontrollere de ulike behandlingsvariablene og å identifisere grupper av pasienter som er like ved start av behandling.

For det **sjette** kan ikke RCT-studier gi innsikt i hvordan behandlingen kan videreutvikles eller bli bedre, utelukkende om behandlingen virker i forhold til pre-spesifiserte målsetninger (ibid.).

Med bakgrunn i at evidensbaserte praksiser i stor grad baserer seg på en RCT-standard, blir det uttrykt bekymring for hvilke typer forskningsdesign, og derigjennom hvilken kunnskap som fortrenses ved en vektlegging av RCT- studier i evalueringer av behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. I denne sammenheng trekkes det frem flere alternative måter å studere, evaluere og eventuelt forbedre de aktuelle behandlingstilbudene. Dette er studier som bygger på brukernes vurdering av hva som virker bra eller dårlig i konkrete behandlingskontekster, studier av sosiale relasjoner og analyser av betydningen av ulike typer behandlingsideologi for utfallet av behandlingen, samt studier av individer som på egenhånd har klart å bryte en misbrukskarriere (ibid.).

Oppsummert kan man si at behandlingsforskere som er kritiske til begrepet evidensbasert, argumenterer med at forskningshierarkiet monopoliserer kunnskapsproduksjon og reduserer denne til metoder og analyser som ekskluderer studier av *hvordan* intervensjoner virker. Videre hevder kritikerne at et ensidig forsvar av RCT-studier forenkler den komplekse relasjonen mellom ansvarlig myndighet, forskning og praksisfelt. Dette er fordi RCT- studier sjelden vektlegger samspillet mellom resultat og ideologi, ikke legger tilstrekkelig vekt på spesifikke sosiale, kulturelle og historiske kontekster, ekskluderer brukerperspektivet, og sjelden tydeliggjør teoretiske forutsetninger.

En utfordring for behandlingsforskere innen rusmiddelfeltet er dermed å løfte frem og gjøre klart hvilke typer av intervensjoner og behandling det er hensiktsmessig å undersøke innen rammene for idealene fra et naturvitenskapelig forskningsparadigme, og hvilke typer av intervensjoner som kan og bør studeres ved hjelp av andre forskningsdesign. Dette vil eksempelvis gjelde forskningsdesign som er samfunnsvitenskapelig teoretisk forankret, forskningsdesign som er følsom for sosiale strukturer som kjønn, etnisitet og klasse, og som kan gi ny innsikt i det prosessuelle og relasjonelle arbeidet som foregår i konkrete behandlingskontekster.

En annen utfordring på rusmiddelfeltet er dessuten å få frem en større refleksjon over hva det er hensiktsmessig å undersøke empirisk, og hva som snarere må besvares gjennom en filosofisk, etisk og politisk debatt, for eksempel hva som skal forstås som en god og allsidig rusmiddelomsorg, og hva som er et verdig og godt liv (Ulvik, 2009).

## 5.2 Hvordan forstå forholdet mellom praksisfeltet og forskning?

Kravet om at praksiser bør være evidensbasert har ført til motstand og skepsis fra praktikere (leger, terapeuter, sosialarbeidere, osv.) på alle felter hvor evidensbasert praksis er forsøkt implementert. En prosaisk innvendig mot at ulike praksiser ikke kan være totalt evidensbasert, er at praktikere ikke alltid kan være oppdater på sine felt. De må fatte beslutninger fortløpende og kan derfor ikke vite hvilke av disse valgene som evt. kunne vært bedre om de hadde visst at andre alternativer fantes (Frost, 2002).

En annen innvending handler om hvordan forholdet mellom praksisfeltet og forskning blir rammet inn og forstått i det som kan kalles evidensbasert praksis. Skrefsrud (2010) analyserer eksempelvis forståelsen av lærerens virksomhet ved implementeringen av evidensbasert pedagogikk i skolen i lys av ulike kommunikasjonsmodeller. Han hevder at evidensbasert praksis bygger på en monologisk kommunikasjonsprosess hvor den vitenskapelige kommunikasjonen mellom forsker og bruker i hovedsak blir forstått lineært. Dette betyr at det er et grunnleggende skille mellom den som vet (forskeren) og den som gjør seg nytte av forskningsresultatene (brukerne av forskningen). Ifølge Skrefsrud (2010) består hovedutfordringen med en slik formidlingsmodell i å flytte kunnskapen i en overføringsprosess og sørge for at transport av fakta skjer så nøyaktig som mulig. Det problematiske i en slik modell er at forskeren blir den som vet hva som virker, mens praktikerne vanskelig unngår å bli den passive part som skal ta kunnskapen i bruk, og sørge for at intervensjonen iverksettes på en riktig måte, med andre ord slik forskeren sier at praksis skal gjennomføres.

I en slik forstand forstås evidensbasert praksis innen rammen av en monologisk kunnskapsoverføring, hvor det primært er forskeren som taler. Ifølge Skrefsrud (2010) er det ikke bare slik at forskeren taler, men også befaler hvordan tingene skal være. Praktikerne på sin side reduseres til et objekt for forskerens tale og involveres ikke i kommunikasjonsprosessen på annen måte enn som en lytter, en som iverksetter de effektive intervensjonene som forskeren identifiserer og politikerne videre foreskriver.

I lys av beskrivelsen av en monologisk kommunikasjonsprosess, kan det løftes frem fire argumenter i problematiseringen av relasjonen mellom forskning og praksis:

For det **første** kan kravet om evidensbasert praksis føre til begrensning av praktikernes autonomi. I sammenhenger hvor evidensbasert praksis settes høyt, vil praktikerne med større sannsynligheten bli hold ansvarlig for mangelfulle eller negative resultater av intervensjoner. Dette gjelder spesielt hvis praktikerne velger alternativer som ikke kan støtte seg på «sikker kunnskap». Dermed er mange praktiskere skeptiske til evidensbasert praksis fordi de mener det reduserer deres autonomi. Samtidig, hvis noe går galt, faller mer av ansvaret på den som valgte en behandling eller intervensjon som ikke er evidensbasert. Behandling som garanterer effektivitet og sikkerhet i yrkesutøvelsen kan dermed, paradoksalt nok, kunne svekke praktikernes status fordi forskningenes kunnskap om hva som virker vil erstatte praktikernes normative profesjonelle vurdering/skjønn (Black, 2001; Frost, 2002; Marthinsen, 2004).

For det **andre** kan evidensbasert praksis føre til en type «kokebok»-tilnærming hvor praktikerne kun følger oppskriften og glemmer den profesjonsspesifikke skjønnsutøvelsen. Dette er problematisk fordi fagutøvelse i helse- og sosialfagene uløselig er knyttet til utøvernes sensibilitet og personlige ferdigheter. Som tidligere nevnt må derfor terapeutisk effekt forstås situasjonsbestemt og individuelt. Evidensbasert praksis gir lite rom for en slik forståelse (Bøe, 2007; Nordtvedt & Grimmen, 2004). Videre fører evidensbaserte praksiser ofte til at diagnostiserende og standardiserte metoder blir dominerende i behandlingen. Dette kan medføre en manualbasert og standardisert metode hvor behandlingen skal følge en punkt for punkt plan. Videre kan dette føre til en avpersonifisering av terapien og være til hinder for det relasjonelle arbeidet mellom behandler og pasient (Bøe, 2007; Ekeland, 1999; Gullestad, 2003)

For det **tredje** kan evidensbaserte praksiser føre til en neglisjering av brukerperspektivet og brukermedvirkning. Dette fordi den som trenger hjelp for sine rusmiddelproblemer kan bli redusert til et objekt for forskeres og behandleres «sikre kunnskap», som videre kan gi mindre rom for den menneskelige relasjonen mellom behandler og pasient. Man kan også spørre hvordan terapeuter skal forholde seg til at pasienten eller pårørende som ikke vil ha evidensbaserte intervensjoner, men tvert i mot ønsker tiltak der det ikke foreligger noen form for evidens. Hvis det bare er behandling som er evidensbasert som prioriteres, vil disse behandlingspraksisene kunne snevre inn rommet for brukernes deltagelse og selvbestemmelse (Bøe, 2007). Rådet for psykisk helse (2003) er eksempelvis kritisk til kvantitative kvalitetsmål som er forankret i tjenestestedets virkelighet og intensjoner, og knyttet til diagnostisert sykdom, fordi disse kvalitetsmålene kan måles uten å ta hensyn til brukernes

vurderinger av kvalitet, og impliserer at det er mulig å utvikle kvalitetsparametre uten brukermedvirkning. Rådet konkluderer derfor med at kvalitetsutvikling må bygge på forskning og evalueringer som tydeliggjør brukernes og pårørendes erfaringer (se også Bøe, 2007). Det er også verdt å merke seg at behandlingsforskningen på rusmiddelfeltet er sterkt preget av en administrativ framfor en teoretisk begrepsbruk. Begreper som for eksempel kort- og langtids plassering, tiltak, effekt og bruker er gjennomgående i denne litteraturen. Slik sett konstrueres behandlingsforskningen fra et tjenesteperspektiv, og forskningsagendaen settes der etter. Dette er ikke det samme som at et brukerperspektiv alltid mangler, men at selve begrepet bruker er hentet fra et tjenesteperspektiv (Ulvik, 2009).

For det **fjerde** er et kritisk sosiologisk perspektiv på evidensbaserte praksiser rettet mot at «sikker kunnskap» blir benyttet som et styringsrasjonale eller en styringsteknikk. Sentralt i dette perspektivet er at evidensbaserte praksiser blir presset inn i ulike fagfelt av ikke-faglige hensyn og aktører utenfor de ulike fagene (Neumann, 2010). Vi har da å gjøre med en rasjonalitet hvis mål er å innføre reformer med henblikk på å optimere konkurranse. Det vil være et økt krav om kostnadskontroll, målstyring og dokumentasjon som gjør at evidensbaserte praksiser blir favorisert av styresmakter og finansieringskilder. De sosiale målsetningene blir dermed konkurranseutsatt (Bøe, 2007; Bjerre, 2009; Ekeland, 1999).

Når det gjelder behandling av rusmiddelproblemer, har det skjedd store administrative og organisatoriske endringer. Disse må forstås som en politisk dreining mot de medisinske praksisenes modeller og perspektiver. Gjennom sykehusreformen i 2002 og rusreformen i 2004 er ansvaret for behandling for rusmiddelproblemer blitt tillagt spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene. Dette er en omlegging som har gitt økt fokus på diagnostisering, medisiner og forretningsmessige prinsipper i behandlingen. Det har blitt rettet kritikk mot denne endringen fra ulike hold, for eksempel er det hevdet at dreiningen truer med å smuldre opp mangfoldet av behandlingstilbud (Andresen, 2010). Dette skjer blant annet ved at penger og ressurser kanaliseres til det som blir kalt evidensbaserte intervensjoner; utbygging av poliklinikker, kortere behandlingstid og mer medisiner. Dermed prioriteres korttidstiltak og substitusjonsbehandling (LAR) i anbudskriteriene, på bekostning av sosialpedagogiske langtidstiltak som ettervern, botrening, omsorgstiltak, fritidstiltak, sysselsettingstiltak, arbeidstrening, opplæring og utdanningstiltak tilrettelagt i de kommunene der klienten bor og har sin hverdag.

## 6 Barn som pårørende til rusmiddelmisbrukere

*Grethe Lauritzen*

Behandlingsforskning viser at barn som er født av, og/eller vokser opp med rusmiddelmisbrukende foreldre, er sårbare for selv å utvikle alvorlige rusmiddelproblemer og psykiske vansker (Lauritzen et al, 1997, Lauritzen & Waal, 2003; Rossow & Lauritzen, 2001).

Barn av rusmiddelmisbrukere utgjør imidlertid en heterogen gruppe. Rusmiddelproblemer i familiene vil ha forskjellig uttrykksform, intensitet og varighet, og barna vil ha ulik grad av sårbarhet og mestringsevne overfor de belastninger de utsettes for. Problemfylt bruk av rusmidler i hjemmet vil i mange tilfeller føre til vold, økonomiske vansker, ustabilitet osv., noe som i de fleste tilfeller fører til stor uro hos så vel berørte barn, som nettverk og hjelpeapparat. Ut fra at alkohol er det rusmiddelet som storparten av befolkningen bruker, er det også alkohol som medfører det største omfanget av rusmiddelproblemer. Rossow et al. (2009) har forsøkt å beregne hvor mange barn i Norge som bor sammen med foreldre med et risikofylt alkoholkonsum. Anslaget er mellom 50.000–150.000 barn, dvs. mellom 5 og 14 prosent av barn og unge under 18 år, avhengig av hvilke kriterier man legger til grunn for hva som er et risikofylt alkoholkonsum. Norske landsomfattende studier av rusmiddelmisbrukere i behandling, viser at 11–12 prosent lever sammen med barn under 18 år (Iversen et al., 2009).

### 6.1 Utredning

Det daværende Barne- og familiedepartementet tok i 2003 initiativ til et utredningsarbeid for å kartlegge tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. En spesiell oppmerksomhet ble rettet mot barn som legges inn sammen med foreldre i rusmiddelbehandling. Dokumentasjon fra dette utredningsarbeidet er lagt frem i to SIRUS-rapporter (Solbakken et al., 2005; Solbakken & Lauritzen, 2006). Her ble

det blant annet konkludert med at dagens tilbud til disse svært risikoutsatte barna var tilfeldig og lite helhetlig. Det ble vist til enkeltstående tiltak som ser ut til å ha fungert positivt, men at det ikke forelå noen gjennomarbeidet strategi for hvordan en skal bli oppmerksom på barn som lider under foreldres rusmiddelmissbruk. Det samme gjaldt også iverksetting av tiltak. Utredningen konkluderte med en rekke anbefalinger:

### **Tidlig intervensjon overfor gravide og småbarnsforeldre**

Det ble anbefalt å prøve ut en modell for tilbud til gravide rusmiddelmissbrukere som etter fødsel skal sikre barn og familier en systematisk oppfølging fram til barnets skolealder. Oppfølgingen må innebære en fortløpende undersøkelse av barn, samspill mellom foreldre og barn og av foreldres omsorgskompetanse. Undersøkelsene må kunne utløse adekvate støtte- og eventuelle behandlingstilbud for barn og familier. Det ble vist til at en tilsvarende modell er prøvd ut i Danmark med godt resultat (Olofsson, 2003).

### **Barn i skolealder**

Behov for individuelle støtte- og behandlingstilbud til barn og unge ble framhevet. Det ble påpekt at de eksisterende tilbudene i stor grad har vært gruppebasert, i regi av helsestasjoner for grunnskolen og psykisk helsevern for barn og unge. Det blir anbefalt å etablere et nettverk for gruppetilbudene med sikte på samhandling og fagutvikling. Viktigheten av å drøfte hvordan gruppetilbud til barn griper inn i familietemaer som hemmeligholdelse, lojalitet, parentifisering osv. ble understreket. Det ble også sagt at rekruttering til grupper og en vellykket støtte-/behandlingsprosess synes å være avhengig av å se intervensjonene i et familie- og kulturpsykologisk perspektiv.

### **Behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere**

Når det gjelder rusmiddelmissbrukere som kommer i behandling, ble det anbefalt å vie situasjonen til eventuelle barn en langt større oppmerksomhet enn hva som tidligere har vært tilfelle. Eksempelvis ble det anbefalt at det rutinemessig stilles spørsmål om barn (antall barn, alder, omsorgssituasjon for barnet) til alle pasienter som kommer til behandling, og at behandlingseenhetene bør ha ansvar for at barnets situasjon blir utredet og ivaretatt.

### **Kompetanseutvikling**

Det ble anbefalt å utarbeide en overordnet strategi for kompetanseutvikling med hensyn til rusmiddelproblematikk i familier, rettet mot ansatte i barnevern, psykisk



helsevern, barnehager, skoler og pedagogisk-psykologisk tjeneste, helsestasjoner og allmennleger.

### **Tiltak i regi av frivillige organisasjoner**

Det ble påpekt at disse kan være et viktig supplement til den offentlige helse- og sosialtjenesten, og det ble anbefalt å tilby rusmiddelfaglig kompetanse til støttetelefoner, internettsider, råd- og veiledningssentre, slik at slike tjenester får en best mulig kvalitet og kan være til hjelp for barn som blant annet ikke er kjent av det offentlige hjelpeapparatet.

### **Behov for øremerkede stillinger**

For å holde fast oppmerksomheten på barn av rusmiddelmissbrukere over tid, og for implementering av undervisning og veiledning, foreslo utredningen å opprette øremerkede stillinger – eksempelvis i de regionale helseforetakene – med spesialkompetanse og interesse for å ivareta tilbud til barn av pasienter i behandling for rusmiddelproblemer. Det er etablert et nasjonalt nettverk forankret i Kompetansesenter rus – region sør, ved Borgestadklinikken, for fagpersoner som arbeider med gravide rusmiddelavhengige og foreldre med små barn.

## **6.2 Iverksette tiltak**

De nevnte SIRUS-rapportene omhandler barn av rusmiddelmissbrukere. Det er imidlertid påvist stor grad av sammenheng mellom rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser. Anbefalingen fra utredningen var derfor at oppmerksomheten på barn må være overordnet oppdelingen av hjelpeapparatet og at tiltaksutviklingen må koordineres. Et skritt i denne retningen ble tatt i 2007 da regjeringen gikk inn for en flerårig tverrdepartemental satsning for å identifisere og følge opp barn av rusmiddelbrukere og barn av foreldre med alvorlige psykiske vansker. Videre opprettet Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 et nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn i disse foreldregruppene; Barns Beste. Kompetansenettverket er lokalisert til Sørlandet sykehus HF i Kristiansand og skal legge til rette for kompetanseoverføring gjennom å samle, systematisere og formidle kunnskap og erfaringer. Barn som pårørende ble et begrep i forbindelse med det lovendringsarbeidet som fulgte av oppmerksomheten omkring de risikoutsatte barna. Her ble også barn av somatisk syke foreldre en naturlig del av satsningen, og kompetansenettverket ble utvidet til et nettverk for barn som pårørende, uavhengig av foreldrenes diagnose.

Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn har som pårørende. Endringene trådte i kraft 1. januar 2010 (Helsedirektoratet, 2010b). Målet er å sikre at barna blir fanget opp tidlig for å kunne sette i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en av foreldrene blir alvorlig syk, og for å kunne forebygge problemutvikling. For å legge til rette for at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørende, har Stortinget vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25 tredje ledd ([www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)). Bestemmelsen åpner for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidspartnere når dette er nødvendig for å ivareta behovene for pasientens barn, med mindre pasienten motsetter seg dette. For ytterligere å styrke barnas stilling ved alvorlig sykdom hos foreldrene, er det vedtatt en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven, § 3-7a, som pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell ([www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)).

Lovendringer sammen med til dels store bevilgninger, har med andre ord skjerpet kravet til årvåkenhet og handling når det gjelder utsatte barn og gitt muligheter for iverksetting av tiltak. Underveis i prosessen har det blitt påpekt at satsningen krever en strategisk og samlet tverrdepartemental plan og styring. Selv om det så langt ikke foreligger noen oppsummering av den nevnte satsningen, kan det likevel vises til noen erfaringer.

De fleste forslagene fra de nevnte SIRUS- rapportene er tatt til følge, og en stor del av de fordelte midlene har gått til tiltak for barn av rusmiddelmissbrukere og foreldre med psykiske vansker. Lovendringene gir et viktig verktøy og skaper forpliktelser i hjelpapparatet. Det er økt etterspørsel etter kunnskap om hvordan barn kan ivaretas. Det samme gjelder behov for rutiner og retningslinjer, metodikk, og materiell. Satsningen har løftet fram viktigheten av barneansvarlige i hjelpeapparatet. Det presiseres i helsepersonelloven § 10 at alt helsepersonell skal bidra, og ledelse skal tilrettelegge for ivaretagelse av barn som pårørende ([www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)). Det er derfor viktig at de definerte barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten inngår i en sammenheng hvor kompetanse om barnas behov blir spredd og at behandlere generelt er oppmerksomme på barnets behov. Utredning og hjelp til gravide og spebarnsfamilier er styrket. Blant annet er det opprettet to familieambulatorier med oppfølging av barn fram til skolealder. Videre er det gjennomført kompetansehevende tiltak for ansatte som arbeider i institusjoner der barn er med foreldre i behandling for rusmiddelproblemer. Hovedfokus til nå har

vært aldersgruppen 0–6 år og tidlig intervensjons-tenkningen har legitimert dette. Barn og unge har imidlertid behov for tidlig intervensjon uansett alder, og så langt ser det ut til at den store gruppen mellom 7 og 18 (23) år i for liten grad blir prioritert. Et modellkommuneprosjekt er hovedsatsningen innenfor arbeidet med barn som pårørende fra BUF-direktoratet. Her prøver en ut ulike samarbeids- og organiseringsformer innenfor forskjellige kommuner. Det er også i gang en utprøving av et opplæringsprogram, «fra bekymring til handling», rettet mot ansatte i kommunene, med mål om å gi økt kompetanse i identifisering og oppfølgingssamtaler med gravide og småbarnsforeldre om bruk av rusmidler, om psykiske problemer eller vold. Videre har det nasjonale nettverket Barns Beste hatt en offensiv strategi både når det gjelder å skaffe oversikt over tilbud til barn og familier, til å initiere undervisning og til å skape møteplass for forskning og evaluering.

### 6.3 Videre utfordringer

En god ivaretagelse av barn og familier med ulike problembelastninger, avhenger av en forløpstenkning på tvers av forvaltningsnivåer og tjenester. Den vedtatte samhandlingsreformen trekker opp et rammeverk for dette. Muligheten for å identifisere risikoutsatte barn og sette inn tiltak synes å ha økt gjennom de siste års lovendringer og økonomiske bevilgninger. I hvor stor grad spesialisthelsetjeneste og kommune får til informasjonsutveksling og et tett samarbeid om det enkelte barn og den enkelte familie, vil være avgjørende for å forebygge problemutvikling hos barnet. Gjennom *Veileder for Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* oppfordres kommunene til å øke tildeling av hjemmebaserte tjenester der omsorgsoppgavene for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre, blir for belastende (Sosial og helsedirektoratet, 2007). Det vil være en stor utfordring å finne strukturer som ivaretar både hverdagslogistikk, årvåkenhet og faglig kompetanse innenfor de arenaer hvor en finner barn og unge.

Barn som pårørende er en betegnelse som må få et klarere innhold for ulike yrkesgrupper og relevante fagutdanninger. Det er i den forbindelse viktig å trekke på internasjonal fag- og forskningslitteratur og utvikle fagkunnskap knyttet til den norske virkeligheten.

Erfaringer tyder på at den økte satsningen på barn som har foreldre med rusmiddelproblemer og/eller psykiske og somatiske vansker, har nådd ut til store deler av hjelpeapparatet. Det kan imidlertid se ut til at det fremdeles mangler en

strategisk og nasjonal tverrdepartemental plan for utvikling og evaluering av tiltak. Uten en slik strategisk plan risikerer en at bevilgninger blir tilfeldig fordelt og at nytteverdien i et helhetlig perspektiv blir begrenset. Fra 2011 er det bevilget midler til forskning knyttet til den omtalte satsningen. Midlene kanaliseres gjennom Norges forskningsråd. Det anbefales å utarbeide en nasjonal handlingsplan og nedsette en styringsgruppe med bred representasjon fra forvaltning og fagmiljøer. Hvis tunge forskningsmiljøer prioriterer å fremskaffe ny kunnskap i samarbeid med internasjonale aktører, vil satsningen kunne få stor betydning for å forebygge og behandle rusmiddelproblemer i et generasjonsperspektiv.

# 7 Skader og problemer ved rusmiddelbruk

*Ellen J. Amundsen & Elisabet E. Storvoll*

Bruk av alkohol og narkotika kan knyttes til et bredt spekter av skader og problemer. Babor og medarbeidere har nylig gått gjennom den internasjonale forskningslitteraturen for å oppsummere foreliggende kunnskap om effekter av ulike typer intervensjoner og tiltak for å redusere misbruk og rusmiddelrelaterte skader (Babor et al., 2010a og 2010b). I den forbindelse oppsummerer de også kunnskap om alkohol- og narkotikarelaterte skader og problemer, men de foretar ingen sammenligning av omfang av skader/problemer knyttet til bruk av hhv. alkohol og narkotika. Det er imidlertid i andre sammenhenger utviklet ulike metoder for å evaluere omfang av slike skader og problemer, og rangere ulike substanser etter hvor skadelige de ansees å være (Nutt et al., 2010; van Amsterdam, 2010; WHO, 2009).

## 7.1 Oversikter

En måte å uttrykke omfanget av alkohol- og narkotikarelaterte helseskader i et samfunn, er å beregne hvor stor andel av dødsfall, sykdommer og skader som skyldes de ulike substansene. Verdens helseorganisasjon (WHO) har gjennom det som ofte refereres til som «Global Burden of Diseases» (GBD), beregnet (1) hvor mange dødsfall som kan tilskrives bruk av de ulike substansene og (2) hvor mange friske leveår som går tapt på grunn av slik bruk, dvs. antall år som går tapt på grunn av for tidlig død og antall år folk lever med svekket helse. Ved å se på tap av friske leveår framfor dødsårsak, legges det større vekt på (a) tilstander som folk dør av relativt tidlig i livet, og (b) tilstander uten fatalt utfall som svekker livskvaliteten betydelig, slik som f. eks. depresjon. Når det gjelder tap av friske leveår, blir bruk av alkohol rangert som nest viktigste risikofaktor etter tobakksrøyking, hvis vi ser alle høyinntektsland under ett. Narkotikabruk blir rangert som nummer åtte. Bruk av alkohol og bruk av narkotika ble beregnet til å stå for henholdsvis 6,7 prosent og

2,1 prosent av de tapte friske leveår. Når det gjelder dødsfall, ble alkoholbruk rangert som nummer ni, og beregnet til å stå for 1,6 prosent av alle dødsfall, mens narkotikabruk ble beregnet å stå for 0,4 prosent. Narkotika inngikk ikke blant de 10 viktigste risikofaktorene for dødsfall (WHO, 2009). Selv om narkotikabruk (og særlig injisering av opiater) er forbundet med så vel høy sykkelighet som høy dødelighet, bidrar altså narkotikabruk i betydelig mindre grad til tap av friske leveår og dødsfall enn hva alkoholbruk gjør, noe som har sammenheng med lavere utbredelse enn hva gjelder alkohol.

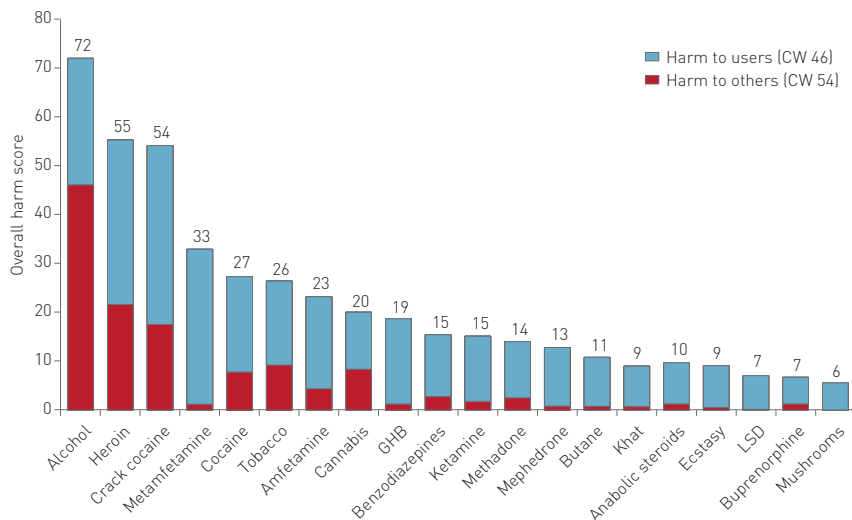
## 7.2 Evalueringsmetoder

En annen innfallsvinkel er utviklet av blant annet Nutt og medarbeidere (2010). De har formulert 16 kriterier for evaluering av konsekvenser av fysiske, psykologiske og sosiale skader ved rusmiddelbruk. De ulike substansene er rangert etter hvor skadelig en vurderer konsekvensene å være. Ni kriterier relaterer seg til skader for den som selv bruker den aktuelle substansen, mens sju relaterer seg til skader for andre. Rangeringen ble foretatt av et ekspertpanel fra ulike fagfelt som ikke var bundet av myndighetenes rusmiddelpolitiske synspunkter og beslutningsprosesser. Til undersøkelsen ble det valgt ut 20 substanser som var aktuelle for situasjonen i Storbritannia. For å fastslå omfanget av konsekvenser for hver av substansene, ble det fastsatt en samlet verdi for skade som baserte seg på vektete verdier for alle de 16 kriteriene. De inkluderte skadene hadde utspring i empiriske studier.

En tilsvarende evaluering fra Nederland brukte et noe annet kriteriesett, en annen skala og en litt annen beslutningsprosess for rangering (van Amsterdam, 2010). Det ble her evaluert 19 substanser som var aktuelle for situasjonen i Nederland. Kriteriene knyttet til substansspesifikke skader på andre enn brukeren selv, fikk her mindre betydning (ett av i alt fire kriterier) enn hva gjaldt studien fra Storbritannia (syv av 16 kriterier).

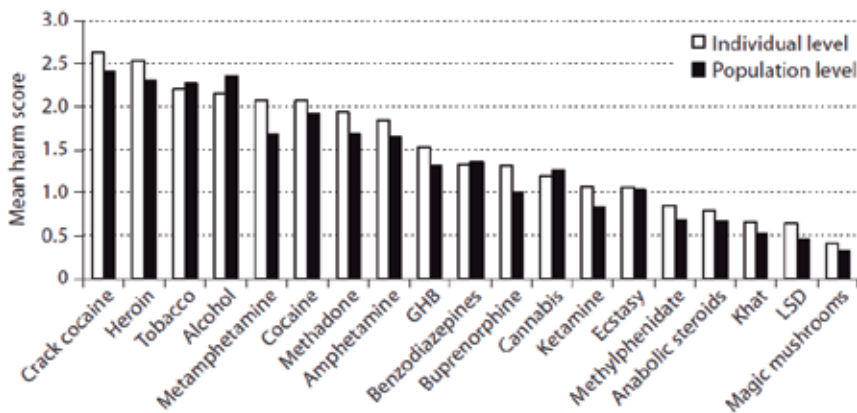
De to evalueringene samsvarer i stor grad med hensyn til rangering av spesifikke substanser. Alkohol ble rangert på første plass i evalueringen fra Storbritannia og på fjerdeplass i evalueringen fra Nederland, se figur 1 og 2. Forskjellen i rangering er dels knyttet til omfang av skader på andre enn brukeren selv, som er tillagt større betydning i metoden anvendt i Storbritannia enn i Nederland.

**Figur 1. Rusmidler rangert etter samlet skadeskår. Bidrag fra skader på personen selv og på andre. Storbritannia.**



Kilde: Nutt og medarbeidere, 2010

**Figur 2. Gjennomsnittlig skadeskår for bruker (individual level) og for befolkningen (population level), Nederland.**



Kilde: Van Amsterdam og medarbeidere, 2010

Evalueringemetoden sammenligner skadeskår for hver enkelt substans. Den gir ingen samlet vurdering av bruk av narkotiske stoffer under ett, sett i forhold til for eksempel bruk av alkohol.

### 7.3 Den norske situasjonen

Det er ikke foretatt noen tilsvarende evaluering av ulike substansers skadepotensial basert på situasjonen i Norge. Resultatene fra Storbritannia og Nederland kan heller ikke overføres direkte, siden bruksmønstre og type rusmidler vil være noe forskjellig. Det samme vil gjelde tjenester og tiltak som kan redusere skader og problemer. Hovedtrekkene for fysiologiske og mentale skader knyttet til den enkelte substans vil trolig være relativt like, mens skader og problemer for andre vil kunne variere med omfang av bruk.

Det norske drikkemønsteret har vært preget av «jakten på rusen», med konsum av store mengder alkohol i helger og til fest (Horverak & Bye, 2007). Det er imidlertid blitt vanligere enn det var på 1970-tallet å drikke på hverdager i tillegg til helg, og slik bruk har kommet i tillegg til det tidligere drikkemønsteret. Selv med lavere konsum per år i Norge enn i andre europeiske land (Edland-Gryt, 2010), innebærer det norske drikkemønsteret skader og problemer både for den som drikker og for tredjeperson (se kap. 12).

Når det gjelder narkotika, er de mest omfattende skader og negative konsekvenser i Norge knyttet til injisering av heroin og andre opioider (Amundsen & Bretteville-Jensen, 2010). Det er imidlertid også relativt stor fare for skader og negative konsekvenser knyttet til bruk/misbruk av cannabis, amfetaminer og kokain, avhengig av bruksintensitet og inntaksmåte (se kap.15).

Selv om det er vanskelig å si noe sikkert om hvordan ulike substanser ville blitt rangert her til lands om en hadde benyttet tilsvarende fremgangsmåte som i Storbritannia og Nederland, er det ut fra bruksmønster og omfang grunn til å tro at alkohol, heroin og amfetaminer ville blitt rangert høyt. Kokain ville trolig blitt rangert noe lavere enn i Storbritannia og Nederland. Omfanget av cannabisbruk er lavt i Norge i forhold til Storbritannia og Nederland og ville trolig derfor rangeres lavere enn i de to nevnte land.

En annen tilnærming for å si noe om den relative fordelingen mellom helseskader knyttet til henholdsvis alkohol og narkotika enn beregningene fra Global Burden



of Diseases (WHO, 2009), er å se på belastningen bruken av de to substansene utgjør for helsevesenet. I en studie fra Canada, som i denne sammenhengen vil kunne være sammenlignbart med Norge, har man beregnet at alkohol sto for mer enn ti ganger så mange sykehusinnleggelses som narkotika (Single et al., 2000). I en ny studie fra Norge, der en undersøkte hvorvidt en kunne påvise bruk av rusmidler i blodet hos pasienter med akutte skader eller forgiftninger, fant en spor etter alkohol, med en gjennomsnittskonsentrasjon på ca 1.5 promille hos ca 27 prosent, mens ni prosent hadde spor av illegale rusmidler (Bogstrand et al., 2011). Totalt ble det påvist alkohol, sløvende legemidler eller narkotiske stoffer i blodet hos 44 prosent av de aktuelle pasientene.

Vi har generelt sett mindre forskningsmessig kunnskap om hvordan de sosiale problemene fordeler seg mellom de ulike substansene enn hva gjelder helseskadene. Norske spørreundersøkelser viser imidlertid at det er langt flere som opplever problemer i forbindelse med at de drikker alkohol enn i forbindelse med at de bruker narkotika. Dette er funnet i undersøkelser blant både voksne/unge voksne (Fekjær, 2004; Lund et al., 2007) og ungdom (Hibell et al., 2009; Vedøy & Skretting, 2009), og gjelder et bredt spekter av problemer som krangling, slåssing, problemer med politiet og problemer i forhold til familie og venner. Funnene reflekterer det faktum at det er langt flere som drikker alkohol enn som bruker narkotika.

Hvor stor andel av rusmiddelrelatert kriminalitet som kan tilskrives bruk av henholdsvis alkohol og narkotika, vil variere for ulike typer forbrytelser. En studie fra Canada viser at alkoholbruk spiller en klart større rolle i voldsforbrytelser enn hva gjelder narkotikabruk, mens narkotikabruk ser ut til å spille en større rolle i forbindelse med vinningsforbrytelser (Pernanen et al., 2002). Også studier fra Norge tyder på at alkohol medfører flere voldsepisoder enn hva gjelder narkotika (Grytdal & Meland, 2007; Hibell et al., 2009; Pernanen, 1996).

En type sosiale problemer som det er enda vanskeligere å anslå omfanget av enn de som allerede er nevnt, er belastninger forbundet med å leve sammen med, eller å ha rusmiddelmissbrukere tett innpå seg. Selv om det er vanskelig å anslå hvor mange rusmiddelmissbrukere vi har i Norge, viser grove anslag at antall alkoholmissbrukere er betydelig høyere enn antall narkotikamisbrukere. Dette innebærer at det er langt flere familiemedlemmer og venner som berøres av alkoholmissbruk enn av narkotikamisbruk (Rossow et al., 2009).

Samlet sett er det grunn til å anta at alkoholbruk står for en større andel av helseskadene enn det narkotikabruk gjør også her i Norge. Når det gjelder sosiale problemer, er kunnskapsgrunnlaget for å sammenholde betydningen av de to substansene vesentlig spinklere. Men, på to områder synes alkoholbruk å være av større betydning enn narkotikabruk. For det første er voldskriminalitet langt oftere knyttet til alkohol- enn til narkotikabruk. For det andre har bruk og misbruk av alkohol en klart større utbredelse, og dermed vil det også være flere barn, partnere og andre nære pårørende som opplever at alkohol utgjøre en belastning enn hva gjelder narkotika.

## 8 Skadereduksjon

*Astrid Skretting*

Selv om betegnelsen skadereduksjon først ble tatt i bruk i forbindelse med tiltak for å begrense HIV-epidemien blant sprøytemisbrukere, representerte ikke tiltak for å redusere skader av rusmiddelmisbruk noe prinsipielt nytt. Flere av de tradisjonelle tiltakene som hadde eldre, marginalisert og utstøtte alkoholikere som målgruppe, tok i første rekke sikte på å redusere eller lindre skader som direkte eller indirekte fulgte av alkoholmisbruket. Eksempler på dette er overnattingssteder eller herberger, der misbrukere fikk tak over hodet i kalde vinternetter, avrusingstiltak der forventningen om at innleggelsen utover avrusingen og evt. helsesjekk skal lede til videre behandling eller rehabilitering, i praksis har vært tonet ned. Ordningen med verne- og tilsynshjem som ble etablert i forbindelse med at bestemmelsen i løsgjengerloven som dømte misbrukere til tvangsarbeid ble opphevet, kan også i stor grad sees i et skadereduksjonsperspektiv.

Når det gjaldt narkotikamisbrukere, var det lenge slik at ideen om rehabilitering av ulike grunner sto sterkere enn det som var tilfelle for alkoholmisbrukere. Dette hadde etter alt å dømme sin bakgrunn i at det i utgangspunktet var ungdom som havnet i misbruk av narkotika, og at det en derfor måtte ha som målsetting å «redde» de det gjaldt ved hjelp av ulike behandlingsinnsatser. En kan si at det var stor grad av behandlingsoptimisme. Den samme behandlingsoptimismen var trolig også forklaringen på at mange lenge var skeptiske til substitusjonsbehandling. De nedkjørte alkoholmisbrukerne har tradisjonelt vært eldre, og det har dermed vært lettere å få aksept for at det er behov for tiltak som ikke direkte tar sikte på rehabilitering, men å gjøre livet som alkoholmisbruker lettere å leve. Mange kommuner i Norge har i dag et bredt spekter av tiltak, der det primære målet er å redusere de umiddelbare skadene av misbruk. Dette gjelder eksempelvis lavterskel overnatting, lavterskel helsetilbud, matservering, sprøyteutdeling osv. Sprøyteromsloven gir også anledning for en kommune til å etablere sprøyterom.

Skadereduksjon må primært ses på som tiltak der det primære målet er å gjøre skader av rusmiddelmisbruk minst mulig både for misbrukeren selv og for samfunnet, uten at innsatsen har som mål at den enkelte skal redusere/slutte sitt misbruk. Ideelt sett vil imidlertid skadereduserende innsatser kunne motivere misbrukere til kontakt med hjelpeinstanser hvor de kan få hjelp med sine ulike problemer. Dette vil igjen kunne føre til økt mulighet for at de skal kunne komme inn i behandling og rehabilitering. Selv om det er åpenbart at det er behov for skadereduserende tiltak rettet mot rusmiddelmisbrukere, vil det imidlertid kunne reises spørsmål om hvor langt en skal gå. Skal «alle» typer tiltak godtas hvis en bare kan godtgjøre at de er rettet inn mot skadereduksjon eller vil det være grenser for hva som kan aksepteres? Erfaringer tilsier imidlertid at slike grenser ikke er statiske, men vil bli sett i lys av situasjonen en vurderer å befinne seg i. Eksempelvis ville sprøyteromsloven neppe vært aktuell for 15–20 år siden.

Det vil være ulike dilemmaer knyttet til tiltak der målet først og fremst er å redusere de umiddelbare skadene ved et rusmiddelmisbruk. Det vil eksempelvis kunne hevdes at tiltak som sprøyteutdeling, sprøyterom, lett tilgang til enkle helsetjenester, matservering osv. kan bidra til å opprettholde et misbruk og dermed svekke motivasjonen for hjelpetiltak rettet inn mot å redusere/komme ut av misbruket. Det er imidlertid lite som tyder på at noen har sluttet sitt misbruk på grunn av at det er vanskelig å få tak i rene sprøyter eller at de ikke fikk tilgang til helsetjenester. Det er heller ikke noe som peker i retning av at noen begynner et misbruk på grunn av tilgang til ulike slike tjenester.

## **8.1 Forebygging – behandling – skadereduksjon**

Skadereduksjon er imidlertid ikke en entydig betegnelse, og som nevnt innledningsvis, er tiltak med sikte på å redusere skader knyttet til bruk/misbruk ikke begrenset til illegale rusmidler. I mange tilfeller vil det være et skjønnsspørsmål om et tiltak skal betegnes som forebygging (sikte mot å forhindre uønsket atferd eller en uønsket situasjon), behandling (sikte på å endre atferd) eller om det tar sikte på skadereduksjon (sikte på å redusere skader knyttet til en bestemt atferd uten at det der og da tas sikte på at atferden skal opphøre). Internasjonalt blir eksempelvis substitusjonsbehandling stort sett betegnet som skadereduksjon. I praksis vil det imidlertid variere hvorvidt det er en intervensjon som tar sikte på rehabilitering, slik tilfellet er i Sverige og langt på vei også i Norge, eller om målsettingen er begrenset til å redusere skader ved illegalt opiatmisbruk.

Aldersgrenser for salg og skjenking av alkohol har som mål å forhindre at barn/ unge som ikke er fysisk/psykisk modne, pådrar seg skader ved å drikke alkohol. Forebygging eller skadereduksjon? «Server training» tar sikte på å forebygge overskjenking på serveringssteder for derigjennom å redusere ulike former for skader som har sammenheng med beruselse. Forebygging eller skadereduksjon? Mens den norske promillegrensen på 0,2 for å kjøre bil vel kan sies å komme inn under forebygging, ved at det innebærer et sterkt signal om at en ikke skal drikke alkohol i forbindelse med bilkjøring, vil promillegrensen på 0,8, som gjelder for fører av småbåt, være mer i retning av skadereduksjon, i og med at den åpner for at det kan drikkes alkohol, om enn i begrenset mengde.

Forbud mot å røyke tobakk i det offentlige rom slik vi nå har fått i stadig flere land, har først og fremst som mål å beskytte mot skader av passiv røyking. Hvorvidt et slikt forbud skal klassifiseres som forebygging eller skadereduksjon, vil langt på veg være et definisjonsspørsmål. Målsettingen er ikke at folk skal slutte å røyke tobakk, men at tobakksrøyking ikke skal påføre tredjeperson skader (evt. forebygge tobakksrelaterte skader).

Debatten om skadereduksjon har for mange framstått som provoserende da den i en del sammenhenger er blitt knyttet sammen med debatten om legalisering av narkotika. Skadereduksjon er i utgangspunktet ikke knyttet til noen bestemt ideologisk retning i rusmiddelpolitikken, men har sin forankring i en helsemessig tilnærming til rusmiddelmissbrukerne som personer med store helsemessige problemer. Langt på vei har det imidlertid vært de samme kreftene som har tatt til orde for en global liberalisering av narkotikapolitikken som også har vært talsmenn for nødvendigheten av skadereduksjon. Selv om det er naturlig at tilhengere av en liberalisering av narkotikapolitikken går i spissen for de mest radikale skadereduksjonstiltak, er det en uheldig sammenblanding som i liten grad tjener en utvikling der det er åpenbart at en må ta i bruk et mangfold av tiltak for å redusere skader av rusmiddelbruk. Konkrete tiltak med sikte på skadereduksjon må imidlertid på den ene siden vurderes ut fra de mål en forventer å oppnå. På den andre siden er det vanskelig å komme utenom at aktuelle tiltak også må vurderes opp i mot den generelle rusmiddelpolitikken.

Internasjonalt har diskusjonen om skadereduksjon først og fremst vært knyttet til tiltak med sikte på å redusere skader knyttet til misbruk av heroin, men blir etter hvert også brukt for tiltak med sikte på reduksjon av skader knyttet til andre narkotiske stoffer, alkohol, tobakk og ulike typer pengespill. Eksempelvis er reduksjon av alkoholrelaterte skader kommet på dagsorden i EU.

## 9 Samfunnsmessige kostnader av rusmiddelbruk

*Astrid Skretting*

Ett av mange tilbakevendende spørsmål på rusmiddelfeltet er hva som er de samfunnsmessige kostnader ved bruk av rusmidler. Ut fra et forskningsmessig perspektiv er dette noe som det av mange grunner er vanskelig å besvare. Først og fremst fordi mange av de problemer som bruk og misbruk av alkohol og narkotika forårsaker ikke kan omregnes i kroner og øre. Det vil også være ulike oppfatninger av hvilke kostnadskomponenter et slikt anslag skal omfatte og hva de skal måles opp mot. Hvordan skal en eksempelvis kostnadsberegne de mange lidelser som en rusmiddelmisbruker påfører sine nærmeste? Hvordan kostnadsberegne redusert livskvalitet som følge av rusmiddelmisbruk? Dette er plager som er kvalitativt forskjellig fra fysiske skader som eksempelvis beinbrudd som følge av beruselse.

«Kostnadene» ved de ulike former for plager kan ikke sammenlignes da de er av helt ulik art. Samlet sett gjør dette det lite meningsfullt å beregne samfunnsmessige kostnader av rusmiddelbruk. Spørsmålet blir imidlertid stilt igjen og igjen, og som påpekt av Horverak (2011), har dette ført til at forskere har latt seg friste til å besvare spørsmålet. Samtidig har stadig nye kostnadskomponenter blitt tatt inn i analysene. På jakt etter et svar som tar hensyn til alle skader og problemene som forårsakes av rusmidlene, har en forsøkt å kostnadsberegne stadig nye forhold. Kostnadene blir enten beregnet i kroner eller i form av tapte leveår/leveår med nedsatt livskvalitet som følge av at personen selv eller noen av ens nærmeste bruker/misbruker rusmidler. Dette måles da opp i mot at en person går sorgløs og frisk gjennom livet (ibid).

Problemer knyttet til beregning av samfunnsmessige kostnader av rusmiddelbruk drøftes i flere artikler i nr 4/2010 av Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift. Her påpeker eksempelvis Melberg at det er store variasjoner med hensyn til hva som kostnadsberegnes og at de foreliggende studiene derfor viser svært ulike resultater (Melberg, 2010). Det blir også påpekt at hvis beregninger av samfunnsmessige

kostnader av rusmiddelbruk skal vær politisk relevante, må det foretas en sammenligning av alle forventede konsekvenser (positive så vel som negative) av ulike rusmiddelpolitiske alternativer, noe som sjelden blir gjort (ibid.).

Horverak har sett spesielt på studier der en har prøvd å beregne de samfunnsmessige kostnadene ved alkoholbruk. Han trekker fram at de brukte beregningsmetodene ikke er nøytrale da de stort sett bare vektlegger de utgiftsmessige aspektene, mens inntektsmessige sider blir neglisjert (Horverak 2010). Han framholder også at det langt på vei vil være ulike politiske oppfatninger av hva som skal inngå i samfunnsmessige kostnader ved rusmiddelbruk/-misbruk, og at det derfor ikke gir mening å anlegge et forskningsperspektiv i slike beregninger. Oppsummert er det i beste fall problematisk å kostnadsberegne problemer og plager bruk av rusmidler påfører personen selv og dens nære omgivelser, det vil si det vi vil kunne kalle de immaterielle kostnadene.

Det er imidlertid også store problemer forbundet med å beregne kostnader ved de mer materielle problemene knyttet til bruk av rusmidler. Selv om vi her i Norge skulle komme fram til enighet om hvilke kostnader som skal inngå i en slik beregning, vil det like fullt by på store vansker å identifisere disse. Dette fordi det bare er deler av slike kostnader som lar seg lese direkte ut av budsjett- og regnskapstall. En vil derfor måtte finne fram til metoder for å beregne hvor mye av kostnadene på ulike områder som er knyttet til rusmiddelbruk, noe som vil være til dels svært arbeidskrevende. Vi vil her gi noen eksempler.

## 9.1 Forebygging

Kostnader til forebygging som enkelt lar seg identifisere, er de øremerkede bevilgningene på statsbudsjettet til rusmiddelforebyggende tiltak som forvaltes av Helsedirektoratet og Fylkesmannsembetene. Det vil trolig også være mulig å identifisere hva kommunene bruker til eksempelvis salgs- og skjenkekontroll. Mye av kommunenes forebyggende arbeid inngår imidlertid i mer overgripende budsjettposter til skole, barne- og ungdomsarbeid osv., og vil derfor ikke kunne identifiseres på samme måte.

## 9.2 Behandling

I og med at tverrfaglig behandling av rusmiddelproblemer inngår som et eget «område» i spesialisthelsetjenesten på samme måte som somatisk behandling og psykisk helsevern, kan det i utgangspunktet synes relativt enkelt å identifisere hva

som brukes av midler fra de regionale helseforetakene til behandling av rusmiddelproblemer. I mange tilfeller inngår imidlertid behandling av rusmiddel-misbrukere som en del av psykisk helsevern, eksempelvis gjelder dette store deler av den polikliniske behandlingen. Personer med rusmiddelproblemer mottar også psykiatrisk og somatisk behandling med bakgrunn i sine rusmiddelproblemer, uten at dette framkommer i regnskapene. Regnskapstall fra de regionale helseforetakene vil derfor være begrenset til å si noe om hvor store midler som er brukt til det som er organisert som tverrfaglig behandling for rusmiddelproblemer. Skal en få et tilnærmet fullverdig bilde av hvor mye en samlet spesialisthelsetjeneste bruker på behandling til rusmiddelmisbrukere, vil dette være et omfattende forskningsprosjekt. Det vil blant annet dreie seg om å finne fram til gode metoder for å beregne hvor mye av ressursene innen somatikk og psykisk helsevern som går til behandling av rusmiddelrelaterte skader og sykdomstilstander.

### **9.3 Sosial- og helsetjenester og trygdeytelser**

Kommunene har ansvar for å yte primærhelsetjenester, sosiale tjenester og økonomisk sosialhjelp. Selv om store kommuner vil kunne ha rusmiddelavdelinger og flere kommuner har rusmiddelkonsulenter, vil det like fullt være begrenset i hvilken grad det vil være mulig å identifisere hvor mye av kommunens tjenester som ytes til rusmiddelmisbrukere. Det foreligger eksempelvis ingen oversikt over hvor mange mottakere av økonomisk sosialhjelp som er rusmiddelmisbrukere.

Når det gjelder andre trygdeytelser, vil en i noen grad kunne identifisere slike kostnader. Det gjelder eksempelvis trygdeytelser som uføretrygd og sykepenger som er basert på medisinske diagnoser, men en vil trolig her finne under-rapportering ved at det kan være noe tilfeldig hvilken diagnose som legges til grunn. Når det gjelder korttidsfravær med egenmelding, registreres jo dette uten diagnose, men også her vil en finne at deler av dette har sin bakgrunn i rusmiddelbruk (Storvoll et al 2010).

### **9.4 Toll-, politi- og rettsvesen**

Store deler av ressursene til toll-, politi- og rettsvesen går med til kontroll og rettsforfølgelse av ulovlig omsetning og innførsel av rusmidler. Dette gjelder først og fremst for narkotika, men i noen grad også alkohol. Heller ikke her vil det være mulig å lese ut av regnskap og budsjett hvor store ressurser som går til alkohol og narkotikarelaterte saker, da dette inngår som en del av den samlede virksomhet.



Dette gjelder eksempelvis Oslo politidistrikt der det ikke lenger er noe eget narkotikaavsnitt, slik at håndtering av narkotikakriminalitet inngår i enheten for organisert kriminalitet. Det vil også være slik at store deler av ordensavdelingen brukes til narkotikarelaterte problemstillinger, eksempelvis i Oslo sentrum. Det samme gjelder også for tollvesenet ved at kontroll med ulovlig innførsel av narkotika og alkohol inngår som en del av den ordinære virksomheten ved grense- og postkontroll. Utover kostnader til spesialtrente narkotikahunder og lignende, vil det derfor ikke være mulig å lese ut av regnskap og budsjett hvor store ressurser som brukes på kontroll av ulovlig innførsel av rusmidler.

Når det gjelder rettsvesenet, kan en heller ikke lese ut av regnskap og budsjett hvor stor andel av ressursene som går med til rusmiddelrelaterte saker. En vil også her måtte finne fram til egnede beregningsmetoder. Går vi til fengselsvesenet vil det trolig være noe enklere, da en i dette tilfellet vil kunne se på hvor mange fengselsdøgn som kan tilskrives alkohol- og narkotikalovbrudd.

## **9.5 3.-partsskader**

Som allerede sagt, gir det lite mening å omsette lidelsene en rusmiddelmissbruker påfører sine nærmeste i kroner og øre. Det samme gjelder eksempelvis skader som påføres andre på grunn av bilkjøring i beruset tilstand og påførte voldshandlinger. Vinningskriminalitet er i noen grad knyttet til rusmiddelmissbruk. Det foreligger imidlertid ikke oversikt over hva dette tilsvarer i kroner og øre. Videre vil det heller ikke her gi mening i å omsette alle de problemer som påføres de som utsettes for slik kriminalitet i økonomiske termer.

## **9.6 Konklusjon**

Som det framgår, er det en rekke problemer knyttet til hvordan en skal se på de samfunnsmessige kostnadene av rusmiddelbruk. Mange av de negative konsekvensene lar seg umulig omsette i kroner og øre og er derfor ikke egnet til å kostnadsberegne. Når det gjelder de mer materielle kostnadene vil det også innebære et omfattende metodisk og empirisk arbeid å beregne disse. Ut fra de ressursene SIRUS har til rådighet, ser instituttet seg derfor ikke i stand til å gjøre et slikt arbeid innen den gitte tidsramme.



## **Del 2**

---

**Alkohol: politikk, konsum  
og skader 1995–2010**

# 10 Alkoholpolitikk

*Øystein Skjælaaen*

I beskrivelsen av alkoholpolitikken tas det utgangspunkt i tre felt hvor ulike alkoholpolitiske interessekonflikter utspiller seg. For det *første* dreier det seg om forholdet mellom nasjonal og internasjonal politikk. Norge har både rett og mulighet til å forme en selvstendig alkoholpolitikk, men blir samtidig påvirket og delvis bundet av internasjonale avtaler som har betydning for alkoholpolitiske valg. Aktuelt i den forbindelse er for eksempel spørsmålet om forbudet mot alkoholreklame. For det *andre* dreier det seg om forholdet mellom statlig og kommunal styring. Hvilke områder i alkoholpolitikken skal være et statlig anliggende og hvilke skal det være opp til den enkelte kommune å avgjøre? Reglene om nasjonale skjenketidsbestemmelser er eksempel på en sak som angår dette forholdet. For det *tredje* er det spørsmålet om hvorvidt alkoholpolitiske tiltak skal innrettes mot hele befolkningen, mot individer, eller mot bestemte grupper og/eller situasjoner. Dette er en interessekonflikt som særlig synliggjøres i spørsmål om tiltak som har til hensikt å redusere skader av alkoholbruk, for eksempel knyttet til tilgjengelighetsbestemmelser og alkoholavgifter.

## 10.1 Norsk og internasjonal alkoholpolitikk

Det uttalte målet i den norske alkoholpolitikken er å redusere de samfunnsmessige og individuelle skadene som bruk av alkohol kan medføre (jf. f.eks. Arbeids- og sosialdepartementet, 2005; Helsedirektoratet, 2010c; Ot.prp. nr. 7 1996–1997). De politiske virkemidlene som er tatt i bruk for å forsøke å oppnå dette målet, kan deles i fire: For det første å begrense mulighetene for økonomisk gevinst av salg av alkohol (monopolordningen), for det andre å begrense den fysiske tilgangen på alkohol, for det tredje å begrense den økonomiske tilgangen gjennom høye avgifter, og for det fjerde å formidle informasjon om følgene av alkoholbruk. Denne strategien har, med noen variasjoner, utgjort grunnlaget for alkoholpolitikken i de nordiske landene (med unntak av Danmark), og omtales ofte som den «nordiske modellen» (NOU 1995: 24).

I internasjonal sammenheng er den nordiske modellen unik. Alkoholpolitikk, forstått som et system av tiltak rettet mot forholdet mellom alkohol, helse og velferd (Babor et al., 2010a), har ikke vært prioritert høyt på den politiske agenda verken i EU eller i de enkelte medlemslandene. I de fleste land har alkohol blitt behandlet som en vanlig salgsvare. At selve begrepet, *alkoholpolitikk*, har vært brukt i lang tid i nordiske land, mens dets engelskspråklige ekvivalent, *alcohol policy*, er relativt nytt, er betegnende for de ulike tradisjonene (Room, 1999).

Siden midten av 1990-tallet har imidlertid dette bilde endret seg, særlig om en ser utviklingen i en europeisk sammenheng. I grove trekk kan en si at Norden og EU har nærmet seg hverandre – politikken i Norden har blitt mer liberal mens EU og en del av medlemslandene har satt alkoholpolitiske tiltak på dagsorden (Lund & Ugland, 2002; Ugland, 2011). Om en ser bort fra Danmark, som tradisjonelt har hatt øynene rettet sørover i sin alkoholpolitiske tilnærming, er det Finland som har beveget seg lengst bort fra den opprinnelige nordiske modellen (Tigerstedt, 2001).

En viktig årsak til nedbrytingen av den nordiske modellen, er EUs økonomiske politikk, særlig ideen om Europas indre marked (single market). Som ikke-medlem står Norge i mange sammenhenger friere enn sine nordiske naboer til å fatte selvstendige politiske beslutninger, men gjennom EØS-avtalen påvirkes også den norske alkoholpolitikken. Et eksempel er opphevelsen av Vinmonopolets enerett på import, eksport og grossistsalg i 1996. Denne endringen kom som følge av at EFTA (European Free Trade Association) vurderte monopolordningen for å være i strid med EØS-avtalen. Vinmonopolet fortsatte som et rent detaljsalgsmopol, mens Arcus AS ble opprettet for å overta import, produksjon og grossistvirksomheten. Samtidig ble det åpnet for at private importører og grossister kunne starte virksomhet. Også det statlige monopolet på produksjon av brennevin, som ble forvaltet av Arcus fra 1996, ble etter hvert avviklet (2002). At «rusbrus» ble flyttet fra vinmonopolet til butikkhyllene i 2003, er et annet eksempel på EØS-avtalens påvirkning på norsk alkoholpolitikk. I 2000 anla EFTAs overvåkingsorgan, ESA, sak mot Norge med krav om likebehandling av øl og andre drikkevarer som inneholder en alkoholprosent på mellom 2,5 og 4,75 volumprosent alkohol. EFTA-domstolen slo fast at Norges regelverk, som sa at «rusbrus» kun skulle selges på vinmonopolet, ikke var i tråd med EØS-avtalen.

Forbudet mot reklame for alkohol, som ble innført i 1975 og 1977, er også blitt utfordret av EFTA. I forbindelse med at Sverige lempet på sine reklamebestemmelser etter en domsavgjørelse i EF-domstolen (Gourmet-saken), ba EFTA i 2003 om en redegjørelse av nødvendigheten av å opprettholde totalforbudet i Norge.

Redegjørelsen ble gitt i forarbeidene til revisjonen av alkoholloven i 2004 (Ot.prp. nr. 86 (2003–2004)), hvor departementet argumenterte for at det norske forbudet er forenlig med Norges forpliktelser i EØS-avtalen og foreslo å opprettholde det. Forslaget mottok bred støtte i Stortinget. Forbudet har likevel blitt utfordret ved flere anledninger, men har foreløpig blitt beholdt. I 2009 fastslo for eksempel Høyesterett i en sak som ble anlagt mot staten, at forbudet mot reklame ikke var i strid med EØS-avtalens bestemmelser om fri flyt av varer. Høsten 2010 ble det kjent at et nytt EU-direktiv ville kreve at deler av forbudet mot TV-reklame må oppheves, nærmere bestemt at det må åpnes for reklame som blir sendt fra TV-selskap som opererer i utlandet. Endelig utfall av denne saken er ennå ikke klart, men de siste uttalelsene fra EU-kommisjonen er at Norge ikke lenger kan regne med særbehandling og må belage seg på å oppheve dette forbudet.

Et eksempel på at Norge har en noe friere stilling enn resten av Norden, er at de avgiftsfrie reisekvotene er beholdt. Det kan ses i sammenheng med opprettholdelsen av høye avgifter. Muligheten til å kunne ta med alkohol avgiftsfritt fra reise i utlandet, gjør det lettere å opprettholde de relativt sett høye avgiftene på handel innenlands. Et flertall i særavgiftsutvalget foreslo i 2007 å avvikle tax-free-ordningen, mens mindretallet argumenterte for å beholde ordningen blant annet med nevnte begrunnelse: «*Tax-free-ordningen og importkvotene kan betraktes som en ventil som gjør at nordmenn aksepterer den restriktive alkoholpolitikken Norge fører*» (NOU 2007: 8, kap. 10.3). Forslaget ble heller ikke fulgt opp politisk. Både i Sverige og Finland er avgiftene redusert og kvotene for innførsel i praksis avviklet.

Avviklingen av monopolordningen på import, eksport og grossistsalg og saken med alkoholreklame, er eksempler på hvordan *rettsliggjøring* er en konsekvens av økende internasjonalisering av alkoholpolitikken. Innenfor EU og EFTA-systemene finnes det en rekke prosedyrer for hvordan tvister knyttet til regelverket skal løses, og overvåkingsorganene og domstolene spiller her en sentral rolle. Det gjør at spørsmålet om hva som anses for å være legale virkemidler i alkoholpolitikken har blitt viktigere enn tidligere, hvor man i større grad kunne fokusere på hva som var praktisk mulig. En beveger seg med det bort fra å diskutere hva som er ønskelig og hensiktsmessig ut fra et politisk ståsted, til i større grad å spørre seg hva som er rett og galt ut fra et juridisk bindende regelverk. Slik står den økende rettsliggjøringen for en av de mer grunnleggende endringene innen norsk og nordisk alkoholpolitikk (Lund & Ugland, 2002).

Til tross for en svekkelse av den nordiske modellen, særlig i Finland og i mindre grad i Sverige og Norge, er det fremdeles i Norden en finner den mest restriktive alkoholpolitikken. En studie av bruk av alkoholpolitiske virkemidler i 30 OECD-land konkluderer med at Norge er det landet som tar i bruk flest virkemidler med dokumentert effekt og med en høy grad av restriktivitet i tiltakene (Brand et al., 2007). Sverige og Finland rangeres i den samme studien som nummer 4 og 8. Andre analyser viser at Norge er det landet i Vest-Europa som har den mest omfattende og restriktive alkoholpolitikken (Österberg & Karlsson, 2002).

Samlet sett har det altså vært tendenser til konvergens i forholdet mellom norsk, nordisk og internasjonal (europeisk) alkoholpolitikk i perioden 1995–2010. Den nordiske tradisjonen har blitt svekket, mens alkoholpolitikk har blitt satt høyere på dagsorden i EU. En forskjell synes likevel å være at de kontrollpolitiske tiltakene, med hovedvekt på fysisk og økonomisk regulering, fortsatt er de mest sentrale i Norge og Norden, mens EU foreløpig satser på tiltak som i mindre grad griper inn i den frie flyt av varer.

## **10.2 Statlig og kommunal styring av alkoholpolitikken**

Kommunene har stor frihet til å forme en alkoholpolitikk basert på lokale forhold. Det gjelder i særlig grad forhold som har med den fysiske tilgjengeligheten å gjøre, gjennom at det i all hovedsak er kommunene som tildeler bevillinger for salg og skjenking av alkohol. Samtidig er denne friheten underlagt statlig regulering gjennom alkoholloven, som blant annet setter grenser for salgs- og skjenketider. Statlig styring danner dermed et rammeverk som kommunene forholder seg til. I det følgende gjøres det rede for hvilke deler av politikken som er tillagt kommunene, hvilke som er gjenstand for statlig styring, og hvordan dette bildet har sett ut i perioden 1995–2010. Videre beskrives stabilitet og endring i bruk av ulike virkemidler i perioden.

### **10.2.1 Priser**

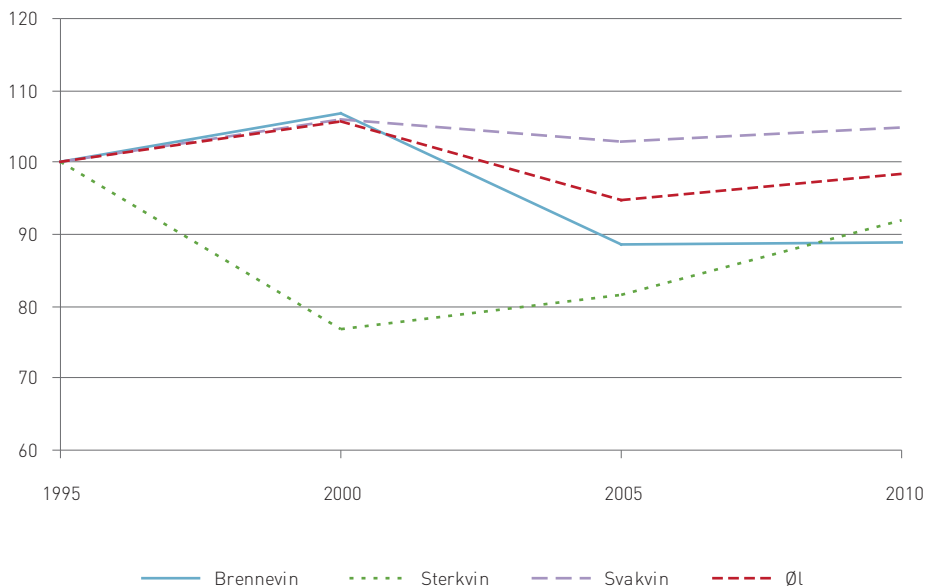
Avgifter er det viktigste politiske tiltaket for å påvirke alkoholprisene i Norge, og har tradisjonelt vært høye sammenlignet med i andre land. I tillegg til avgifter, fastsetter alkoholloven forbud mot rabattsalg av alkohol. Det er et virkemiddel som bidrar til å dempe priskonkurranse.

Størrelsen på avgiftene avgjøres sentralt og er like for hele landet (bortsett fra Svalbard). I 1995 ble avgiftssystemet endret. Siden da har alkoholholdige varer vært belagt med en

grunnavgift, mens det tidligere også var en verdiavgift på utsalgsprisen av varen. Avgiftssystemet er lagt opp slik at avgiften øker med graden av alkoholkonsentrasjon – høyere alkoholprosent gir høyere avgift. I tillegg beskattes alkoholen i brennevinsdrikker sterkere enn alkoholen i øl og vin. Avgiftene fastsettes hvert år i statsbudsjettet og følger i hovedsak konsumprisindeksen, men det har i den aktuelle perioden også blitt utført enkelte ekstraordinære endringer. Eksempler på det siste er reduksjonen av avgiftene på brennevin i 2002 og 2003 på henholdsvis 15 og 9 prosent, og halveringen av avgiften på sterkvin i 2000. Særavgiftsutvalget (NOU 2007: 8) foreslo å øke alkoholavgiftene med 10 prosent, ut fra en vurdering av at de samfunnsøkonomiske kostnadene er høyere enn inntektene fra avgiftene. I statsbudsjettet for 2011 henviste regjeringen til dette forslaget og økte avgiftene med 5 prosent.

De nevnte reduksjonene av avgiftene på brennevin og sterkvin på begynnelsen av 2000-tallet bidro til at prisen på disse varene gikk noe ned i forhold til det generelle konsumprisinivået (jf. figur 3). På den annen side har vin blitt noe dyrere. Slik sett kan en si at endringene i prispolitikken de siste 15 årene har favorisert de sterkere alkoholdrikkene. Samlet sett er likevel det totale bildet at prisene på alkoholvarer de siste 15 årene i hovedsak har fulgt konsumprisinivået.

**Figur 3. Realprisindekser for brennevin, sterkvin, svakvin og øl 1995–2010 (1995=100)**



Kilde: RusStat (SIRUS)



Betydningen av prisnivået for konsum av alkohol er også avhengig av kjøpekraften i befolkningen. I løpet av de siste 15 årene har reallønnsnivået steget betraktelig, noe som også gir økt kjøpekraft. På samme måte som for de fleste andre varer, trenger en å bruke en stadig mindre del av lønnen for å skaffe seg en flaske øl, vin eller brennevin (Edland-Gryt, 2011). Slik sett reduseres noe av effekten av avgiftene.

De høye avgiftene på alkohol er begrunnet alkoholpolitisk, ved at de bidrar til å holde alkoholkonsumet på et lavere nivå enn hva som ville vært tilfelle med lavere avgifter. Samtidig utgjør avgiftene en inntekt for staten. I 1995 var den samlede inntekten på nærmere 10 milliarder norske kroner, mens den i 2009 hadde økt til i overkant av 16,5 milliarder. Økningen må ses i sammenheng med det økte totalkonsumet i samme periode.

### **10.2.2 Promillegrensen**

Norge er blant de strengeste landene i Europa når det gjelder lovgivning og sanksjoner knyttet til promillekjøring. Grensen for tillatt promille er naturlig nok statlig styrt og er lik for hele landet. I 2001 ble promillegrensen satt ned fra 0,5 til 0,2. Sanksjonene er avhengig av promillenivået, men allerede fra 0,5 til 1,0 er lovbruddet belagt med betinget fengsel, mens fra og med 1,0 kan ubetinget fengselsstraff idømmes. Ved en lovendring i 2004 ble det innført en promillegrense på 0,2 for førere av større skip. For førere av fritidsbåter inntil 15 meter ble promillegrensen på 0,8 stående.

### **10.2.3 Vinmonopol**

Vinmonopolet er drevet av staten, men hver enkelt kommune bestemmer selv om de ønsker å ha et polutsalg og eventuelt hvor utsalget skal plasseres. Vinmonopolet må altså søke kommunen om tillatelse til å etablere utsalg, men initiativet til søknaden kan også komme fra kommunen selv.

I perioden 1995–2010 er det i hovedsak to utviklingstrekk som utmerker seg når det gjelder utsalgssteder. For det første har antallet utsalg økt betraktelig og for det andre har nær samtlige av utsalgene gått over til selvbetjening. Begge har sammenheng med en endret oppfatning av monopolordningen som alkoholpolitisk virkemiddel (Horverak, 2001 og 2008).

Mens politikere tidligere hadde vurdert monopolordningen som et viktig alkoholpolitisk instrument for å begrense tilgjengeligheten av vin og brennevin, ble

det utover 1990-tallet mer og mer vanlig å ta forbrukervennlige hensyn. I større grad ble det fremmet et syn om at alle burde ha en tilnærmet samme mulighet til å kjøpe disse varene. Staten skulle ikke lenger legge hindringer i veien, men legge til rette for at forbrukere selv kunne foreta valg om hva de ville kjøpe i form av vin og brennevin. I den forbindelse bestemte Stortinget at det skulle etableres flere monopolutsalgs, slik at folk over hele landet hadde mer eller mindre lik tilgang på alkohol. Utviklingen av antall monopolutsalgs viser denne dreiningen av politikken i praksis, som tar fart fra 1997 og utover. Mens det i perioden 1980–1997 i gjennomsnitt ble åpnet ett nytt utvalg i året, ble det i perioden 1997–2010 i gjennomsnitt åpnet 11 nye utvalg i året. I denne 12-årsperioden økte antall utvalg fra 114 til 248 (Edland-Gryt, 2011).

Overgangen fra salg over disk til selvbetjening kan ses i sammenheng med denne forbrukerorienteringen av monopolordningen (Horverak, 2002). Inntil 1998 kunne salg av brennevin, vin og sterkøl bare skje over disk, men det året bestemte Stortinget at Vinmonopolet kunne starte med selvbetjening. Det var i første omgang ment som en prøveordning som skulle evalueres før det ble fattet endelig beslutning. I 2001, ett år før evalueringen forelå, bestemte Regjeringen at ordningen kunne innføres permanent. Vedtaket ble gjort selv om de foreløpige resultatene fra evalueringen regjeringen hadde bestilt, indikerte at salget ville øke med ca. 10 prosent. I løpet av 2002 ble 71 av de 176 utvalgene omgjort til selvbetjening, og utviklingen fortsatte de påfølgende årene. Ved utgangen av 2010 var det bare tre av landets utvalg som fortsatt hadde salg over disk.

Ytterligere eksempler på forbrukerorienteringen er at Vinmonopolet de senere år har etablert såkalte filialbutikker i mindre kommuner hvor salgsgrunnlaget er vurdert å være for lite i forhold til ordinære utvalg, samt at det er mulig å bestille varer via internett eller telefon. I de største byene kan varene leveres på døren mens alternativet ellers er å hente varene på posten. I kommuner hvor det ikke er utvalg er frakten gratis.

En uttalt begrunnelse for utviklingen hvor Vinmonopolet stadig bygger ut og etablerer nye forbrukervennlige ordninger, er at det er viktig for å sikre støtte til monopolordningen og dempe presset for å åpne for salg av vin og brennevin i dagligvarebutikker (jf. f.eks. Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

#### **10.2.4 Bevillinger for salg og skjenking av alkohol**

Enkelte bevillinger for salg og skjenking av alkohol er statlige (tog, fly og passasjerskip), men de langt fleste gis av kommunene som en del av det kommunale bevillingssystemet. På den måten foretas sentrale alkoholpolitiske valg lokalt. Det er den enkelte kommune som behandler søknader om salgs- og skjenkebevillinger, de kan stille ulike vilkår til utøvelsen av bevillinger og de kan avslå søknader med alkoholpolitiske hensyn, for eksempel ut fra et ønske om å begrense antall salgs- og skjenkesteder i kommunen. Kommunen kan også lage vedtak om ikke å ha salg eller skjenking av alkohol i det hele tatt, men fra 2002 var det ingen såkalte «tørre» kommuner igjen.

Antall skjenkebevillinger har økt med nærmere 40 prosent de siste 15 årene – fra 5308 i 1995 til 7376 i 2010 (Edland-Gryt, 2011). Tidligere var det vanligere å gi bevilling som bare ga anledning til å servere øl og vin. I 1995 hadde litt under halvparten av skjenkestedene rett til å skjenke brennevin, mens i 2010 hadde denne andelen økt til i overkant av 80 prosent.

Antall salgssteder for alkohol med kommunal bevilling (dvs. steder som selger middels sterkt øl) har derimot vist en jevn og svak nedgang de siste 15 årene – fra 4524 i 1995 til 4176 i 2010 (Edland-Gryt, 2011). Bakgrunnen for nedgangen er imidlertid ikke en mer restriktiv praksis i kommunene, men kan forklares med en generell nedgang i antall dagligvarebutikker. Om en tar antall vinmonopolutsalg med i betraktning, er det totale antall salgssteder for alkohol omtrent det samme som for 15 år siden (Edland-Gryt, 2011).

Om en ser antall salgs- og skjenkesteder under ett, er det tydelig at den fysiske tilgjengeligheten til alkohol har økt markant de siste 15 årene. På den bakgrunn kan en si at forvaltningen av bevillingssystemet er liberalisert. Det er for øvrig en trend som strekker seg lenger tilbake enn fra 1995.

#### **10.2.5 Salgs- og skjenketider**

Kommunene fastsetter også salgs- og skjenketidene ut fra alkohollovens rammer. Ved endringene av alkoholloven i 1989 ble det innført «normaltider» og «maksimaltider» for salg og skjenking av alkohol. Det er et uttrykk for sterkere statlig styring på bekostning av den kommunale handlefriheten. Normaltiden for salg av øl er fra kl. 08.00–18.00 på hverdager og fra 08.00–15.00 på dager før søn- og helligdager. Maksimaltidene er satt til henholdsvis kl. 20.00 og kl. 18.00. Vinmonopolets maksimale åpningstider er fra 08.30–18.00 på hverdager og fra kl.

08.30–15.00 på dager før søn- og helligdager. Lovens normaltids for skjenking av brennevin er fra kl 13.00–24.00 alle ukedager, mens maksimaltiden er fra kl 13.00–03.00. Normal- og maksimaltidene for skjenking av øl og vin er henholdsvis fra kl. 08.00–01.00 og fra kl. 06.00–03.00 alle ukedager. Dersom en kommune ikke har gjort egne vedtak som går utover normaltiden, skal den gjelde. Kommunen har også mulighet til å differensiere ved å gi bevillinger med ulike salgs- og skjenketider. I tillegg til innføring av nasjonale normal- og maksimaltider, ble det ved endringene i 1998 også vedtatt at forbudet mot skjenking av brennevin på søndager skulle oppheves.

Andelen kommuner med utvidet salgstid har økt i perioden. I 2009 var det salg til maksimaltid, det vil si til kl. 20.00 på hverdager og til kl. 18.00 på lørdager, i over 80 prosent av kommunene (Skjælaaen, 2010). Bildet er noe annerledes når det kommer til skjenketid. Det har riktignok vært en økende trend med utvidede tider også for skjenking, men bare 60 kommuner har skjenking til lovens maksimaltid i 2009, altså til kl. 03.00. I rundt halvparten av kommunene stengte kranene kl 02.00 (ibid.).

I 2009 var et lovforslag om bla. innskrenking av de nasjonale skjenketidsbestemmelsene, ute på høring. Forslaget skapte relativt mye debatt og et av hovedargumentene mot en slik innskrenking var at det ville redusere den kommunale handlefriheten. Lovforslaget som ble sendt til Stortinget i desember 2010, inneholdt ikke dette punktet.

### **10.2.6 Kontroll av bevilningene**

Staten, gjennom alkoholoven, pålegger også kommunene å drive kontroll med bevilningene. Hver enkelt salgs- og skjenkebevilning skal kontrolleres minst én gang i året, og samlet skal det utføres tre ganger så mange kontroller som det er bevillinger. Loven trekker fram at kontrollen særlig skal konsentreres om overskjenking, salg og skjenking til mindreårige, og at salgs- og skjenketider overholdes. Hvis kontrollene avdekker overtredelse av slike eller andre bestemmelser i alkoholoven, kan kommunen inndra bevillingen for en kortere eller lengre periode. Ved endringene av alkoholoven i 1998, ble det også bestemt at bevillingshaverne plikter å lage et system for internkontroll. Bakgrunnen for dette var en tanke om at det ville sikre en bedre praksis på salgs- og skjenkestedene, samt at det ville gjøre kontrollvirksomheten enklere.

Opplysninger om avdekkede overtredelser og inndragninger er blitt samlet inn siden 2006. Antall avdekkede overtredelser knyttet til salgsbevillinger har ligget på i underkant av 200 i året, mens antall overtredelser knyttet til skjenkebevillinger har ligget på mellom 600 og 1000. De langt færreste overtredelser fører til inndragning. I samme periode har kommunene rapportert om mellom 13 og 15 inndragninger av salgsbevilling og mellom 96 og 153 inndragninger av skjenkebevilling (Skjælaaen, 2010). Kommunene er altså tilbakeholdne med å bruke inndragninger som et preventivt tiltak for å hindre brudd på salgs- og skjenkebestemmelsene.

En av grunnene til at det er slik, kan være at det på lokalt plan er mer nærliggende å ta nærings- og lokalpolitiske enn helsepolitiske hensyn i slike saker (Andersen, 2000). Den helsepolitiske begrunnelsen for inndragning av en skjenkebevilling, er at det kan virke preventivt med hensyn til risikofylt alkoholbruk, for eksempel overskjenking og skjenking til mindreårige. I hvilken grad en inndragning oppnår en slik skadereduserende effekt, er imidlertid mer usikkert og vanskelig å få øye på for de kommunale beslutningstakerne. Nærings- og lokalpolitiske konsekvenser av en inndragning er på den annen side konkrete og umiddelbare. Om et sentralt serveringssted i en liten kommune mister skjenkebevillingen, vil det kunne skape næringsmessige problemer for bevillingshaveren, og i små kommuner personlige og politiske problemer for dem som vedtok inndragningen. Slike hensyn vil gjerne utkonkurrere hensynet til de mindre håndfaste helseeffektene.

### **10.2.7 Alkoholpolitiske handlingsplaner**

Ved endring av alkoholloven i 1998 ble det lovfestet at hver kommune skal utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Loven gir ingen direkte anvisninger om hva handlingsplanen skal inneholde, men uttrykker at den bør angi målene for kommunens alkoholpolitikk, samt de virkemidler som tas i bruk for å nå disse målene. I tillegg ble det understreket at kommunene bør utarbeide retningslinjer for tildeling av salgs- og skjenkebevillinger, noe som indikerer et ønske om standardisering av bevillingssystemet. Selv om staten gir kommunene handlingsfrihet med hensyn til hvordan planene skal se ut og hva de skal inneholde, er lovfesting et uttrykk for at staten ønsker større grad av planlegging og bevissthet rundt alkoholpolitikken i kommunene. Slik sett innebærer påbudet statlig styring (Andersen, 2000).

Siden kravet om handlingsplaner kom inn i alkoholloven, har antall kommuner med handlingsplaner økt jevnlig. I 2009 hadde nesten alle kommuner enten en

egen alkoholpolitisk eller en rusmiddelpolitisk handlingsplan hvor alkoholpolitikken inngår. I overkant av 20 kommuner hadde en interkommunal handlingsplan, mens bortimot 30 kommuner ikke hadde noen slik handlingsplan (Skjælaaen, 2010).

### **10.2.8 Nærings- og forbrukerhensyn i statlig og kommunal politikk**

Balansen mellom statlig og kommunal styring har stort sett vært den samme de siste 15 årene. Endringene i alkoholloven i 1998 hadde innslag av sterkere statlig styring, blant annet gjennom innføring av nasjonale normal- og maksimaltider for salg og skjenking, mens endringene i 2004 innebar en styrking av den kommunale handlefriheten, blant annet gjennom å åpne for større spillerom i delegasjonsmyndigheten knyttet til bevillingssystemet (Ot.prp. nr. 86 (2003–2004)).

I praktisk politikk er det samlet sett grunnlag for å hevde at alkoholpolitikken har blitt liberalisert de siste 15 årene, både på nasjonalt og kommunalt nivå. De alkoholpolitiske virkemidlene blir i mindre grad enn tidligere brukt til å begrense tilgjengeligheten. Både Vinmonopolet og det kommunale bevillingssystemet har derimot blitt brukt til å sikre en bedre tilgjengelighet av alkohol i befolkningen. Slik sett har forbruker- og næringsmessige hensyn vunnet terreng både i statlig og kommunal alkoholpolitikk.

Denne utviklingen har stort sett hatt støtte i befolkningen. Det har over lengre tid vært et økende ønske om en mer liberal politikk (Østhus, 2005). Det kan imidlertid spores en mulig forskyvning i folks holdninger til støtte for de regulatoriske tiltakene i den aktuelle perioden. Misnøyen med de restriktive tiltakene sank etter bl.a. innføring av selvbetjening og utbygging av vinmonopolutsalg på begynnelsen av 2000-tallet (Nordlund, 2007; Østhus, 2005), og undersøkelser de siste fem årene har vist en svak økning i støtte til de regulatoriske virkemidlene (Storvoll et al., 2010). Dette tas opp igjen nedenfor.

## **10.3 Kollektivet og individet**

Reduksjon av alkoholrelaterte skader er et hovedmål ved norsk alkoholpolitikk. I det følgende gjøres det rede for hvilke forebyggende strategier som er valgt for å nå dette målet. I hovedsak skilles det mellom kontrollpolitiske tiltak som berører befolkningen som helhet og tiltak som retter seg mer mot avgrensede problemområder og er tilpasset individer, grupper eller situasjoner.

I alle dokumenter som uttrykker politiske mål i alkoholpolitikken, fremheves det at totalforbruket av alkohol skal ned (Arbeids- og sosialdepartementet, 2005; Helsedirektoratet, 2010c; Ot.prp. nr. 7 (1996–1997); Sosialdepartementet, 2002). Målet om redusert forbruk settes i sammenheng med målet om å redusere det totale skadeomfanget av alkohol, og slik tydeliggjøres den overordnede strategien i alkoholpolitikken: Ved å redusere totalkonsumet vil en redusere skader. Denne strategien har sitt grunnlag i det som innen alkoholforskningen kalles totalkonsummodellen (Rossow, 2008). Den norske alkoholpolitikken bygger nettopp på denne modellen, og har utgjort det empiriske/teoretiske grunnlaget for de regulatoriske virkemidlene rettet mot totalforbruket.

I tillegg til regulatoriske virkemidler som tar utgangspunkt i totalkonsummodellen, tas det i alkoholpolitikken i bruk forebyggende tiltak som retter seg mot individer, grupper og situasjoner. Det dreier seg om ulike typer kampanjer, tiltak i skolen og tiltak rettet mot spesielle situasjoner eller overfor personer med forhøyet risiko. De retter seg ofte mot såkalt punktavhold og mot utvalgte grupper hvor risikoen for skader er større, for eksempel avhold under graviditet og i forbindelse med bil- og båttrafikk, eller de søker å fremme ulike holdninger, som for eksempel at en ikke skal kjøpe alkohol til mindreårige og at en skal være bevisst sitt alkoholbruk når det er barn til stede. I løpet av de siste 15 årene har myndighetene initiert en rekke slike typer av tiltak (for eksempel Arbeids- og sosialdepartementet, 2005; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Sosialdepartementet, 2002b).

Samlet sett har politikken gått i en retning hvor det har blitt mindre fokus på forebygging gjennom direkte regulering av tilgjengeligheten av alkohol, til fordel for forebyggende tiltak som advarer mot uheldige konsekvenser av alkoholbruk. Denne utviklingen handler grunnleggende sett om forholdet mellom staten og befolkningens betoning av individuell frihet, og om direkte kontroll med tilgjengeligheten bryter for langt inn i denne friheten. At staten i større grad enn tidligere oppfattes som en tilrettelegger for befolkningen heller enn en utøver av kontroll, er en tendens som er påpekt i forskning på politikk generelt (Sulkunen, 2009a). Det har betydning for hvorvidt kontrollpolitiske tiltak har støtte i befolkningen.

Forskningen viser imidlertid at det er de regulatoriske virkemidlene som har størst effekt på reduksjon av skade (Babor et al., 2010; Rossow et al., 2010). Det såkalte forebyggingsparadokset er her relevant (jf. Rose, 2001). Med det menes at til tross for at en relativt stor andel av de alkoholrelaterte skadene er konsentrert rundt en

mindre gruppe stordrikkere, er det «normalkonsumenten» som bærer størstedelen av skadene, og da særlig de akutte skadene. På den bakgrunn argumenteres det ofte med at det er mest skadeforebygging å hente på å rette tiltakene mot den vanlige forbruker (se også punkt 12.2).

På bakgrunn av forskning som viser at de regulatoriske virkemidlene er de mest effektive for å begrense det totale omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer, iverksatte Helsedirektoratet i 2004 en kampanje som skulle øke kunnskapen om- og støtten til denne typen tiltak (Rise et al., 2005). De har fulgt opp med bl.a. arbeid rettet mot media i de påfølgende årene (Storvoll et al., 2010). Opinionsundersøkelser i perioden 2005–2009 viser at et flertall av befolkningen synes alkohol er for dyrt og at vin bør selges i dagligvarebutikker (ibid.). Andelen ble riktignok redusert mot slutten av perioden, noe som kan indikere en økt oppslutning om de pris- og tilgjengelighetsreduserende virkemidlene, men denne endringen må også ses i sammenheng med at alkohol relativt sett var blitt billigere pga. økt kjøpekraft og noe mer tilgjengelig pga. blant annet flere salgs- og skjenkesteder. Samlet sett viste undersøkelsene i femårsperioden en svak økning i støtte til flere av de regulatoriske virkemidlene, men flertallet av de som svarte ville likevel ha alkohol både billigere og mer tilgjengelig. Slik sett kan en si at de kontrollpolitiske tiltakene i norsk alkoholpolitikk stadig er under press.

## 10.4 Oppsummering

Den nordiske modellen i alkoholpolitikken, med fokus på kontrollpolitiske tiltak, er samlet sett blitt svekket i perioden 1995–2009. Først og fremst i Finland, og noe mindre i Sverige og Norge. Bakgrunnen for dette kan ses i sammenheng med internasjonaliseringen av alkoholpolitikken som følge av EU og EØS-medlemskap. For Norges del medfører EØS-avtalen en rekke forpliktelser og et juridisk rammeverk som setter selvstendigheten til alkoholpolitikken på prøve. At politikken i større grad enn tidligere er rettsliggjort, er en av de viktigste konsekvensene av de styrkede båndene til EU-fellesskapet.

Det har ikke vært store omveltninger i forholdet mellom statlig og kommunal styring i alkoholpolitikken de siste 15 årene. Alkoholloven har vært gjennom to større revisjoner i løpet av perioden, men som grunnprinsipp står det lokale selvstyret fortsatt sterkt. Både på lokalt og nasjonalt plan preges den praktiske politikken av liberalisering, særlig med hensyn til at den fysiske tilgjengeligheten av alkohol er økt. Det har foregått en kraftig utbygging av vinmonopolutsalg og overgangen til



selvbetjening viser en forbrukerorientert dreining av monopolordningen. Antall kommunale skjenkebevillinger har også økt i perioden, og en stadig økende andel av bevillingene har omfattet skjenking av brennevin. Videre har åpningstidene for salg og skjenking av alkohol blitt utvidet i mange kommuner.

Prisene på alkohol har i hovedsak fulgt konsumprisindeksen de siste 15 årene. På grunn av økt kjøpekraft trenger man imidlertid å bruke en stadig mindre andel av lønnen for å kjøpe samme mengde alkohol. Slik sett har noe av effekten av avgiftene blitt redusert.

Den økte fysiske tilgjengeligheten gjenspeiler at de regulatoriske virkemidlene for forebygging av alkoholrelaterte skader er svekket. Politikken har med andre ord dreid i en retning hvor de kollektivt rettede tiltakene har fått mindre betydning. Til gjengjeld satses det på forebyggende tiltak som retter seg mot individer og grupper en vet er særlig utsatt for skader, eller situasjoner der skader lett kan oppstå. Slike tiltak dreier seg oftest om å påvirke atferd gjennom informasjon og holdninger, og griper ikke på samme måte direkte inn i folks mulighet til å velge når, hvor og hva de skal drikke.

# 11 Alkoholkonsum

*Ståle Østhus, Elin K. Bye & Elisabet E. Storvoll*

I dette kapitlet beskriver vi alkoholbruken i den norske befolkningen, med hovedvekt på utviklingen fra 1995 og fram til i dag. Vi ser både på *hvor mye* og *hvordan* folk drikker, siden begge deler har betydning for de sosiale og helsemessige konsekvensene av alkohol (jf. kap. 12). I tillegg til å beskrive utviklingen i befolkningen generelt, ser vi på utviklingen i ungdomsbefolkningen spesielt. Videre ser vi på ulike undergrupper inndelt etter kjønn, alder og utdanningsnivå. Situasjonen i Norge ses dessuten i forhold til situasjonen i andre europeiske land.

## 11.1 Indikatorer og datakilder

For å beskrive utviklingen i alkoholbruk i den aktuelle perioden brukes både omsetningstall og data fra spørreundersøkelser. I Norge har vi *tall på omsetning* av alkoholholdige drikker helt tilbake til 1851 (<http://www.ssb.no/emner/10/10/10/alkohol/>). Disse benyttes til å beskrive utviklingen i det registrerte konsumet over tid, og til å se utviklingen i Norge i forhold til utviklingen i andre europeiske land. Kunnskap om det registrerte forbruket er imidlertid verken tilstrekkelig for å beskrive hvor mye eller hvordan folk drikker. Det skyldes for det første at det drikkes en god del alkohol som ikke omsettes gjennom kanaler hvor produksjon og/eller omsetning blir registrert. Dette gjelder blant annet alkohol fra hjemmeproduksjon, smugling, tax-free og handel i utlandet. For det andre sier omsetningstall ingenting om hvordan det drikkes og hvordan konsumet er fordelt i ulike sosiale grupper. De viktigste kildene til informasjon om slike forhold er *spørreundersøkelser*, hvor man spør et antatt representativt utvalg av befolkningen om hvordan de skaffer til veie den alkoholen de drikker og om deres drikkevaner.

Vi baserer oss i hovedsak på nye analyser av data fra fire sett med spørreundersøkelser. Statistisk Sentralbyrås (SSB) *Helse- og levekårsundersøkelser* i perioden 1995–2008 brukes til å beskrive hvor mange som drikker, hvor ofte de drikker og forekomst av høykonsumsituasjoner (Wilhelmsen, 2009). SIRUS'

jevnlige undersøkelser om *befolkningens drikkevaner* fra perioden 1994–2009 brukes til å beskrive drikkemønsteret etter drikkesort (Horverak & Bye, 2007). Disse datakildene er basert på utvalg av befolkningen som er henholdsvis 16 år og eldre og 15 år og eldre, og samlet gir de mye informasjon om hvordan den totale befolkningen og ulike undergrupper drikker.

Vi benytter oss også av data fra to sett av undersøkelser som fokuserer på drikkemønsteret blant ungdom. Det ene er SIRUS' *årlige landsomfattende undersøkelser blant ungdom* i alderen 15–20 år som ble gjennomført frem til 2008 (Vedøy og Skretting, 2009). Det andre er undersøkelser som jevnlig gjennomføres blant ungdom i tiende klasse (15–16-åringer) som et ledd i *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (Hibell et al., 2009). Vi benytter her data fra 1995 til 2007. Disse datasettene gir til sammen mye informasjon om hvordan norsk ungdom drikker, og hvordan bildet ser ut her i landet sammenlignet med i andre europeiske land.

Det vil også være knyttet usikkerhet til beregninger basert på denne typen undersøkelser. For det *første* er de som deltar i studiene ofte ikke representative for hele befolkningen eller den aldersgruppen en ønsker å si noe om. Dette kan dels skyldes at (a) de som blir spurt om å delta i utgangspunktet tilhører en selektert gruppe som for eksempel skoleelever og at (b) relativt mange av de som blir spurt om å delta ikke gjør det. ESPAD-undersøkelsene er foretatt blant skoleelever. Siden relativt få har falt ut av skolen på ungdomstrinnet, kan man imidlertid anta at de som går der er tilnærmet representative for sin aldersgruppe. De øvrige utvalgene er trukket fra den generelle befolkningen. Når det gjelder problemene knyttet til frafall, er disse mindre i SSBs Helse- og levekårsundersøkelser og ESPAD-undersøkelsene enn i de to andre undersøkelsene. Disse datasettene er imidlertid beheftet med andre problemer: Helse- og levekårsundersøkelsen benytter få og relativt grove mål på alkoholbruk, mens ESPAD-undersøkelsene dekker kun ett klassetrinn (10. kl.). En har sett en generell tendens til synkende responsrater på denne typen undersøkelser de siste årene (se for eksempel Vedøy og Skretting, 2009). Dette gjelder også for Helse- og levekårsundersøkelsene. Siden man kan frykte at de som drikker aller mest, sjeldnere deltar i slike undersøkelser enn andre, kan dette ha ført til at det er vanskelig å fange opp økningen i totalkonsum over tid med denne typen studier.

For det *andre* vil det trolig forekomme en ikke ubetydelig underrapportering når man spør om hvordan folk drikker, særlig med hensyn til mindre sosialt aksepterte

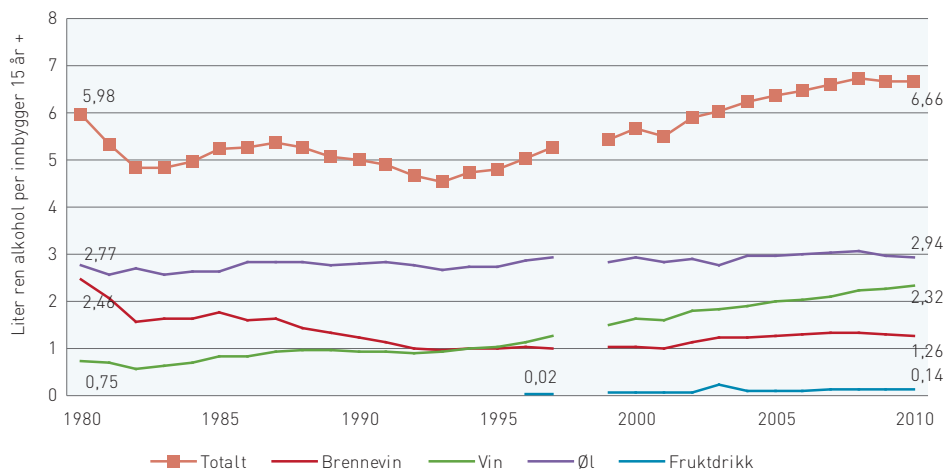
forhold som beruselse og høykonsumsituasjoner. Det er imidlertid vanskelig å vite om denne tendensen har endret seg over tid. På den ene siden kan man tenke seg at folk er mindre tilbøyelig til å underrapportere slik atferd i perioder hvor det drikkes relativt mye. På den andre siden kan terskelen for når man opplever at man er tydelig beruset øke i perioder hvor kulturen er «fuktig».

## 11.2 Alkoholomsetning

Den registrerte omsetningen av alkohol har økt i Norge siden 1993 da den var på det laveste nivået på mange år. Vi skal helt tilbake til slutten av 1960-tallet for å finne like lave omsetningstall. I den perioden vi ser på her, altså fra 1995 og fram til 2010, har omsetningen økt med 40 prosent, fra 4,8 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over til 6,7 liter (Edland-Gryt, 2011). Dette skyldes særlig en kraftig økning i vinsalget, en trend som startet allerede på 1980-tallet (jf. figur 4). Brennevinssalget derimot, sank utover 1980-tallet, og var på et relativt lavt nivå gjennom hele 1990-tallet, før det igjen steg litt etter årtusenskiftet. Ølsalget per innbygger har vært nokså stabilt siden 1980, og har i hele perioden dominert alkoholomsetningen. Mens man fram til begynnelsen av 1990-tallet kjøpte mer brennevin enn vin, målt i ren alkohol, har vinsalget siden midten av 1990-tallet vært større enn brennevinsalget. Salget av alkoholholdige fruktdrikker («rusbrus») har økt noe fra disse ble introdusert på det norske markedet i 1996, men utgjør en meget liten del av det samlede alkoholforbruket. For en mer detaljert fremstilling av endringene i omsetning av alkohol fram til 2010 vises det til Edland-Gryt (2011).

Når det gjelder vinomsetningen, så har den ikke bare økt i perioden, det har også vært en dreining fra salg av vin på flaske til såkalt pappvin (bag-in-box vin). Pappvinen ble lansert i 1988, og allerede etter to år utgjorde den 20 prosent av det totale vinsalget. I løpet av de neste 20 årene har pappvinen fortsatt å øke sin andel av vinsalget, og i 2009 utgjorde den 55 prosent av den totale vinomsetningen. Mens salget av vin på flaske har økt med 8,2 millioner vareliter i perioden 1990–2009, har salget av pappvin økt med 28,4 millioner vareliter i samme periode (Rossow, 2010).

**Figur 4: Alkoholomsetning i liter ren alkohol per innbygger 15 år og over, 1980–2010 (salgsdata fra 1998 er ikke tilgjengelig).**



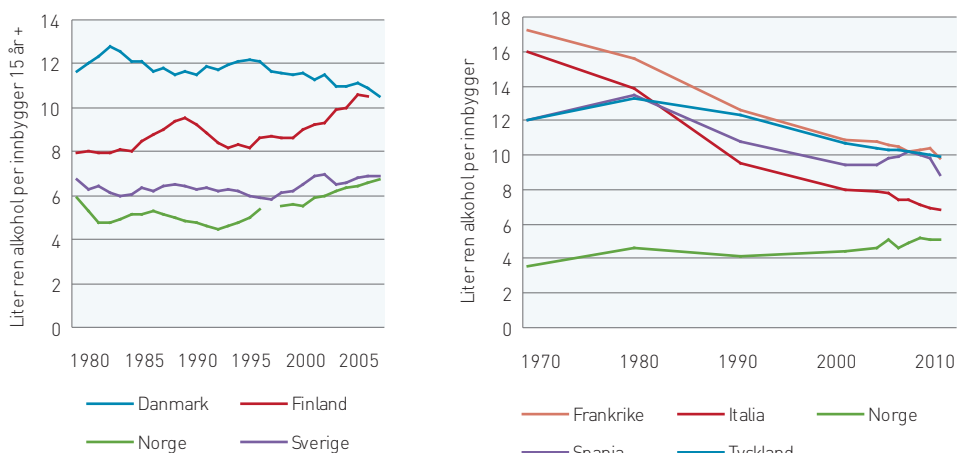
Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Det er naturlig å se den betydelige økningen i alkoholomsetning i Norge i perioden 1995–2010 i sammenheng med at alkohol er blitt relativt billigere i forhold til kjøpekraften. Samtidig kan også økt tilgjengelighet av alkohol ha hatt en viss betydning. Det er i første rekke vinomsetningen som har stått for denne økningen, og det kan være flere mulige forklaringer på dette. Med vin på bag-in-box kan det tenkes at det både skapes flere drikkeanledninger og at det drikkes mer per gang (Rossow, 2010), og vinjournalistikken har åpenbart betydning for etterspørsel etter spesifikke viner som anbefales (Horverak, 2009).

Alkoholomsetningen per innbygger er lavere i Norge enn i de andre nordiske landene. Norge har også lavere alkoholomsetning per innbygger enn de andre landene i Europa (Edland-Gryt, 2011). Det har vært til dels dramatiske endringer i nivået på alkoholomsetningen i flere av de europeiske landene de siste tiårene (jf. figur 5). I de store vinproduserende landene, som tradisjonelt har hatt et høyt alkoholforbruk, har det siden 1970-tallet vært et markert fall i alkoholomsetningen. I de nordiske landene, som tradisjonelt har hatt et lavt alkoholforbruk, har omsetningen derimot økt, med den følge at forskjellen mellom landene har blitt mindre. I Norden har Norge, Sverige, Færøyene, og Island vært de landene som tradisjonelt har hatt lavest alkoholomsetning, og disse landene har hatt markert lavere omsetning enn Danmark og Grønland (Edland-Gryt, 2011). Finland skiller

seg ut ved å ha hatt en kraftig økning i alkoholforbruket; fra å være blant landene med lavest alkoholomsetning er de nå blant de med høyest (jf. figur 5). Det er rimelig å se det tradisjonelt lave alkoholkonsumet her i Norge i lys av den omfattende bruken av restriktive alkoholpolitiske virkemidler (Brand et al., 2007).

**Figur 5: Alkoholomsetning i Norge og i utvalgte nordiske land (per innbygger 15 år+), 1980–2008 (venstre figur) og i Norge og i utvalgte europeiske land (per innbygger), 1970–2009 (høyre figur).**



Merk: Tallene i den venstre figuren er omsetning per innbygger over 15 år, mens tallene i den høyre figuren er omsetning per innbygger.

Kilde: Nomesco – Yearbook of Nordic Statistics og British Beer & Pub Association, Statistical Handbook

For å få et mer realistisk bilde av det totale alkoholforbruket i befolkningen, må en i tillegg til å se på omsetningstallene også trekke inn det uregistrerte konsumet. Beregninger basert på spørreundersøkelser kan tyde på at omkring halvparten av alt brennevinet som drikkes her i landet kommer fra uregistrerte kilder, slik som privatimport, smugling eller hjemmebrenning (Horverak et al., 2001; Nordlund, 2003). Til sammenlikning kan vi anta at det uregistrerte forbruket av øl er ubetydelig, mens privatimporten av vin ble anslått til å stå for rundt 20 prosent av det samlede vinkonsumet i 2002 (Nordlund, 2003). Det er selvsagt vanskelig å si noe eksakt om størrelsen på det uregistrerte konsumet, og dermed totalkonsumet. Hvis man tar utgangspunkt i beregningene over, kan det imidlertid se ut til at totalkonsumet ligger på i overkant av 8 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over.

Mens forbruket av hjemmebrent, hjemmeprodusert vin og smuglersprit ser ut til å ha gått ned i perioden 1994–2004, ser forbruket av alkohol fra tax-free- og grensehandelen ut til å ha gått opp (Horverak & Bye, 2007). Også beregninger gjort av Nordlund (2003) tyder på at tax-free- og grensehandelen (først og fremst med Sverige) med alkohol økte fra midten av 1990-tallet og frem til 2002. Nordmenn reiser stadig mer utenlands, og beregninger fra SSB og SIRUS tyder på at grensehandelen med Sverige har økt ytterligere etter årtusenskiftet (Lavik og Nordlund, 2009; <http://www.ssb.no/grensehandel>). Selv om mat er den varegruppen som står for den største andelen av grensehandelen (50 prosent), kjøpte nordmenn i 2009 øl, vin og brennevin for omtrent 1,4 milliarder NOK. Alkohol sto for over 14 prosent av den totale grensehandelen dette året, og var på omtrent samme nivå som grensehandelen med tobakksvarer (15 prosent).

## 11.3 Drikkevaner i ulike sosiale grupper

Alkoholkonsumet har, som vi har sett, økt betydelig i Norge i perioden 1995–2010. I det følgende vil vi se på data fra ulike spørreundersøkelser for å belyse utviklingen i alkoholbruk og drikkemønster i forskjellige undergrupper, inndelt etter kjønn, alder og utdanning. Først ser vi på utviklingen i befolkningen generelt, deretter på utviklingen i ungdomsbefolkningen spesielt.

### 11.3.1 Drikkevaner blant kvinner og menn

Tall fra Helse- og levekårsundersøkelsene tyder på at det har vært en økning både i andelen som drikker alkohol (andelen som har drukket siste 12 måneder) og i drikkefrekvens (hvor ofte man drikker) siden midten av 1990-tallet.

Generelt ser vi at menn drikker oftere enn kvinner. En stabil tendens gjennom hele perioden har vært at det er flere menn enn kvinner som oppgir å drikke alkohol, men hvis vi sammenligner situasjonen i 1995 og 2008, økte andelen som oppga å drikke, noe mer blant kvinner (fra 79 prosent til 86 prosent) enn blant menn (fra 88 prosent til 92 prosent). Andelen som drikker alkohol flere ganger i måneden eller oftere, økte omtrent like mye blant kvinner (fra 40 prosent til 56 prosent, jf. figur 6) og menn (fra 57 prosent til 72 prosent), mens andelen som drikker flere ganger i uken eller oftere økte litt mer blant menn (fra 16 prosent til 27 prosent) enn kvinner (fra 8 prosent til 16 prosent).

I følge SIRUS' jevnlige befolkningsundersøkelser i perioden 1994 til 2009, drikker menn oftere øl og brennevin enn det kvinner gjør, og de drikker mer per gang av

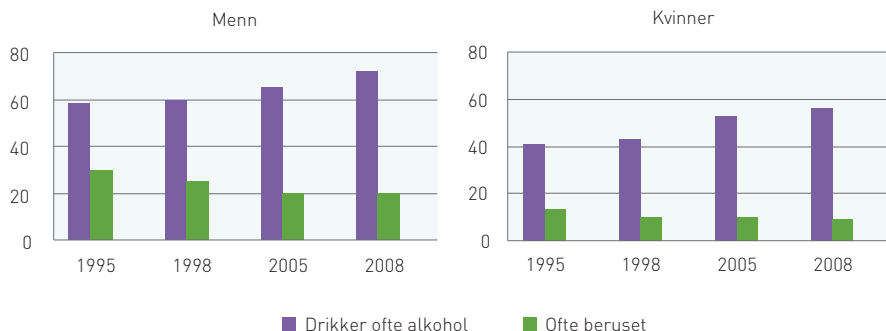
begge sorter. Når det gjelder vin, var det ingen kjønnsforskjeller i drikkefrekvens i begynnelsen av perioden, men mot slutten av perioden er det en tendens til at kvinner drikker vin litt oftere enn det menn gjør. Menn og kvinner oppgir å drikke omtrent like mye vin per gang.

Det er også vanligere å drikke store mengder alkohol per gang blant menn enn det er blant kvinner. I Helse- og levekårsundersøkelsene er det to mål på høykonsum (1) «drukket 6 drinker eller mer på en kveld, som tilsvarer 4 halvliters pils eller 1/1 flaske vin» (dvs. seks alkoholenheter) og (2) «drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset». Når vi i det følgende oppgir andelen som drikker en viss mengde alkohol, eller drikker så mye at de føler seg tydelig beruset, refererer vi til andelen i hele utvalget og ikke kun blant de som oppgir å drikke alkohol. I undersøkelsene fra 2005 og 2008 var det over dobbelt så mange menn (26 prosent) som kvinner (11 prosent) som oppga at de drakk seks alkoholenheter flere ganger i måneden. Andelen som oppga at de drakk seg tydelig beruset flere ganger i måneden, var også betydelig høyere blant menn (20 prosent) enn blant kvinner (9 prosent).

Figur 6 viser andelen av respondentene som oppga at de hhv. drikker alkohol og drikker seg tydelig beruset flere ganger i måneden. I begynnelsen av perioden oppga 24 prosent av mennene at de drakk seg tydelig beruset flere ganger i måneden, mens dette gjaldt for 20 prosent på siste måling. Blant kvinnene var andelen tilnærmet stabil, og lå på 9 prosent. Som vi allerede har vært inne på, gikk andelen som oppga at de drikker flere ganger i måneden, opp blant begge kjønn. Det er altså en klar tendens til at økningen i egenrapportert drikkefrekvens ikke er fulgt av en tilsvarende økning i egenrapporterte beruselsesepisoder. Undersøkelsene kan med andre ord tyde på at perioden har vært preget av en tilvekst av moderate alkoholkonsumenter og/eller en tilvekst av moderate drikkesituasjoner. Her må man også ta høyde for at synet på beruselse kan ha endret seg i perioden. Som nevnt under pkt. 11.1, kan man kanskje forvente at terskelen for hva som oppleves som tydelig beruset er høyere i perioder hvor det drikkes relativt mye enn i perioder hvor det drikkes mindre. På den andre siden, kan man tenke seg at folk er mindre tilbøyelig til å underrapportere slik atferd i perioder hvor kulturen er relativt «fuktig».



**Figur 6: Andel av respondentene som oppgir at de ofte (dvs. flere ganger i måneden) hhv. drikker alkohol og drikker så mye at de føler seg tydelig beruset, etter kjønn.**



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kort oppsummert, selv om disse undersøkelsene kan tyde på at andelen som drikker alkohol har økt litt mer blant kvinner enn blant menn, er hovedbildet fortsatt at menn drikker langt oftere og mer per gang enn det kvinner gjør. At den observerte økningen i drikkefrekvens ikke har vært fulgt av en tilsvarende økning i høykonsum- og beruselsesepisoder, kan dels henge sammen med at det særlig er vinkonsumet som har økt i perioden. Tidligere beregninger har vist at i situasjoner der vin er hoveddrikk, er det langt mindre vanlig å drikke seg beruset enn det er i situasjoner der øl eller brennevin er hoveddrikk (Horverak og Bye, 2007). Dette må imidlertid ikke forstås slik at folk drikker seg sjeldnere beruset i situasjoner der vin er hoveddrikken *fordi* de drikker vin. Det kan like gjerne være slik at uansett hva de drikker, vil de som foretrekker vin drikke seg sjeldnere beruset enn de som foretrekker øl eller brennevin. Det kan også tenkes at vin oftere drikkes i sammenhenger der det er mindre akseptert å drikke seg beruset.

### 11.3.2 Drikkevaner i ulike aldersgrupper

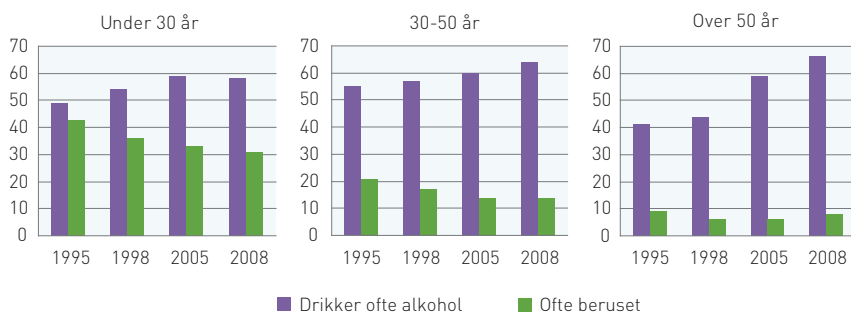
Tradisjonelt har vi sett at unge voksne og middelaldrende drikker oftere og mer enn eldre, men noen av disse forskjellene ser ut til å ha blitt utjevnet i senere år. Ifølge Helse- og levekårsundersøkelsene var det størst økning i både andelen som drikker og som drikker relativt ofte i aldersgruppen over 50 år. I denne gruppen økte andelen som oppga at de drikker alkohol flere ganger i måneden eller oftere, fra 41 prosent i 1995 til 66 prosent i 2008, og er nå på samme nivå som i aldersgruppen 30–50 år (64 prosent) og noe høyere enn blant personer under 30 år (58 prosent) (jf. figur 7). Dette er spesielt interessant tatt i betraktning at personer over 50 år var en gruppe som tidligere drakk betydelig sjeldnere enn yngre aldersgrupper. For eksempel var andelen som oppga å ikke drikke alkohol mer enn

dobbelt så høy blant personer over 50 år som i yngre aldersgrupper i begynnelsen av perioden.

Et drikkemønster preget av beruselse og høyt konsum er likevel langt mer utbredt i yngre enn i eldre aldersgrupper. I 2008 oppga 30 prosent av respondentene under 30 år at de flere ganger i måneden drakk seks alkoholenheter eller mer per gang, en andel som er omtrent dobbelt så stor som i aldersgruppen 30–50 år (14 prosent) og nesten fire ganger så stor som blant personer over 50 år (8 prosent).

Figur 7 viser utviklingen fra 1995 og frem til 2008 når det gjelder andelen som oppgir at de drikker ofte (dvs. flere ganger i måneden) og drikker seg tydelig beruset ofte (dvs. flere ganger i måneden). Som vi har vært inne på, har det vært en økning i drikkefrekvensen i alle aldersgrupper. Denne økningen har ikke vært fulgt av en tilsvarende økning i egenrapporterte beruselsesepisoder. Sammenliknet med middelaldrende og eldre, er drikkemønsteret i den yngste aldersgruppen (personer under 30 år) gjennom hele perioden i større grad preget av at det er vanligere å drikke mye når man først drikker.

**Figur 7. Andel av respondentene som oppgir at de ofte (dvs. flere ganger i måneden) hhv. drikker alkohol og drikker så mye at de føler seg tydelig beruset, etter alder.**



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Ifølge SIRUS' befolkningsundersøkelser drikker personer over 50 år mindre per gang av alle drikkesorter enn personer i yngre aldersgrupper, og de drikker også øl betydelig sjeldnere. Vinkonsumet har økt kraftig blant personer over 50 år i løpet av perioden 1994–2009. I begynnelsen av perioden drakk personer i denne aldersgruppen vin sjeldnere enn de drakk øl, og de drakk også vin sjeldnere enn det som var vanlig i de yngre aldersgruppene. Nå drikker personer over 50 år vin

oftere enn man gjør i yngre aldersgrupper, og vin har også erstattet øl som den mest foretrukne drikkesorten. Tilsvarende tendens er ikke like synlig i de andre aldersgruppene.

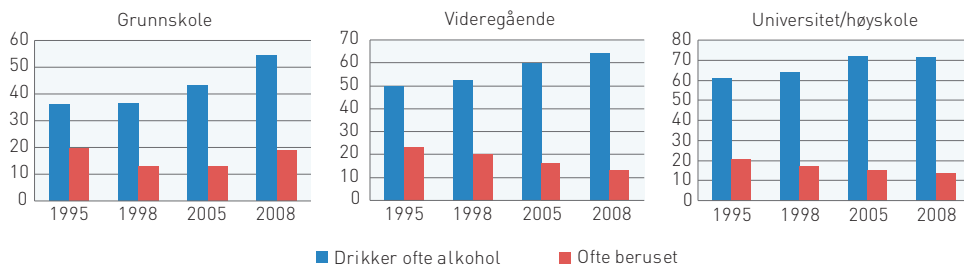
Kort oppsummert, tyder disse studiene på at andelen som drikker alkohol flere ganger i måneden eller oftere har økt i alle aldersgrupper, og at denne økningen har vært særlig sterk blant de over 50 år. Denne gruppen ligger nå på omtrent samme nivå som de andre aldersgruppene. Det er særlig vinkonsumet som ser ut til å ha økt blant de eldste. Det er flere mulige forklaringer på økningen i drikkefrekvens blant dem over 50 år; – det kan være at de som nå er eldre (over 50 år), alltid har drukket oftere (en kohorteffekt), og det kan være at man drikker oftere jo eldre man blir og med endrede livsfaser (en alders- eller livsfaseeffekt). Begge forklaringene er sannsynlige (se også Horverak & Bye, 2007: 104–118). Andelen som oppgir at de ofte drikker seg tydelig beruset har vært relativt stabil gjennom hele perioden. Dette gjaldt på tvers av aldersgruppene.

### **11.3.3 Drikkevaner i ulike utdanningsgrupper**

I mange land er det en tendens til at høyt utdannede drikker oftere, men mindre per gang, enn folk med lavere utdanning (Bloomfield et al., 2006). Helse- og levekårsundersøkelsene tyder også på at det er flere som drikker alkohol, og flere som drikker alkohol relativt ofte, blant høyt utdannede enn blant lavt utdannede. For eksempel var andelen som i 2008 oppga at de drikker alkohol flere ganger i måneden eller oftere, henholdsvis 55, 64 og 71 prosent om vi går fra den laveste til den høyeste utdanningsgruppen (jf. fig. 6). Andelen som oppga at de drikker seks alkoholenheter eller mer flere ganger i måneden, var derimot høyere blant personer uten utdanning utover grunnskolen (22 prosent) enn blant personer med videregående skole (17 prosent) og personer med universitets- eller høyskoleutdanning (16 prosent). Vi ser tilsvarende tendens for beruselsesfrekvens (jf. fig. 6).

I perioden 1995–2008 er det blant personer med grunnskoleutdanning vi finner den sterkeste økningen i både andelen som drikker alkohol (fra 72 prosent til 83 prosent) og som drikker flere ganger i måneden (fra 36 prosent til 55 prosent, jf. figur 8). Det er rimelig å se disse tendensene i sammenheng med at alder og utdanningsnivå henger sammen. Sammenliknet med de andre aldersgruppene, er det i aldersgruppen over 50 år en betydelig lavere andel som har universitets- eller høyskoleutdanning og en høyere andel som kun har grunnskoleutdanning. Trendene i drikkefrekvens etter utdanningsnivå speiler derfor, i hvert fall til dels, noe av det samme som vi har sett med hensyn til trender for ulike aldersgrupper.

**Figur 8. Andel av respondentene som oppgir at de ofte (dvs. flere ganger i måneden) hhv. drikker alkohol og drikker så mye at de føler seg tydelig beruset, etter høyeste utdanning.**



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Ifølge befolkningsundersøkelsene fra SIRUS er tendensen til at høyt utdannede drikker oftere enn folk med lavere utdannelse særlig tydelig for vin, men gjelder også for øl (men i liten grad for brennevin). Økningen i vinkonsum ser ut til å ha skjedd i alle utdanningsgrupper.

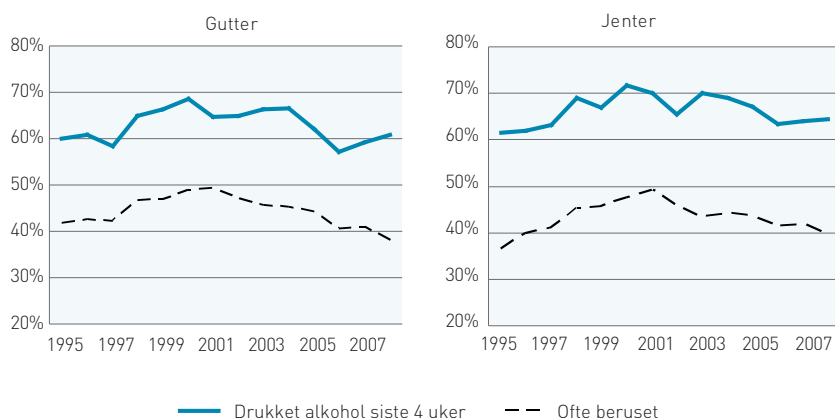
## 11.4 Drikkevaner blant ungdom

Ungdommens drikkevaner er et tema som både forskere og politikere lenge har viet spesiell interesse (se for eksempel Berg & Bretteville-Jensen, 2005; Skretting & Bye, 2003; Vedøy & Skretting, 2009). Som vist ovenfor (punkt 11.3.2) peker også unge mennesker seg ut som en gruppe som har et drikkemønster som i stor grad er preget av høyt konsum per gang og med et stort innslag av beruselse.

Ifølge de landsdekkende ungdomsundersøkelsene fra SIRUS har det store flertallet (omtrent 80 prosent) i aldersgruppen 15–20 år drukket alkohol siste år, og det har ikke vært store endringer i denne andelen i perioden 1995–2008. ESPAD-undersøkelsene viser at andelen som har drukket alkohol også er høy (60 prosent) blant 15–16-åringene, til tross for at det i Norge er 18 års aldersgrense for kjøp av alkohol. Gjennomsnittsalderen for første gangs bruk har vært omtrent uendret i perioden, og ligger på i underkant av 15 år i aldersgruppen 15–20 år. Øl er den drikkesorten som ungdom drikker mest av, fulgt av brennevin. Blant ungdom er det noe vanligere å drikke alkohol blant jenter enn det er blant gutter, men det er små kjønnsforskjeller med hensyn til hvor ofte man drikker. Gutter drikker imidlertid vanligvis mer per gang enn jenter (Vedøy og Skretting, 2009).

Figur 9 viser utviklingen i andelen ungdom i alderen 15–20 år som oppgir å ha drukket alkohol siste fire uker og andelen som oppgir at de har vært tydelig beruset mer enn fire ganger i løpet av siste seks måneder. Om vi ser perioden under ett, har omfanget vært relativt stabilt, men det var en topp i både drikkefrekvens og beruselsesfrekvens rundt årtusenskiftet. Dette gjaldt for både gutter og jenter. Data viser også at drikkefrekvens og beruselsesfrekvens i hovedsak følger samme mønster: når andelen som oppgir å drikke i løpet av siste fire uker går opp, går også andelen som oppgir å drikke seg beruset mer enn fire ganger i løpet av siste seks måneder opp. For en mer utfyllende beskrivelse av drikkevanene blant norsk ungdom vises det til Vedøy og Skretting (2009).

**Figur 9. Andel som oppgir å ha drukket alkohol i løpet av siste fire uker og andel som oppgir å ha vært beruset mer enn fire ganger i løpet av siste seks måneder blant 15–20-åringene i perioden 1995–2008, etter kjønn.**

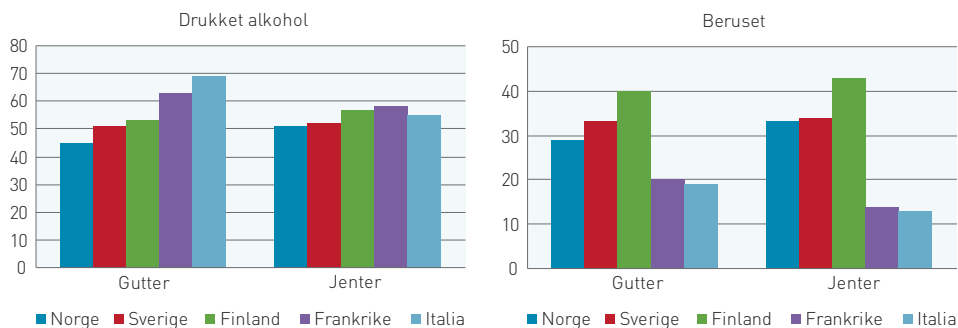


Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning (vektede tall).

ESPAD-undersøkelsene gir gode muligheter til å sammenligne drikkemønsteret blant norsk ungdom med drikkemønsteret blant ungdom i andre europeiske land (se også Hibell et al., 2009). Som vi kan se av figur 10, er det for eksempel betydelig vanligere å drikke alkohol jevnlig blant 15–16-åringene i Frankrike og Italia enn i Norge. Andelen som drikker relativt ofte er også noe høyere i Sverige og Finland enn den er i Norge. Dette mønsteret er spesielt tydelig for gutter, men tilsvarende tendens, kan også ses hos jenter. Samtidig er det en klar tendens til at andelen som drikker seg jevnlig beruset er betydelig lavere i eksempelvis Frankrike og Italia enn

den er i de nordiske landene. Mønsteret mht. kjønnsforskjeller varierer også mellom de ulike landene. I Norge, Sverige og Finland drikker jenter alkohol like ofte, eller oftere, enn gutter, og i disse landene er det også nesten like vanlig eller vanligere å drikke seg jevnlig beruset blant jenter som blant gutter. I Frankrike og Italia drikker gutter oftere enn jenter, og det er også mindre vanlig at jenter drikker seg beruset enn at gutter gjør det. Den sterke sammenhengen mellom alkoholbruk og beruselse blant ungdom ser altså i stor grad ut til å være et norsk eller nordisk fenomen (se også Järvinen og Room, 2007).

**Figur 10. Andel gutter og jenter i alderen 15–16 år som oppgir at de har drukket alkohol (venstre figur) eller vært tydelig beruset (høyre figur) i løpet av siste 30 dager i utvalgte europeiske land. Gjennomsnittstall basert på årene 1995, 1999, 2003 og 2007.**



Kilde: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD).

Kort oppsummert, så tyder SIRUS' landsdekkende ungdomsundersøkelser på at ungdoms drikkefrekvens økte frem mot årtusenskiftet, for deretter å synke noe igjen. Dette stemmer overens med den utviklingen man har sett blant de norske deltakerne i ESPAD-undersøkelsene (Hibell et al., 2009). Til tross for at man kan se en tendens til nedgang i ungdoms alkoholbruk de siste årene, er det gode grunner til å være spesielt oppmerksom på denne gruppen i politikktutforming. Som vi har sett er det nær sammenheng mellom drikking og beruselse blant de yngste, og det er godt dokumentert at episoder med akutt beruselse og høyt konsum har store sosiale og helsemessige konsekvenser for både individet selv, nære omgivelser og samfunnet som helhet (se også Storvoll et al., 2010; Rossow et al., 2010).

## 11.5 Oppsummering

Alkoholomsetningen økte betydelig i Norge i perioden 1995–2010, fra 4,8 til 6,7 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over. Dette utgjør en økning på 40 prosent. Økningen reflekterer langt på vei en kraftig økning i vinomsetningen. Også når man tar høyde for det uregistrerte alkoholkonsumet, har alkoholkonsumet økt betydelig i Norge i den aktuelle perioden.

Jevnlige spørreundersøkelser i befolkningen siden midten av 1990-tallet tyder på at det både har vært en økning i andelen som drikker alkohol og i andelen som drikker relativt ofte. Andelen som rapporterer at de ofte drikker seg tydelig beruset har imidlertid vært nokså stabil. At økningen i drikkefrekvens ikke ble fulgt av en tilsvarende økning i andelen som ofte drikker seg beruset, må dels ses i sammenheng med at en stor del av økningen i alkoholkonsumet kan tilskrives økt konsum av vin. Befolkningsundersøkelsene tyder dessuten på at veksten i alkoholbruk har vært særlig sterk blant personer over 50 år, og i denne gruppen er beruselsesdrikking mindre utbredt.

Undersøkelser blant norske tenåringer tyder på at alkoholbruken blant de yngste konsumentene økte frem mot årtusenskiftet, for deretter å synke noe igjen. Drikkefrekvensen er imidlertid fortsatt betydelig i denne gruppen, og det er en nær sammenheng mellom drikking og beruselse. Dette er derfor en gruppe det fremdeles er grunn til å ha et særskilt fokus på.

# 12 Alkoholrelaterte skader og problemer

*Elisabet E. Storvoll & Ingeborg Rossow*

I forrige kapittel så vi at alkoholkonsumet i Norge økte betydelig i perioden 1995–2010. Her beskriver vi utviklingen i omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer innenfor samme tidsperiode. Generelt sett kan man si at jo høyere alkoholkonsumet er i befolkningen, jo flere høykonsumenter og risikofylte drikkesituasjoner er det, og jo større vil omfanget av alkoholrelaterte skader forventes å være (Rossow, 2008). Omfanget av ulike typer skader og problemer avhenger imidlertid også av måten det drikkes på. Et drikkemønster preget av beruselsesdrikking øker risikoen for skader og problemer, og da særlig akutte skader/problemer (Babor et al., 2010). Før vi beskriver utviklingen i skadeomfang de siste femten årene, og diskuterer hvordan denne henger sammen med utviklingen i konsumet, vil vi kort si litt om hvilke skader og problemer som ofte relateres til bruk av alkohol og hvilke indikatorer og datakilder vi bruker for å beskrive omfanget. For en sammenligning av omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer og omfanget av narkotikarelaterte skader og problemer, vises det til kap. 7.

## 12.1 Et mangfoldig skadepanorama

Alkoholrelaterte skader og problemer beskrives ofte langs to dimensjoner: de helsemessige versus de sosiale skadene/problemene og de akutte versus de kroniske skadene/problemene (se for eksempel Babor et al., 2010). I tillegg kan det være hensiktsmessig å skille mellom skader/problemer som kan tilskrives egen drikking og de som kan tilskrives andres drikking (også kalt tredjepartsskader).

De *helsemessige skadene* av alkohol er godt dokumentert (se for eksempel Andersen & Baumberg, 2006; Babor et al., 2010; Rehm et al., 2003; Rehm et al., 2010), og alkohol er en viktig risikofaktor for om lag 60 ulike sykdommer som – i varierende grad – kan tilskrives alkoholbruk (Babor et al., 2010). Noen av sykdommene/



skadene kan i sin helhet tilskrives alkoholbruk (som for eksempel alkoholavhengighet, akutt alkoholforgiftning og føtalt alkoholsyndrom). Men, de fleste sykdommene/skadene hvor alkohol er en viktig risikofaktor, vil være betinget av flere ulike risikofaktorer. I disse tilfellene vil bare en viss andel av sykdoms- eller skadetilfellene kunne tilskrives alkoholbruk (for eksempel ulike kreftformer, depresjon, ulykker og vold).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet betydningen av ulike risikofaktorer – deriblant alkoholbruk, tobakksbruk og narkotikabruk – for sykdomsbyrden i befolkningen. I de siste beregningene ble alkohol rangert som den nest viktigste risikofaktoren (etter tobakk) for tap av friske leveår i høyinntektsland (WHO, 2009). Det er ikke utført slike beregninger for Norge spesielt, men samlet for Europa. Her ble det anslått at 11,6 prosent av de tapte friske leveårene kunne tilskrives alkoholbruk (Rehm et al., 2009). Ettersom disse anslagene også omfatter østeuropeiske land som har et høyt alkoholkonsum og risikofylt drikkemønster, er de trolig for høye for norske og nordiske forhold. I eldre beregninger (data fra 2002) basert på vesteuropeiske land, ble det anslått at 7 prosent av tapte friske leveår (11,9 prosent blant menn og 1,4 prosent blant kvinner) kunne tilskrives alkoholbruk (Rehm et al., 2006).

I tillegg til at alkoholbruk kan medføre en rekke helseskader, er bruken forbundet med et bredt spekter av *sosiale problemer*. Mange av disse rammer også andre enn de som drikker. Vi har mindre forskningsbasert kunnskap om de sosiale problemene enn om de helsemessige skadene forbundet med alkoholbruk (Babor et al., 2010; Klingemann & Gmel, 2001). Vi har riktignok en del kunnskap om sammenhengen mellom alkoholbruk og en del typer av sosiale problemer (som for eksempel kriminalitet, utrygg oppvekst og produksjonstap i arbeidslivet), men vi har et vesentlig dårligere grunnlag for å anslå hvor stor andel av disse problemene som kan tilskrives alkoholbruk (Anderson & Baumberg, 2006; Babor et al., 2010; Storvoll et al., 2010).

## 12.2 Sammenheng mellom konsum og skader/ problemer

For alle typer alkoholrelaterte skader/problemer er risikoen høyest for dem som har et høyt alkoholinntak og/eller hyppige beruselsesepisoder. Men, dette betyr ikke at alle – eller de fleste – skader og problemer kan tilskrives de få som drikker svært mye. For noen sykdommer eller problemer, og da i første rekke de som

skyldes et langvarig, omfattende alkoholmisbruk (som for eksempel skrumplever), kan riktignok de fleste tilskrives en liten gruppe med svært høyt alkoholinntak (Norström, 1995). Men for mange typer av alkoholrelaterte skader og problemer (og da særlig for de mer akutte) kan størstedelen tilskrives den store majoriteten av alkoholbrukere – de som drikker seg beruset av og til (Jones et al., 1995; Rossow & Romelsjö, 2006; Skog, 1999). Med andre ord, selv om de få som drikker mest har høyest risiko for alkoholrelaterte skader/problemer, er det likevel ofte slik at størstedelen av de akutte alkoholrelaterte problemene kan tilskrives det store flertallet av alkoholbrukere som ikke er i en slik høyrisikogruppe. På den bakgrunn blir det ofte argumentert for at man i forebygging av alkoholrelaterte skader/problemer bør velge tiltak som retter seg mot hele befolkningen av alkoholbrukere (befolkningsstrategier), framfor tiltak som bare retter seg mot høyrisikogrupper. Dette omtales gjerne som forebyggingsparadokset (Rose, 2001).

Det faktum at mange alkoholrelaterte sykdommer og problemer (som for eksempel skrumplever) først opptrer etter mange år med svært høyt alkoholinntak, skulle tilsi at vi ikke ville forvente å finne noe sammenfall i tid mellom alkoholkonsumet og omfanget av disse sykdommene i befolkningen. Likevel finner man ofte – men ikke alltid eller nødvendigvis – en viss samvariasjon i tid mellom konsum og skader, også for slike kroniske sykdommer/problemer (Norström & Skog, 2001; Norström et al., 2002).

Bruk og misbruk av alkohol er – som vi har sett – forbundet med et bredt spekter av både helsemessige skader og sosiale problemer, hvorav mange også rammer andre enn de som drikker. Som vi skal se i det følgende, har vi på langt nær gode nok indikatorer og data til å beskrive utviklingen av alle viktige og relevante skader og problemer de siste femten årene. Det ligger vesentlige begrensninger både i hvilke indikatorer på skader eller problemer vi kan beskrive, og i datakvalitet og fortolkninger av trender.

## 12.3 Indikatorer og datakilder

Vi benytter ulike indikatorer for å se på omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer i perioden 1995–2010. Hvor gode disse er, avhenger av flere forhold (jf. Storvoll et al., 2010). For det *første* er det stor variasjon mht. i hvilken grad de ulike skadene/problemene kan tilskrives bruk av alkohol. Mens alkoholforgiftninger i sin helhet kan tilskrives alkoholbruk, vil andre sykdommer eller problemer som for eksempel vold, bare i noen grad kunne tilskrives slik bruk. For det *andre* vil det

være et gap mellom det reelle omfanget og det registrerte omfanget av sykdommer/ skader/problemer, og dette vil kunne variere betydelig over tid, for eksempel som følge av varierende kontrollinnsats, endringer i behandlingstilbudet eller registreringspraksis. Og for det *tredje* har vi ikke systematisk innhenting av data om omfanget av alle relevante skader og problemer. Dette betyr at indikatorene bare favner noe av skadepanoramaet og «toppen av isfjellene», og at trender i skadeindikatorene ikke nødvendigvis gir et riktig bilde av trender i skadeomfanget.

Indikatorer på alkoholrelatert sykkelighet omfatter antall sykehusinnleggelser med alkoholrelaterte hoveddiagnoser som akutt alkoholforgiftning, alkoholindusert leverskade og psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser som skyldes alkohol. Data er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og dekker kun innleggelser i somatiske sykehus for perioden fra og med 1999. Disse indikatorene fanger kun en liten del av den alkoholrelaterte sykkeligheten som behandles i spesialisthelsetjenesten – fordi de utvalgte diagnosene bare favner en liten del av den alkoholrelaterte sykkeligheten. I perioden 1999–2010 vil trendene i sykehusinnleggelser med alkoholrelaterte hoveddiagnoser i noen grad påvirkes av at man i senere år har hatt flere og kortere innleggelsesopphold for pasienter med kroniske sykdommer. Trendene vil også kunne være påvirket av endringer i diagnostisk praksis, men dette vet vi foreløpig lite om.

Indikatorer på alkoholrelatert dødelighet omfatter dødsfall som direkte og utelukkende skyldes alkoholbruk – i hovedsak dødsfall der hoveddiagnosen er alkoholbetingete kroniske sykdommer (som alkoholisk skrumplever) og akutt alkoholforgiftning. Data er hentet fra dødsårsaksstatistikken fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og dekker så langt bare perioden fram til og med 2009. Disse indikatorene fanger kun en liten del av den alkoholrelaterte dødeligheten, fordi også her vil disse diagnosene bare favne en liten del av den samlede alkoholrelaterte dødeligheten. Trendene i alkoholrelatert dødelighet må forventes å gi et noe forskjøvet bilde i forhold til trendene i alkoholkonsumet fordi indikatorene i hovedsak er knyttet til dødsfall som gjerne skjer som følge av langvarig alkoholmisbruk. Trendene vil også kunne være påvirket av at det gjennomføres færre obduksjoner, og det er mulig at kvaliteten på dødsårsaksregistreringen er svekket, men også dette vet vi foreløpig lite om.

En indikator på behandlingsbehov er antall henvendelser til behandlings- og omsorgsbaserte tiltak for rusmiddelmissbrukere, hvor alkohol er angitt som hovedrusmiddelet. Data er hentet fra det nasjonale dokumentasjonssystemet innen

tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere og dekker kun perioden 1998–2008. Fra og med 2009 rapporterer tiltakene til Norsk pasientregister (NPR). (Se kap. 4 for en nærmere beskrivelse av denne registreringen.)

Vi har få gode indikatorer på alkoholrelatert kriminalitet. Kriminalstatistikken fra SSB viser hvor mange som får en reaksjon for kjøring i påvirket tilstand, men disse tallene omfatter både alkohol- og annen rusmiddelpåvirkning. Tallene er på den annen side beheftet med store mørketall, og andelen av tilfeller av kjøring i påvirket tilstand som fanges opp her, vil blant annet variere med hvor mange kontroller politiet gjennomfører. Når det gjelder omfanget av andre former for kriminalitet som ofte relateres til alkoholbruk (for eksempel vold, hærverk og sedelighetsforbrytelser), vil kriminalstatistikken på den ene side være beheftet med mørketall, men på den annen side vil en betydelig andel av lovbruddstilfellene ikke være relatert til alkoholbruk.

Andre indikatorer på alkoholrelaterte skader og problemer er basert på data fra spørreundersøkelser i befolkningen. I slike undersøkelser spør man dels om ulike skader/problemer man har påført andre i forbindelse med egen alkoholbruk (for eksempel voldsbruk), om skader/problemer man selv har hatt som følge av egen alkoholbruk (for eksempel fyllesyke) og om skader/problemer man har opplevd som følge av andres alkoholbruk (for eksempel trusler eller sjikane). Det er flere betydelige svakheter knyttet til slike datakilder. Blant annet er utvalgene ofte ikke representative for befolkningen – dels pga. lav responsrate – og med fallende responsrate over tid, kan økende utvalgsskjevhet gjøre det vanskelig å tolke endringer over tid (se for eksempel Vedøy & Skretting, 2009). Et annet metodologisk problem av betydning er at forekomsten av mange av de alkoholrelaterte problemene er relativt lav i befolkningsutvalg (noen få prosent). I slike tilfeller vil problemet med tilfeldige forskjeller og statistisk usikkerhet være relativt stort. Dette betyr at det vil være svært vanskelig å vurdere om mindre endringer i den observerte forekomsten er et uttrykk for reelle endringer. Et tredje metodeproblem er at hva som oppleves som problematisk atferd knyttet til alkohol kan endre seg over tid og med alkoholkonsumet i befolkningen, dvs. at toleransen for alkoholproblemer trolig er større når samfunnet er «våttere» og mange drikker mer (se for eksempel Nordlund, 2008).

## 12.4 Utviklingen i Norge 1995–2010

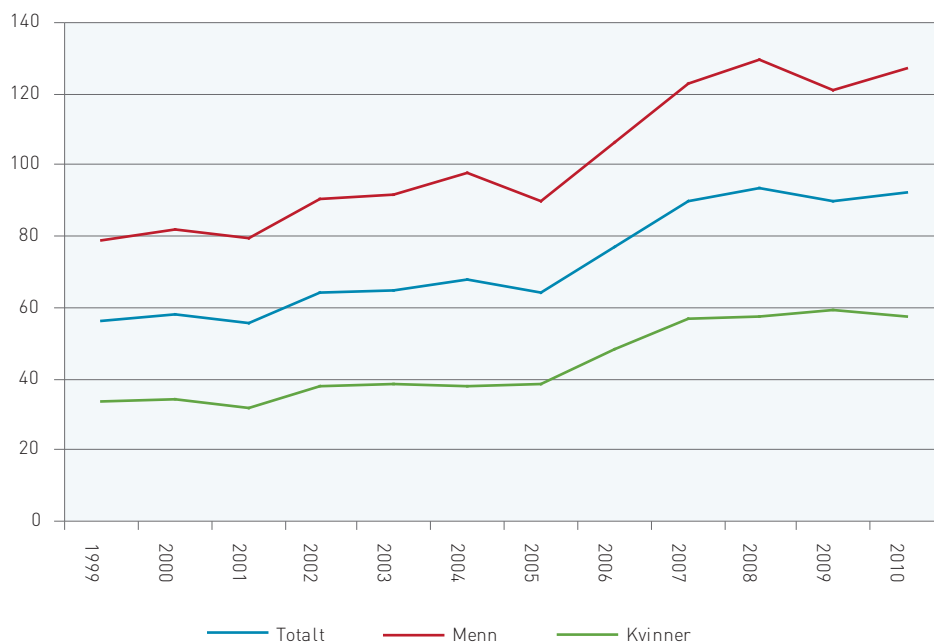
### 12.4.1 Alkoholrelatert sykkelighet

Norsk pasientregister viser antall årlige innleggelser på somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser fra og med 1999. Det totale antallet innleggelser med denne typen diagnoser har økt jevnt siden da (Figur 11). Hvis vi ser på ytterpunktene, var det en økning fra 56 innleggelser per 100 000 innbyggere i 1999 til 92 innleggelser per 100 000 innbyggere i 2010. Dette tilsvarer en økning på 64 prosent. I hovedsak var utviklingen over tid omtrent lik for kvinner og menn, men det var gjennomgående langt flere innleggelser blant menn enn blant kvinner.

Omtrent halvparten av innleggelsene med alkoholrelaterte hoveddiagnoser skyldes *akutt forgiftning* (56 prosent av innleggelsene i 2010). Det har vært en jevn økning i antall innleggelser pga. slike forgiftninger i årene fra 1999 til 2010; fra 22 til 51 per 100 000 innbyggere, dvs. en økning på 132 prosent.

Den andre halvparten av innleggelsene var knyttet til alkoholbetingede kroniske sykdommer som *alkoholinduserte leverskader* (20 prosent av innleggelsene i 2010) og *psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse av alkohol* (bl.a. alkoholavhengighet) (24 prosent av innleggelsene i 2010). Antall innleggelser pga. alkoholindusert leverskade økte fra 11 til 18 innleggelser per 100 000 innbyggere i perioden 1999–2010, noe som tilsvarer en økning på 64 prosent. I den forbindelse vil vi minne om at man i de senere år har sett en tendens til flere og kortere innleggelser blant pasienter med kroniske sykdommer. Antallet innleggelser i somatiske sykehus pga. psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse var stabilt, og lå på 22 innleggelser per 100 000 innbyggere begge årene.

**Figur 11. Antall innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser per 100 000 innbyggere 1999–2010, etter kjønn.**



Kilde: Rusmidler i Norge 2011 (omregnet til innleggelser per 100 000 innbyggere).

Klientkartleggingsdata fra det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere angir endringer i antall henvisninger til- og inntak i behandlings- og omsorgsbaserte tiltak for rusmiddelmissbruk frem til 2008 (Iversen et al., 2008). På bakgrunn av disse dataene, er det beregnet at antallet inntak hvor alkohol var det mest brukte rusmidlet økte fra 140 per 100 000 innbyggere i 1998 til 185 per 100 000 innbyggere i 2008, altså en økning på 32 prosent (Rossow, 2010).

#### **12.4.2 Alkoholrelatert dødelighet**

Samlet sett er det blitt registrert færre dødsfall med alkohol som underliggende årsak i årene 2005–2009 enn i årene 1996–2004. Mellom årene 1996 og 2009 var det en nedgang fra 10,1 til 8,1 dødsfall per 100 000 innbyggere, dvs. en nedgang på 19 prosent. Nedgangen gjaldt først og fremst for menn. Blant kvinnene var bildet nokså stabilt. Over hele perioden ble det registrert langt flere slike dødsfall blant menn enn blant kvinner.

De fleste dødsfallene som registreres med alkohol som underliggende dødsårsak, er registrert med diagnoser i gruppen *Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse av alkohol, avhengighetssyndrom*. Dette gjaldt 42 prosent av dødsfallene i 2009. Andre vanlige diagnoser var *Alkoholisk leverkirrhose* (24 prosent av dødsfallene i 2009) og *Forgiftning av alkohol* (13 prosent av dødsfallene i 2009). Hvis man ser på endringer for hver enkelt av disse diagnosene, så var det først og fremst for de to første at det var en nedgang i løpet av perioden. Når det gjaldt forgiftning av alkohol, var forekomsten høyere på slutten enn i begynnelsen av perioden.

### 12.4.3 Alkoholrelatert kriminalitet

Kriminalstatistikken fra SSB oppgir antall reaksjoner for kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler per år. Det var en nedgang i antall reaksjoner fra 1995/1996 til 1997. Deretter har omfanget vært nokså stabilt. Det fremkommer ikke av statistikken hvor mange av disse reaksjonene som skyldes kjøring under påvirkning av henholdsvis alkohol og andre rusmidler. Mens Folkehelseinstituttet på midten av 90-tallet analyserte noen flere prøver for mistanke om promillekjøring (bare alkohol) enn for mistanke om kjøring under påvirkning av både alkohol og andre rusmidler, har fordelingen vært nokså jevn de siste årene (Edland-Gryt, 2011).

En rekke andre former for kriminalitet, som vold, hærverk og sedelighetsforbrytelser, kan delvis knyttes til bruk av alkohol. Blant disse er nok voldskriminalitet den formen for lovbrudd som i størst grad kan knyttes til alkohol. Antall anmeldelser for *trusler og andre voldslovbrudd* økte fra 4,2 til 5,3 per 1 000 innbyggere fra 1995–2010, dvs. en økning på 26 prosent.

Til og med 2005 viser kriminalstatistikken fra SSB antall reaksjoner for *overtredelse av løsgjengerloven*. De fleste reaksjonene gjelder ordensforstyrrelser i beruset tilstand, men andre forseelser mot lov om løsgjengeri, betleri og drukkenskap inngår også i statistikken. Det var en nedgang i slike forseelser fra 1995 til 1998, etterfulgt av en jevn økning frem til siste registrering i 2005 (Bryhni, 2007). Loven ble opphevet i 2006.

### 12.4.4 Andre problemer

I intervjuundersøkelser foretatt i utvalg av befolkningen, har man kartlagt om respondentene i løpet av siste år har erfart ulike problemer i forbindelse med både egen og andres alkoholbruk. Andelen som oppgir å ha opplevd problemer i forbindelse med egen alkoholbruk var relativt stabil i løpet av perioden 1994–2004.

Når det gjelder opplevelsen av negative konsekvenser av andres drikking, er det vanskelig å trekke en entydig konklusjon mht. endringer over tid. Mens noen av problemene så ut til å nå en topp rundt årtusenskiftet, så andre problemer ut til å gå ned eller opp i løpet av perioden. (For en mer detaljert beskrivelse, se Rossow (2007))

## 12.5 Oppsummering – ingen entydige trender

Som vist over, tyder flere av indikatorene mht. alkoholrelaterte skader og problemer på at skadeomfanget har økt i løpet av de siste 10–15 årene. Dette gjaldt for antall innleggelser på somatiske sykehus pga. akutt forgiftning og alkoholindusert leverskade, antall inntak i behandling for rusmiddelproblemer hvor alkohol var det mest brukte rusmidlet, antall dødsfall som var knyttet til forgiftning og anmeldte voldslovbrudd. På den andre siden, var det en nedgang i antall dødsfall pga. både psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (avhengighetssyndrom) og alkoholisk leverkirrhose. Andre indikatorer tyder på et nokså stabilt omfang over tid. Bildet er også blandet når man ser på egenrapporterte skader og problemer knyttet til egen og andres drikking. Sett i lys av den betydelige økningen i alkoholkonsumet de siste 15 årene er det tankevekkende at flere av skadeindikatorene viser nedgang eller stabilitet i denne perioden. Det kan tenkes flere mulige forklaringer på dette (se Rossow, 2007 og 2010).

For det *første* kan det stilles spørsmål ved hvor godt egnet de ulike skadeindikatorene er til å fange opp endringer. At noen av indikatorene tyder på en økning i skadeomfang mens andre tyder på en nedgang/stabilitet, kan skyldes målefeil som har endret seg systematisk i ulike retninger over tid. Det er mulig at dette *delvis* kan forklare de motstridende trendene for antall dødsfall og sykehusinnleggelser. Når det gjelder dødsfall, kan det stilles spørsmål ved om Dødsårsaksregisteret bl.a. på grunn av fallende obduksjonsrate, i mindre grad fanger opp alkoholrelaterte dødsfall nå enn tidligere. I så fall vil det at problemomfanget synes å ha gått ned, gi et feilaktig inntrykk av situasjonen. Når det gjelder sykehusinnleggelser, har det vært en endring i retning av kortere opphold. Dette kan ha resultert i flere gjeninnleggelser for de som har kroniske sykdommer knyttet til alkoholbruk, og dermed gi et inntrykk av at problemomfanget har økt mer enn det faktisk har gjort.

Det er flere problemer knyttet til tolkning av endringer basert på spørreundersøkelser. Som nevnt har problemet med lave responsrater generelt sett økt de siste årene. Man



kan derfor frykte at man i synkende grad klarer å fange opp de som drikker mest, og som har størst risiko for alkoholrelaterte problemer. I så fall er det usikkert om man klarer å fange opp en eventuell økning i problemomfang med slike data. Et annet aspekt som vanskeliggjør tolkning av endring i egenrapporterte skader og problemer, er at toleransen for hva som oppleves som et problem kan ha endret seg over tid. Det er tidligere funnet at terskelen for hva som betraktes som alkoholmisbruk øker når konsumet øker (Nordlund, 2008).

Den *andre* forklaringen handler om at sammenhengen mellom totalkonsum og alkoholrelaterte skader og problemer kan ha endret seg over tid. Ettersom vin utgjør en større andel av alkoholkonsumet i Norge nå enn for noen år tilbake, kan det tenkes at relativt flere av drikkeepisodene skjer i forbindelse med måltider og i situasjoner hvor risikoen for akutte skader og sosiale problemer er relativt mindre. En annen mulig forklaring har å gjøre med at en stadig større andel av befolkningen drikker alkohol. Befolkningsundersøkelser kan tyde på at veksten har vært særlig sterk blant grupper som preges av et moderat konsum (personer over 50 år). Med andre ord, sammenhengen mellom totalkonsum og skader kan ha blitt svakere over tid.

Den *tredje* forklaringen tar høyde for at andre forhold enn alkoholkonsumet har betydning for skadeomfanget. For eksempel, kan det på grunn av bedre behandling være færre som dør av alkoholrelaterte kroniske sykdommer, slik som leverkirrhose. Dette stemmer i så fall overens med registerdata som viser at til tross for at det er langt flere innleggelses på somatiske sykehus pga. alkoholindusert leverskade, så var det færre som døde av alkoholisk leverkirrhose.

Løfter vi blikket ut over Norges grenser, er bildet heller ikke så entydig som man kanskje ville forvente. Ferske analyser av trender i alkoholkonsum og alkoholrelaterte skader fra Finland, Irland, Italia og Russland peker riktignok alle i retning av at konsumnivå og skadenivå tenderte til å følge hverandre i perioden 1990–2010 (Allamani et al., 2010; Hope & Butler, 2010; Karlsson et al., 2010; Lysova & Pridemore, 2010). Tilsvarende analyser fra Sverige og Storbritannia viste imidlertid at konsum- og skadetrendene ikke fulgte hverandre like entydig (Meier, 2010; Ramstedt, 2010). Også fra islandske data har man sett det samme mønsteret som her i Norge; dvs. at en økning i alkoholkonsumet ble fulgt av en økning for noen skadeindikatorer, men ikke for andre (Rossow et al., 2007).

# 13 Oppsummering av sentrale endringer på alkoholfeltet 1995–2010

Beskrivelsen av sentrale endringer på alkoholfeltet i Norge i perioden 1995–2010 kan oppsummeres med følgende punkter:

- Kontrollpolitiske tiltak som prisreguleringer og begrensninger av den fysiske tilgjengeligheten på alkohol har tradisjonelt sett stått sterkt i norsk alkoholpolitikk. Bruk av slike virkemidler har imidlertid vært under økende press. Dette må dels ses som et resultat av økt internasjonalisering av alkoholpolitikken gjennom medlemskap i EØS og styrkede bånd til EU-fellesskapet. Det har ikke vært noen markert endring i forholdet mellom statlig og kommunal styring i alkoholpolitikken i perioden 1995–2010, men forbruker- og næringsmessige hensyn har vunnet terreng på begge nivå. Disse endringene har blant annet gitt seg utslag i en markert økning i antall skjenkesteder, at en større andel av skjenkestedene tillates å selge brennevin, en kraftig økning i antallet vinmonopolutsalg, at nesten alle vinmonopolutsalg har selvbetjening og en utvidelse av salgs- og skjenketider i mange kommuner.
- Prisene på alkohol har i hovedsak fulgt konsumprisindeksen de siste 15 årene. På grunn av økt kjøpekraft trenger man imidlertid å bruke en stadig mindre andel av lønnen for å kjøpe samme mengde alkohol. Slik sett har noe av effekten av avgiftene blitt svekket.
- Samlet sett har det vært en dreining fra kollektivt rettede tiltak som pris og tilgjengelighetsbegrensninger, til forebyggende tiltak rettet mot enkeltindivider og grupper som er særlig utsatte for skader, eller situasjoner der skader lett kan oppstå. Slike tiltak dreier seg oftest om å påvirke atferd gjennom informasjon og holdningsskapende arbeid, og griper ikke på samme måte direkte inn i folks mulighet til å velge når, hvor og hva de skal drikke.
- Selv om vi har sett en liberalisering, er Norge fortsatt blant de landene som fører den mest restriktive alkoholpolitikken.

- Alkoholomsetningen økte betydelig i Norge i perioden 1995–2010, fra 4,8 til 6,7 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over. Økningen reflekterer langt på vei en kraftig økning i vinomsetningen. Også når vi tar høyde for det uregistrerte konsumet, er hovedbildet at alkoholkonsumet har økt betydelig.
- Til tross for den økningen vi har sett i alkoholkonsumet i Norge de siste 15 årene, er alkoholkonsumet fortsatt lavt i Norge sammenlignet med andre nordiske og europeiske land.
- Spørreundersøkelser i befolkningen kan tyde på at det både har vært en økning i andelen som drikker alkohol og i andelen som drikker relativt ofte. Økningen i drikkfrekvens ser ikke ut til å ha vært fulgt av en tilsvarende økning i andelen som ofte drikker seg beruset. Dette må trolig ses i sammenheng med at en stor del av økningen i alkoholkonsumet kan tilskrives økt konsum av vin og at en stadig større andel av befolkningen drikker alkohol. Befolkningsundersøkelser kan tyde på at veksten i alkoholbruk har vært særlig sterk i grupper som preges av et moderat konsum (personer over 50 år).
- Undersøkelser blant norske tenåringer tyder på at alkoholbruken blant de yngste konsumentene økte frem mot årtusenskiftet, for deretter å synke noe igjen. Det er fortsatt et betydelig forbruk av alkohol blant tenåringer, og en nær sammenheng mellom drikking og beruselse. Dette er med andre ord en gruppe det fremdeles er grunn til å ha et særskilt fokus på.
- I tråd med den betydelige økningen i alkoholkonsumet de siste 15 årene, har vi også sett en betydelig økning i noen indikatorer på alkoholrelatert sykkelighet i befolkningen.
- Trendene i ulike indikatorer på alkoholrelaterte skader eller problemer er imidlertid ikke konsistente eller entydige, og vi har drøftet flere mulige forklaringer på dette. Det vil derfor være viktig å få mer kunnskap om endringer i omfanget av ulike skader og problemer over tid, og forholdet mellom endringer i alkoholkonsum og skader/problemer.

Som nevnt flere ganger under beskrivelsene av endringer i alkoholbruk og alkoholrelaterte skader og problemer, vil det være usikkerhet knyttet til både å beskrive det eksakte omfanget på et gitt tidspunkt og utviklingen over tid. Vi har gode omsetningstall på alkohol, men for å si noe om totalkonsumet må vi i tillegg ha kjennskap til det uregistrerte forbruket. Videre sier ikke omsetningstallene noe om drikkemønsteret og hvordan forbruket fordeler seg i ulike undergrupper i befolkningen. For å si noe om dette er vi avhengige av spørreundersøkelser. På grunn av blant annet lave responsrater, står vi overfor store utfordringer når det gjelder å hente inn denne typen data. Dette er ikke et problem som er særskilt for

Norge, men som ser ut til å gjelde for flere land. Det er også problemer knyttet til å beskrive omfang og trender over tid når det gjelder alkoholrelaterte skader og problemer. Som vi har sett, er trendene i ulike indikatorer ikke konsistente eller entydige. For å kunne tegne et mer presist bilde, er det behov for å arbeide videre med å utvikle gode indikatorer på utbredelsen. I den sammenheng vil det også være viktig å belyse hvor godt egnet de indikatorene vi allerede har, er til å belyse omfanget av denne type skader og problemer.

### 13.1 Hvilken utvikling kan vi vente framover?

Vi har sett en jevn økning i alkoholomsetningen/-konsumet i Norge i perioden 1995–2010. Det er umulig å si noe sikkert om hvordan dette vil utvikle seg i de kommende årene. Mens noen krefter vil dra i retning av økt konsum, vil andre dra i retning av redusert konsum. Andre igjen, vil kunne virke stabiliserende på konsumet.

Room og medarbeidere (2009) diskuterer hvilke faktorer som bidrar til å endre alkoholkonsumet i en befolkning over tid (se også kommentar fra Sulkunen, 2009b). Når det gjelder faktorer som bidrar til å *redusere* konsumet, trekker de særlig frem restriksjoner i fysisk tilgjengelighet, høye avgifter/priser og sosiale og kulturelle reaksjoner på problemer forbundet med alkoholbruk, for eksempel reaksjoner på bråk/uro på offentlige steder og kjøring i påvirket tilstand. Blant de faktorer som bidrar til å *øke* konsumet, trekker de særlig frem bedret fysisk tilgang på alkohol og økt kjøpekraft. I tillegg diskuterer de muligheten for at reklame/markedsføring har en langtidseffekt på konsumet gjennom endringer i den kulturelle betydingen av drikking.

Faktorer som kan bidra i begge retninger, er strukturelle endringer i samfunnet, normer for drikking og beruselse, og drikkingens plass i samfunnet. Ett eksempel på strukturelle endringer som kan ha hatt noe å si for konsumet, er endringer i familiestruktur og kjønnsrollemønster. På den ene siden, kan kvinners inntog i arbeidslivet ha åpnet opp for muligheten til å drikke mer for kvinner enn hva tilfellet var tidligere. På den andre siden, kan økt forventning om å delta på hjemmefronten og i barneoppdragelsen ha ført til økt press på menn mht. å redusere alkoholkonsumet. Generelt sett er det slik at normer for drikking i en kultur endrer seg sakte, og i så måte bidrar til et relativt konstant konsum over tid. Når konsumet øker blant dem som drikker, skjer det i hovedsak ved at

konsumentene oftere befinner seg i situasjoner der drikking eller høykonsum er normativt, dvs. det man bør gjøre i slike situasjoner.

I tillegg til faktorer som bidrar til å trekke konsumet hhv. opp eller ned, vil det være faktorer som virker *stabiliserende* på konsumet over tid. På kollektivt nivå, vil måten det drikkes på og den sosiale funksjonen alkohol har i kulturen som nevnt ofte være relativt stabil, og kunne ha en slik effekt. På individnivå, vil det faktum at alkohol er vanedannende og kan være avhengighetsskapende, medføre at de med et høyt forbruk tenderer til å opprettholde det over tid.

Totalkonsumet i en gitt befolkning på et gitt tidspunkt kan betraktes som sluttresultatet av krefter som trekker i retning av henholdsvis økt konsum og redusert konsum. Hvis konsumet har vært stabilt over en viss periode, innebærer det at kreftene som trekker i hver sin retning er omtrent like sterke. Noen av de faktorene som påvirker konsumet er det mulig å gjøre noe med, slik som avgiftsnivået og den fysiske tilgjengeligheten på alkohol. Når det gjelder andre faktorer vil dette være vanskeligere, slik som for eksempel normer for drikking og beruselse. Andre faktorer igjen, slik som strukturelle endringer i samfunnet og endringer i kjøpekraften, vil pågå uavhengig av den alkoholpolitikken en velger å føre.



## **Del 3**

---

**Narkotika: bruk, misbruk, skader og  
narkotikapolitiske problemstillinger**

# 14 Bruk og misbruk av narkotika

*Ellen J. Amundsen & Anne Line Bretteville-Jensen*

## 14.1 Datakilder

For å få et bilde av omfang og utvikling av narkotikabruk/-misbruk må en ta i bruk flere kilder og innfallsvinkler, som alle har sine svakheter. Mens vi har registerdata for omsetning av alkohol, har vi naturlig nok ikke slike data når det gjelder de illegale rusmidlene. For aktuell eller tidligere bruk av narkotika i den generelle befolkningen, må vi basere oss på ulike former for spørreundersøkelser. En svakhet ved slike undersøkelser er at ikke alle som blir trukket ut til å delta svarer, til tross for forsikring om anonymitet. Dette har vist seg å være et økende problem i de senere år, noe som etter alt å dømme har sammenheng med at det etter hvert er et utall aktører og instanser som foretar ulike former for spørreundersøkelser, slik at det foregår en form for «utmatting» av de aktuelle befolkningsgruppene.

Spesielt når det gjelder ungdom (15–20 år) har Norge med bakgrunn i årlige postsendte spørreskjemaundersøkelser, tradisjonelt hatt gode data om bruk av rusmidler. Fram til midten av 1990-tallet var det omkring 70 prosent av de som ble trukket ut til å delta i de årlige ungdomsundersøkelsene, som svarte. I tiden som fulgte falt svarprosenten suksessivt, og da den i 2008 var kommet ned i 30 prosent, fant SIRUS ikke lenger å kunne forsvare å fortsette disse undersøkelsene. Siden det blir sett på som viktig å følge utviklingen når det gjelder ungdoms bruk av rusmidler, arbeides det imidlertid med å finne fram til andre måter å gjennomføre slike undersøkelser.

Norge deltar i den omfattende europeiske skoleundersøkelsen The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD – om bruk av rusmidler blant 15–16 åringer. Undersøkelsen finner sted hvert fjerde år og omfatter så langt data fra 1995, 1999, 2003 og 2007. En femte datainnsamling fant sted våren 2011 og omfattet ca 40 land. Resultatene fra denne er ennå ikke



tilgjengelige. For Norges del er det også i ESPAD-undersøkelsen stadig vanskeligere å få de uttrukne klasser/skoler til å delta, med henvisning til at det kommer mange lignende henvendelser og at skolene derfor finner å måtte begrense hvor mange slik undersøkelser de skal delta i. ESPAD-undersøkelsene må sies å ha en spesiell verdi da de gir grunnlag for å sammenligne bruk av rusmidler blant norske ungdommer med ungdom i andre land.

Det foreligger også fire sett av spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant unge voksne (21–30 år) fra 1998, 2002, 2006 og 2010. Likeledes inngår noen spørsmål om narkotika i intervjuundersøkelsene om bruk av alkohol i voksenbefolkningen.

Spørreskjemaundersøkelser vil først og fremst kunne bidra til å gi et bilde av det vi må kalle eksperiment- og rekreasjonsbruk av narkotika i ulike befolkningsgrupper. Når det gjelder mer intensiv bruk/misbruk, vil mange av dem det gjelder være sosialt og økonomisk marginalisert, og de vil derfor ikke nås med tradisjonelle spørreskjemaundersøkelser. En del er uten fast bopel, andre sitter i fengsel, er i behandling/institusjon eller er vanskelig å nå av andre grunner. For å få informasjon om disse gruppene, må en derfor ta utgangspunkt i ulike «treffpunkter», som ulike hjelpe-/behandlingstiltak, fengsel o.l.

For å belyse utvikling når det gjelder skadepanoramaet knyttet til bruk/misbruk av narkotika vil vi ta utgangspunkt i kriminalstatistikken og dødsårsaksstatistikken fra SSB og narkotikastatistikken fra KRIPOS.

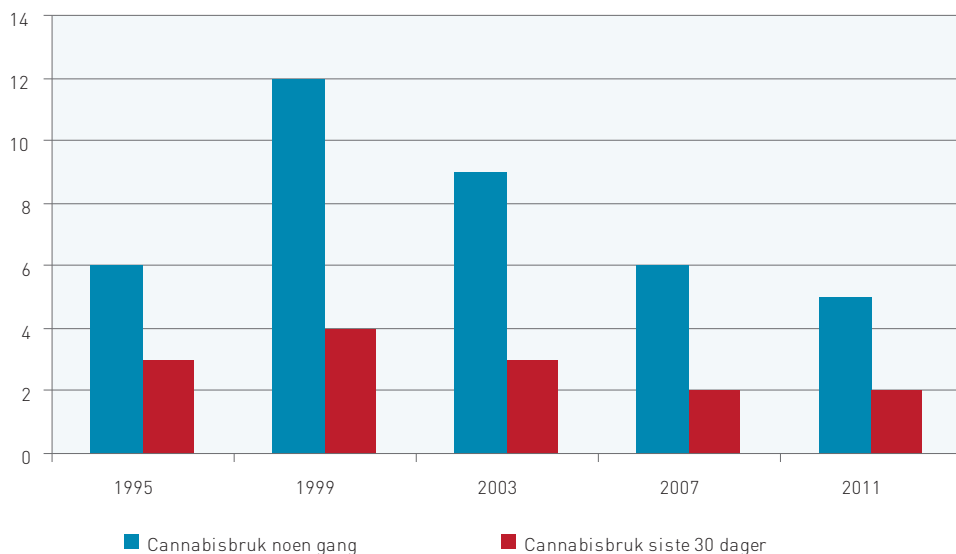
## 14.2 Cannabis

### ESPAD (15–16 år)

Når det gjelder de helt unge, har vi data fra fem foreliggende undersøkelsestidspunkt i den europeiske skoleundersøkelsen, ESPAD. Det framkommer her at det var en økning fra seks prosent i

1995 til 12 prosent i 1999 i andel 15–16 åringer som oppga å ha brukt cannabis, mens det deretter har vært en nedgang (figur 12). Med unntak av 2003 var det en noe større andel gutter enn jenter som oppga slik bruk (Hibell et al., 2009). Vi ser også at det er langt færre som oppgir å ha brukt cannabis siste 30 dager, og at denne utviklingen har fulgt den for cannabisbruk noen gang.

**Figur 12. Prosentandel i aldergruppa 15–16 år som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang og siste 30 dager.**



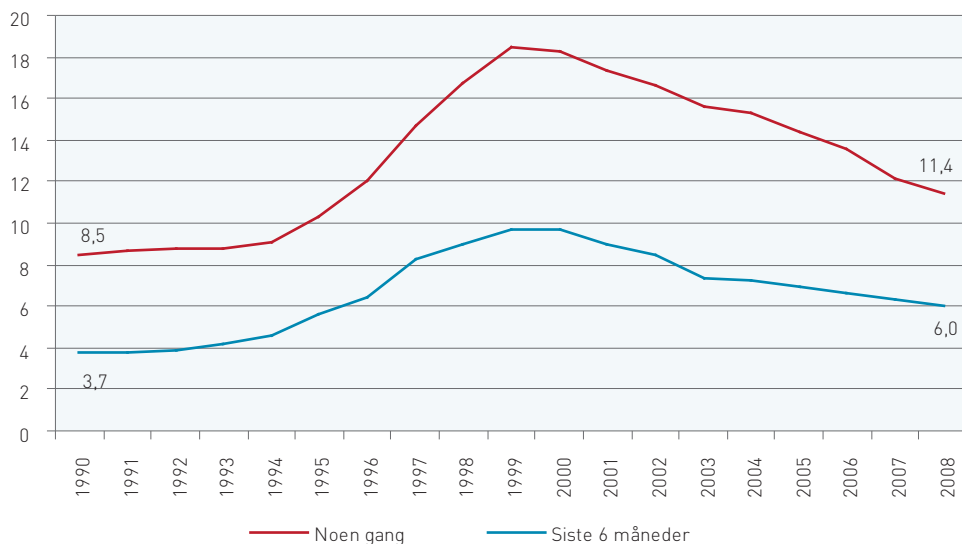
Kilde: SIRUS

### Unge 15–20 år

Som allerede nevnt, har SIFA/SIRUS gjennom en årrekke foretatt årlige spørreskjemaundersøkelser blant unge i alderen 15–20 år om bruk av alkohol, narkotika og tobakk (Vedøy & Skretting, 2009). Figur 13 viser utviklingen i andelen unge på landsbasis som oppga at de hadde brukt cannabis *noen gang* og i løpet av *de siste seks måneder*. Som det framgår, var det i første del av 1990-tallet åtte til ti prosent som oppga at de noen gang hadde brukt hasj eller marihuana. Det var så en økning fram til årtusensskiftet til omkring 18 prosent, mens det i de senere år har vært en jevn nedgang.

Det er viktig å understreke at vi til nå har sett på dem som oppga at de hadde brukt cannabis *noen gang*. Dette innebærer ikke at de brukte cannabis regelmessig. Noen hadde prøvd stoffet bare én eller to ganger, mens andre hadde mer erfaring. For en del av de som oppga bruk, kan bruken således ligge tilbake i tid. Dette kan illustreres ved at det var en klart lavere andel som gjennom årene oppga bruk i løpet av *de siste seks måneder* enn hva gjelder bruk *noen gang*.

**Figur 13. Prosentandel blant ungdom i alderen 15–20 år som oppga å ha brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste 6 måneder (treårig glidende gjennomsnitt), 1990–2008.**



Kilde: SIRUS

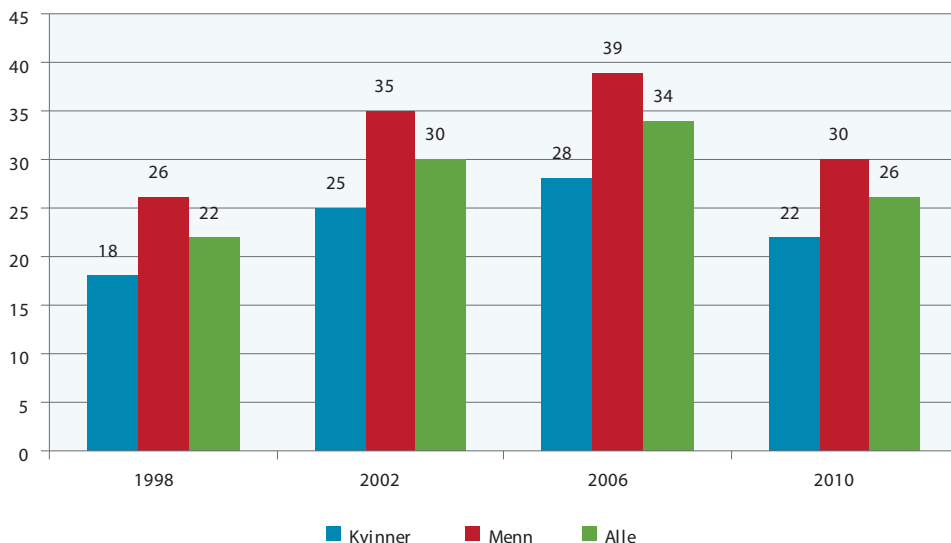
At det å ha brukt cannabis noen gang ikke er ensbetydende med regelmessig bruk, kan også illustreres ved at det i årene 2006–2008, sett under ett, var tre prosent av 15–20-åringene som oppga at de hadde brukt cannabis mer enn fem ganger i løpet av siste seks måneder.

I aldersgruppa 15–20 år, sett under ett, er det liten eller ingen forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder erfaring med bruk av cannabis.

### Unge voksne 21–30 år

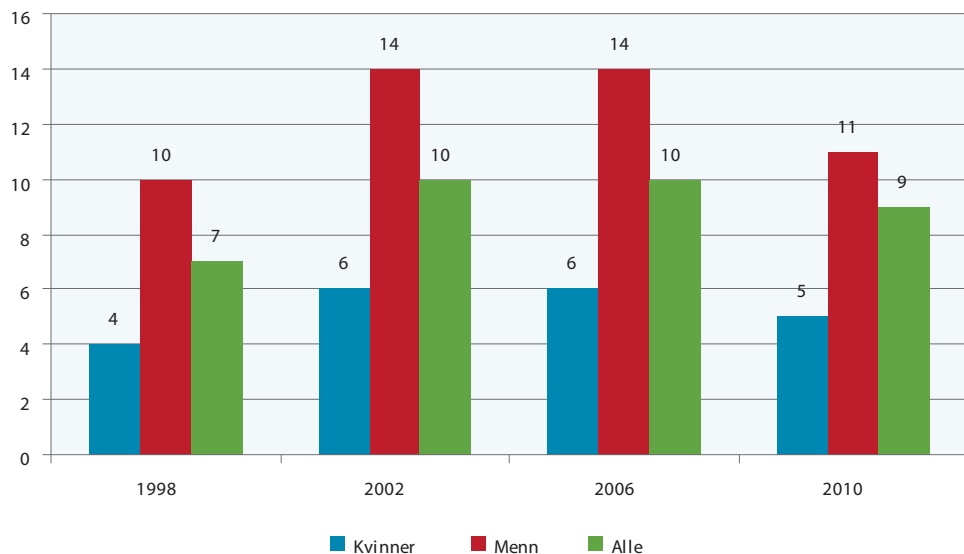
I årene 1998, 2002, 2006 og 2010 er det også gjort undersøkelser om bruk av rusmidler i aldersgruppa 21–30 år (Lund et al, 2007; Bretteville-Jensen, 2011a). Som det framgår av figur 14, økte andelen unge voksne som oppga å ha brukt cannabis noen gang, fra 22 prosent i 1998 til 30 prosent i 2002 og til 34 prosent i 2006, mens det så var en nedgang til 26 prosent i 2010. Økningen i første halvdel av 2000-tallet kan i noen grad forklares av økningen vi fant blant 15–20-åringene i siste halvdel av 1990-tallet og som i 2006 er i aldersgruppa 21–30 år. Når det gjelder bruk i løpet av de siste seks måneder (se figur 15), var det en økning fra syv prosent i 1998 til 10 prosent i 2002 og 2006, mens den tilsvarende andelen i 2010 var ni prosent.

**Figur 14. Prosentandel i aldersgruppa 21–30 år som oppga å ha brukt cannabis noen gang.**



Kilde: SIRUS

**Figur 15. Prosentandel i aldersgruppa 21–30 år som oppga å ha brukt cannabis i løpet av de siste seks måneder.**



Kilde: SIRUS

Mens det var liten eller ingen forskjell mellom gutter og jenter i aldersgruppa 15–20 år når det gjaldt bruk av cannabis, var det klart flere menn enn kvinner blant unge voksne som oppga at de hadde brukt dette stoffet. Dette gjelder både bruk noen gang, og bruk i løpet av de siste seks måneder.

### Voksenbefolkningen (15 år+)

Intervjuundersøkelser om befolkningens bruk av rusmidler blir vanligvis gjennomført hvert femte år. Den siste undersøkelsen ble foretatt av SIRUS høsten 2009. Tabell 1 viser at andelen som har svart at de noen gang har brukt cannabis økte fra 8,5 prosent i 1985 til over 16 prosent i 2004, men sank igjen til under 15 prosent i 2009. At livstidsprevalensen har gått ned de siste 5 år er overraskende ut fra denne variabelens kumulative natur; har du brukt cannabis en gang vil du alltid siden «ha brukt det noen gang». Vi kan imidlertid ikke utelukke at nedgangen kan tilskrives skjevheter i utvalget.

**Tabell 1. Prosentvis andel av utvalgene i alderen 15–64 år som har brukt marihuana/hasj hhv. noen gang, i løpet av siste år, og i løpet av siste 30 dager**

Brukt cannabis..	1985	1991	1994	1999	2004	2009
.. noen gang	8,5	9,6	13,1	15,4	16,2	14,6
.. siste år	2,2	3,0	4,4	4,5	4,6	3,8
.. siste 30 dager	-*	-	1,9	2,5	2,2	1,6

\*- = manglende data

Kilde: SIRUS

Et bedre mål enn livstidsprevalens på den aktuelle situasjonen, er andelen som oppgir å ha brukt cannabis i løpet av siste året. Tabell 1 viser at denne andelen økte fra 1985 til 1994, har senere vært stabil med omtrent 4,5 prosent fram til 2004, og gikk så ned i 2009. Siden 1994 foreligger det også data for andelen som svarte at de hadde brukt cannabis i løpet av siste 30 dager. Denne andelen synes å ha vært på sitt høyeste omkring årtusensskiftet, men gikk noe ned i 2009.

Både i 2004 og 2009 var livstidsprevalensen høyest i aldersgruppen 25–34 år, mens andelen som hadde brukt cannabis henholdsvis siste år og siste 30 dager, var høyest i gruppen 15–24 år. Ut fra disse undersøkelsene har det vært en relativt sterk nedgang i andelen som har brukt cannabis i løpet av siste 30 dager, blant de som er yngre enn 35 år. I 2004 var denne andelen 4,5 prosent, mens den i 2009 var redusert til 2,1 prosent. Også prevalensen for bruk siste år har vært nedadgående blant de under 35 år, fra 9,6 prosent i 2004 til 7,0 prosent i 2009. Derimot synes det her å ha

vært en økning blant de over 35 år. Nedgangen blant de yngste kan være et tegn på en endring også på lengre sikt, og kan være en medvirkende årsak til den antatte nedgangen i livstidsprevalensen på befolkningsnivå.

Forskjellen mellom kvinner og menn ser ut til å ha blitt mindre i løpet av de siste fem årene. For hele utvalget 15–64 år, var livstidsprevalensen for bruk av cannabis blant kvinner 13 prosent både i 2004 og 2009, mens den for menn hadde sunket fra nesten 20 prosent til 16 prosent.

### 14.3 Andre narkotiske stoffer

Amfetaminer, kokain, heroin og andre opioider er de narkotiske stoffene som gir størst problemer og skader og som vi her vil kalle «tunge» stoffer. De aktuelle stoffene kan røykes, sniffes, injiseres, drikkes eller spises. Injisering er det som gir størst skader, men risiko knyttet til bruk varierer ellers med type narkotika og bruk av flere narkotiske stoffer i kombinasjon.

I den internasjonale litteraturen finner vi at brukere av «tunge» stoffer, ofte deles i tre hovedgrupper:

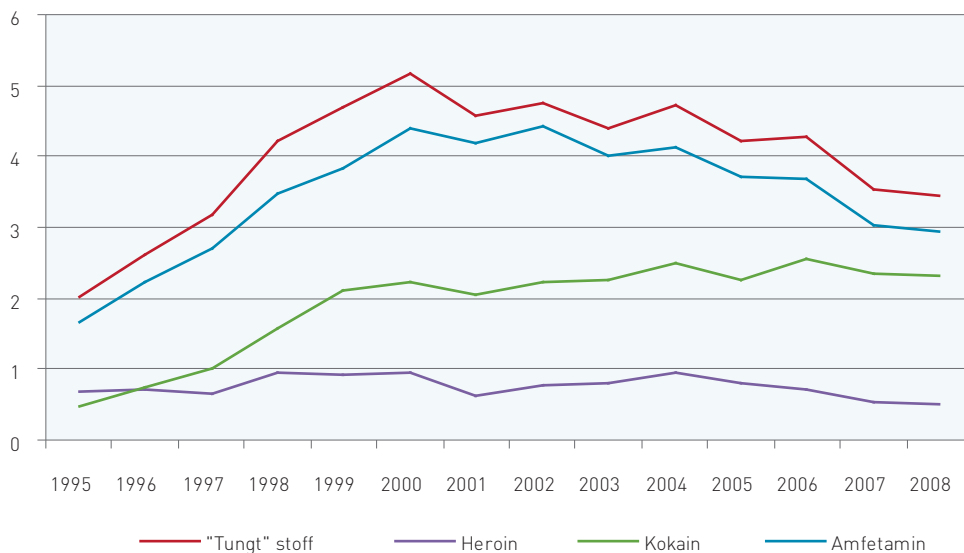
1. Eksperimentbrukere: personer som bruker slike narkotiske stoffer en eller noen få ganger og så slutter.
2. Sporadiske brukere: personer som bruker slike stoffer mer eller mindre jevnlig, men ikke særlig hyppig og uten store negative konsekvenser. Disse kalles også kontrollerte brukere, rekreasjonsbrukere eller moderate brukere.
3. Intensive brukere: personer som bruker narkotiske stoffer mer regelmessig, som gjerne får abstinenssymptomer ved opphør og hvor de sosiale, økonomiske og helsemessige konsekvenser kan være store. Disse kalles også problembrukere/misbrukere og kan være avhengige.

Både blant sporadiske brukere og intensive brukere kan hyppighet og hvor mye narkotika som brukes variere betydelig, både mellom personer og for samme person over tid. Blant sporadiske brukere kan noen røyke heroin eller sniffe kokain en sjelden gang, mens andre kan ha perioder hvor de inntar stoffet flere ganger i uka. Også blant intensive brukere, som ofte injiserer eller sniffer opp til 3–4 ganger pr. dag, vil mange ha korte eller lange opphold i bruken, enten som følge av eget ønske, fordi de kommer i behandling eller sitter i fengsel.

## Unge 15–20 år

Andelen av 15–20 åringer som rapporterte bruk av «tunge» stoffer (heroin, amfetamin eller kokain), økte på slutten av 90-tallet fram mot årtusenskiftet. På 2000-tallet var det en liten reduksjon i andel som rapporterte at de hadde brukt amfetamin fra noe over fire prosent til omkring tre prosent, mens andelen som oppga å ha brukt kokain, holdt seg stabil på noe over to prosent (figur 16). Andelen som oppga å ha brukt heroin, holdt seg på under en prosent i hele perioden 1995–2008.

**Figur 16. Prosentandel i aldersgruppa 15–20 år som oppga å ha brukt ulike narkotiske stoffer noen gang (treårig glidende gjennomsnitt), 1995–2008.**



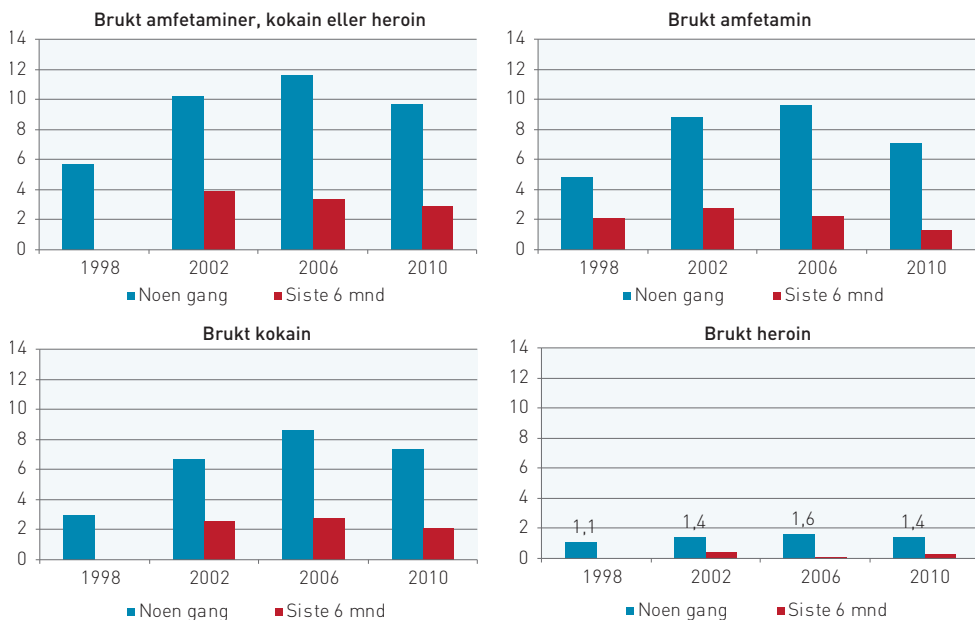
Kilde: SIRUS

Når det gjelder bruk av disse stoffene i løpet av de siste seks måneder, har vi slik informasjon om amfetamin. På samme måte som for bruk noen gang, var det en økning i siste halvdel av 1990-tallet (fra en til omkring 2,5 prosent), mens det så var en nedgang til noe over én prosent i årene etter tusenårsskiftet. Andelen som i årene 2006–2008 rapporterte om bruk av kokain i løpet av siste seks måneder, var omkring én prosent.

## Unge voksne 21–30 år

Blant det vi gjerne kaller unge voksne, var det økning fra 1998 til 2006 i andelen som rapporterte bruk av ett eller flere av stoffene amfetamin, kokain eller heroin noen gang, mens det så var en nedgang fra 2006 til 2010 (figur 17). Nedgangen gjenspeiler mønsteret vi finner for yngre aldersgrupper (se figur 16). Bruk i løpet av de siste seks måneder viser også en fallende tendens mot slutten av 2000 tallet.

**Figur 17. Prosentandel av 21–30 åringer som rapporterer å ha brukt ulike stoffer noen gang og siste 6 måneder.**



<sup>1</sup> I 1998 ble det ikke spurt om bruk av kokain og heroin siste 6 måneder. Dermed kan det heller ikke vises hvor mange som har brukt minst ett av de aktuelle stoffene.

Kilde: SIRUS

## Voksenbefolkningen (15 år +)

Spørreundersøkelser om narkotikabruk i befolkningen 15 år og over har vært gjennomført i 1994, 1999, 2004 og 2009. Noen gangs bruk av de «tunge» stoffene økte fra 1994 til 1999 og har siden vært relativt stabil (Hordvin, 2010). I 2009 rapporterte noe under fem prosent at de hadde brukt slike stoffer noen gang. For bruk siste 12 måneder har det vært en nedgang på totusentallet hvor mindre enn

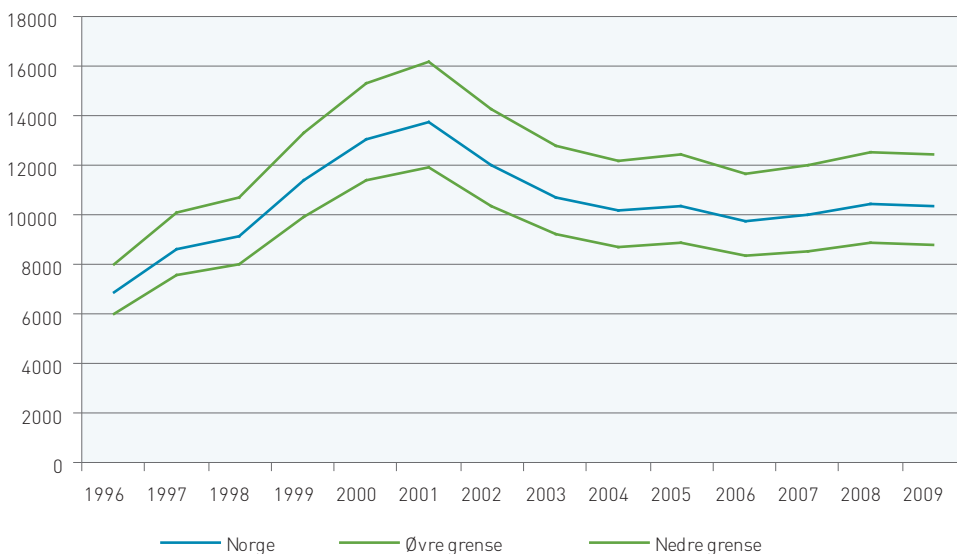


én prosent rapporterte om slik bruk. Det er en større andel som rapporterer bruk av amfetamin enn kokain og heroin.

## 14.4 Injeksjonsmisbruk

Beregninger av antall personer som injiserer narkotika viser en økning fram til 2001, det var så en nedgang fram til 2004, hvoretter det har vært en utflating (se figur 18). I de senere år er antall injeksjonsmisbrukere (de som har injisert minst én gang i det aktuelle år) beregnet til  $\pm 10\ 000$ .

**Figur 18. Beregnet antall sprøytebrukere, 1996–2009.**



Kilde: SIRUS

Nedgangen i antall sprøytebrukere fra 2001 til 2004 må knyttes til den sterke opptrappingen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 1998. Selv om heroinmisbrukere kommer i substitusjonsbehandling, er det imidlertid en relativt stor gruppe som fortsetter å injisere narkotika mens de er i slik behandling, noen faller også ut av behandlingen og tilbake til sprøytebruk. Ved intervjuer av sprøytebrukere ved den sentrale sprøyteutdelinga i Oslo er det eksempelvis omkring 25 prosent av de som er intervjuet i de senere år, som rapporterte å være pasienter i LAR (Bretteville-Jensen, 2011b). Personer som injiserer narkotika kan

også ellers ha til dels lange perioder der de av ulike grunner ikke tar narkotika med sprøyter. Det kan være at de tar seg en pause, at de er i behandlingsinstitusjon eller at de er i fengsel. Utflatingen av antall sprøytebrukere kan derfor dels tolkes som at personer faller tilbake i sprøytebruk, selv om tilbudet om LAR stadig utvides, dels som at det kommer til nye som ikke tidligere har tatt narkotika med sprøyte. Beregninger viser at både årlig avgang og årlig tilsig<sup>1</sup> til gruppa av injeksjonsmisbrukere, har vært på omkring 3 000 (2 200–3 500) i de seinere år, noe som innebærer at det samlede antallet som beregnes til å ha injisert narkotika minst en gang i det aktuelle år, har vært stabilt.

---

<sup>1</sup> Nye pluss tilbakefall

# 15 Narkotikarelaterte problemer og skader

*Ellen J. Amundsen, Odd Hordvin, Hilgunn Olsen & Astrid Skretting*

Narkotikabruk/-misbruk gir økt risiko for en rekke skader. Slike skader gjelder først og fremst for personen som bruker/misbruker narkotiske stoffer, ved at det gir økt risiko for ulike helseskader og for tidlig død. Videre medfører bruk/misbruk av narkotika forskjellige former for det vi gjerne kaller sosiale skader, som ødelagte relasjoner til familie, venner, ekskludering fra ulike sosiale arenaer osv. Det framgår av legemiddeloven § 24 og straffeloven § 162 at all ikke-medisinsk bruk, besittelse og omsetning av narkotika er forbudt i Norge. Dette innebærer at narkotikalovbrudd og straffeforfølgelse for slike lovbrudd utgjør en stor del av de narkotikarelaterte skadene, både for personen det gjelder og for samfunnet for øvrig. Bruk/misbruk av narkotika fører også til en rekke andre samfunnsmessige skader som for eksempel vinningskriminalitet. Det kan også hevdes at så lenge all befatning med narkotika er forbudt i Norge, vil straffeforfølgningen føre til det som kan kalles kontrollskader, ved at en straffeforfølgelse kan få konsekvenser for den det gjelder utover selve straffen. Videre vil bruk og omsetning av narkotika i det offentlige rom, kunne oppleves som plagsomt for folk flest, og i noen grad også truende. Vi vil i dette kapitlet redegjøre for utvikling når det gjelder en rekke slike skader.

## 15.1 Narkotikarelaterte sykdommer

Narkotikabruk/-misbruk gir som nevnt økt risiko for ulike typer helseskader. Når vi ser på de negative konsekvensene av narkotikabruk, blir det viktig å huske at slik bruk ofte overlapper med bruk av alkohol eller legemidler, og at det noen ganger er vanskelig å fastslå om en skade eller et problem kan tilskrives bruken av den ene eller den andre substansen eller kombinasjonen av dem.

Babor og medarbeidere (2010b), som nylig har gått gjennom den internasjonale forskningslitteraturen om narkotikarelaterte skader og problemer, beskriver fem hovedkategorier av *helseskader*:

- Overdoser
- Andre akutte skader som ulykker, vold og suicidal atferd
- Ikke-smittsomme somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og ulike smertetilstander
- Psykiske lidelser. I tillegg til at narkotikaavhengighet i seg selv klassifiseres som en psykisk lidelse, henger narkotikabruk også sammen med flere andre psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og depresjon
- Smittsomme sykdommer som hepatitt B, hepatitt C og HIV.

Mens de to første kategoriene beskriver akutte skader, er de tre siste primært knyttet til langvarig bruk. Det foreligger imidlertid ikke systematiske data for omfanget av mange av disse helseskadene. Dette gjelder eksempelvis omfanget av psykiske problemer og generell nedsatt helsetilstand som følge av narkotikabruk, sårskader som følge av injisering av narkotika, osv. Injeksjonsmisbruk medfører en særlig risiko for overføring av smittsomme sykdommer som hepatitt og HIV, gjennom deling av sprøyter. Gjennom Folkehelseinstituttets meldesystem for smittsomme infeksjonssykdommer, MSIS, har vi en viss oversikt over omfanget av slike sykdommer blant de som tar narkotika med sprøyte ([www.msis.no](http://www.msis.no)).

## **Hepatitt B og C**

I perioden 1995–2008 var det en stor økning i antall meldte tilfeller av hepatitt B blant injeksjonsmisbrukere. I de siste par årene har det imidlertid vært en nedgang, med 23 nye tilfeller i 2009 og 4 tilfeller i 2010. Vaksinerings av personer i risikogruppen har bidratt til nedgangen. Tre til fem prosent av de smittede blir kroniske bærere. Til sammen ble det meldt om 1 950 tilfeller av hepatitt B blant injeksjonsmisbrukere i perioden 1995–2010.

Hepatitt C -viruset ble identifisert i 1988, og mange sprøytebrukere var allerede da smittet. Sykdommen blir kronisk hos ca 70–80 prosent av de som er smittet. Da det ikke finnes vaksiner mot hepatitt C, må en her satse på informasjon om at sprøytebrukere ikke må dele sprøyter og annet brukerstyr. I studier av sprøytebrukere framgår det at opp til 70–80 prosent har vært smittet. Fram til 2007 var det bare nye smittetilfeller som ble meldt til MSIS. Fra 2008 er også kronisk hepatitt C meldepliktig. I 2008 ble det meldt i underkant av 1 700 tilfeller, i 2009 ca

1 000 og i 2 010 637 tilfeller av kronisk hepatitt ([www.msis.no](http://www.msis.no)). Brorparten av disse antas å være injeksjonsmisbrukere som er smittet gjennom deling av sprøyter. Nedgangen skyldes at mange har vært kroniske bærere og at «poolen» av smittede blir avdekket i størst omfang ved oppstart av rapportering. Nedgangen trenger med andre ord ikke bety at smitteoverføringen er redusert.

## **HIV og AIDS**

I Norge var det ved utgangen av 2010 meldt inn til sammen ca 580 HIV-tilfeller blant personer som har tatt narkotika med sprøyte. Blant sprøytebrukere ble det beregnet at faktisk smitteoverføring av HIV var på topp i 1985–86 og at det deretter falt bratt. I de senere år er det registrert ca 12 nye personer med HIV pr år der bruk av sprøyte ble ansett som sannsynlig smitemåte ([www.msis.no](http://www.msis.no)). Dette er et lavt tall sett i forhold til den totale populasjonen av det estimerte antall sprøytebrukere.

## **Helseskader ved cannabisbruk**

Cannabis er det narkotiske stoffet som er klart mest utbredt i Norge (Lund et al., 2007; Tefre et al., 2007; Vedøy & Skretting, 2009). Det er gjort en oppsummering av forskning på mulige skadevirkninger ved bruk av cannabis (Room et al. 2008).

Når det gjelder de umiddelbare konsekvensene av cannabisinntak, rapporteres det at korttidshukommelsen svekkes, motoriske ferdigheter reduseres og reaksjonsevnen svekkes. Dette betyr at aktiviteter som krever koordinasjon, konsentrasjon og fysisk utfoldelse blir vanskeligere å utføre under cannabispåvirkning, og i et folkehelseperspektiv er det i første rekke trafikkskader som representerer det største problemet knyttet til akutte effekter av cannabisbruk. Risikoen for akutt forgiftning eller dødelig overdose er lav ved cannabisbruk sammenliknet med andre psykoaktive stoffer.

Av kroniske plager og skader fremheves sykdommer i lunger og luftveier, som kronisk bronkitt, lungebetennelser og andre luftveisinfeksjoner. Det er ikke påvist noen sammenheng mellom cannabisrøyking og lungeemfysem. Cannabisrøyk inneholder mange av de samme kreftfremkallende stoffene som tobakksrøyk, og noen studier tyder på at røyking av cannabis også kan forårsake kreft i lunger og øvre luftveier. For øvrig synes cannabisbruk å kunne gi strukturelle forandringer i de områdene av hjernen som påvirker hukommelse og følelser. Her vil omfang av bruk – både mengde og varighet – være av betydning. Det er etter hvert dokumentert at jevnlig cannabisbruk er forbundet med økt risiko for psykotiske lidelser. Man vet imidlertid fortsatt lite om mulige årsaksmekanismer bak disse sammenhengene

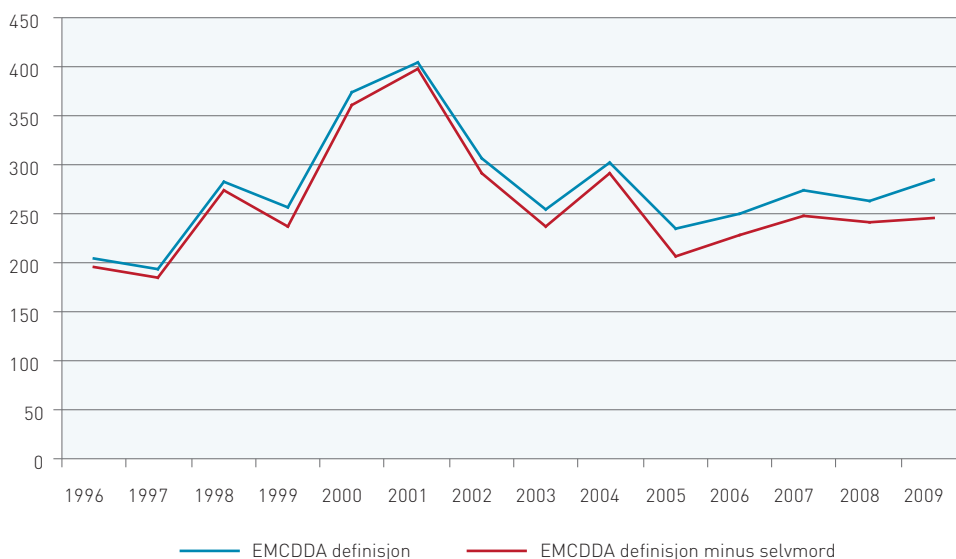
(Arseneault et al., 2004; Degenhardt & Hall, 2006; Moore et al., 2007), og man må ta i betraktning muligheten for at grupper som bruker cannabis også har en høyere grad av sårbarhet for psykoseutvikling enn andre.

## 15.2 Overdosedødsfall

Personer som bruker det vi gjerne kaller «tunge» stoffer og spesielt de som injiserer slike stoffer, har en relativt høy risiko for å dø. I Norge påvises heroin eller andre opiater/opioider (inklusive metadon og buprenorfin) i 85–90 prosent av overdosedødsfallene (Ødegård, 2010; Simonsen et al., 2010). Andre stoffer kan imidlertid også forårsake overdosedødsfall, spesielt hvis de tas i kombinasjoner som demper åndedrettet eller i mengder som gir andre livstruende tilstander.

Antall overdosedødsfall økte fra midten av 1970-tallet fram til 2001, hvoretter antallet gikk ned i 2002 og 2003, og har så flatet ut, se figur 19. I 2009 ble det rapportert om 285 tilfeller, det høyeste antallet siden 2004 da 303 personer døde av overdoser. EMCDDAs definisjon omfatter også selvmord ved forgiftning av narkotisk stoff. Det er denne definisjonen som brukes i de europeiske sammenligninger. I figur 19 vises også en kurve hvor selvmord ikke er med.

**Figur 19. Overdosedødsfall 1996–2009.**



Kilde: Dødsårsaksregisteret

## 15.3 Prøver fra bilkjøring med mistanke om påvirkning av rusmidler

Kjøring i påvirket tilstand kan føre til ulykker og skader både for føreren og for andre trafikanter. Prøvene fra bilførere mistenkt for kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler analyseres årlig av Folkehelseinstituttet (se Edland-Gryt, 2011). Det samlede antall prøver har vært stabilt  $\pm 10\ 000$  i de siste 20 årene. Mens det tidligere var klart flest prøver der mistanken var knyttet til promillekjøring (alkohol), har det vært en økning i antall prøver med mistanke om kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler (dvs. at en tester for både alkohol og andre substanser). I 2010 var det omtrent like mange prøver fra bilførere mistenkt for promillekjøring (alkohol) og fra bilførere mistenkt for kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler.

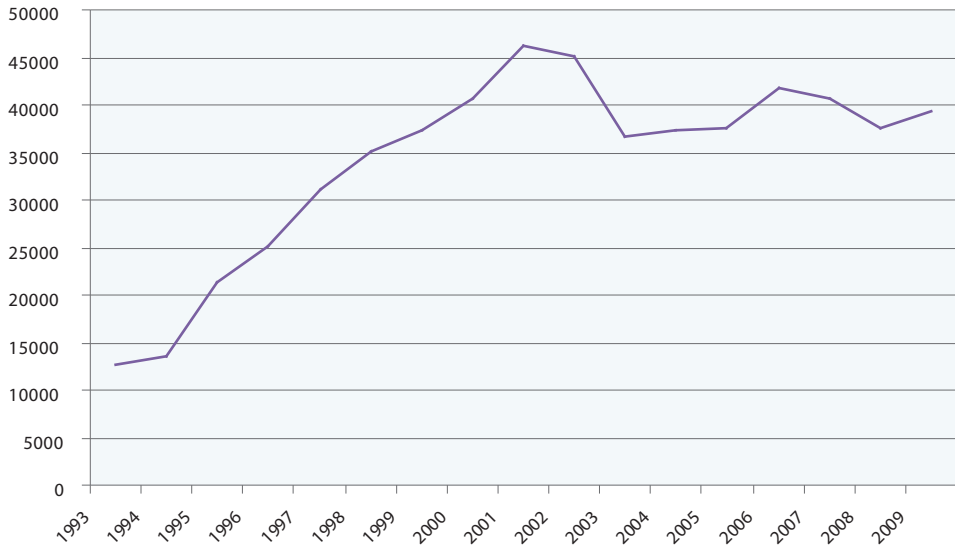
## 15.4 Narkotikalovbrudd

Statistisk sentralbyrå (SSB) fører oversikt over antall anmeldte og etterforskede lovbrudd, oppklarte lovbrudd, antall siktelser, antall siktede, osv. Dette omfatter også brudd på legemiddeloven § 24 og straffeloven § 162, som begge omfatter narkotikalovbrudd. Det framgår imidlertid ikke av disse oversiktene hvilke typer og mengder av de narkotiske stoffene det dreier seg om. KRIPOS koordinerer informasjon om beslag av narkotika fra politi og tollvesen. Vi vil her presentere noen slike data og se på utvikling fra midten av 1990-tallet fram til i dag.

### Anmeldte og etterforskede saker

Figur 20 viser utvikling i antall anmeldte narkotikalovbrudd i tidsrommet 1993–2009 slik det framkommer i kriminalstatistikken fra SSB ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Til forskjell fra de fleste andre lovbrudd, blir narkotikalovbrudd i all hovedsak anmeldt av politiet selv og vil derfor langt på vei gjenspeile politiets innsats og prioriteringer. Hvis politiet eksempelvis i perioder satser spesielt på såkalte brukersaker etter straffeloven § 162 1. ledd og legemiddeloven, vil antall anmeldelser for slike forhold øke uten at det nødvendigvis innebærer en reell økning. Det samme vil til en viss grad gjelde for antall etterforskede saker. Kriminalstatistikken viser imidlertid at det var en markant økning i det totale antall anmeldte narkotikalovbrudd i løpet av 1990-tallet, fra 12 714 saker i 1993 til 40 730 i 2000. En foreløpig topp ble nådd i 2001 med 46 251 saker. Deretter har antallet stabilisert seg, men på et lavere nivå. I 2009 ble det anmeldt 39 280 narkotikaforbrytelser, som er omtrent gjennomsnittet for årene etter 2001.

**Figur 20. Anmeldte narkotikaforbrytelser 1993–2009\***



\* Antall saker

Kilde: SSB

Forholdet mellom antall anmeldte narkotikalovbrudd etter henholdsvis legemiddeloven og straffeloven har endret seg noe i de senere årene. Mens det i de første årene etter tusenårsskiftet var klart flere anmeldte lovbrudd etter legemiddeloven enn etter straffeloven, har dette jevnet seg noe ut i de siste par årene. I 2009 var antall anmeldte lovbrudd etter legemiddeloven 19 899, mens antall anmeldte narkotikalovbrudd etter straffeloven var 19 389.

Omfanget av den grove narkotikakriminaliteten kan belyses ved antall straffesaker de siste årene som på grunn av store beslag kommer inn under straffeloven § 162 3. ledd (tabell 2).



**Tabell 2. Antall 3.-leddsaker 2007–2010 (de mest alvorlige narkotikaforbrytelsene).**

Type narkotika	Mengdevilkår	2007	2008	2009	2010
Amfetamin/ metamfetamin	> 3 kg	28	14	21	12
Kokain	> 3 kg	6	4	4	3
Ecstasy	> 15 000 tabletter	0	0	1	0
Cannabis	> ca. 75 kg	3	3	6	2
Heroin	> 0,75 kg	1	16	32	29
Benzodiazepiner	> ca. 200 000 tabletter	0	1	0	1
Sum		38	38	64	47

Kilde: Kripos

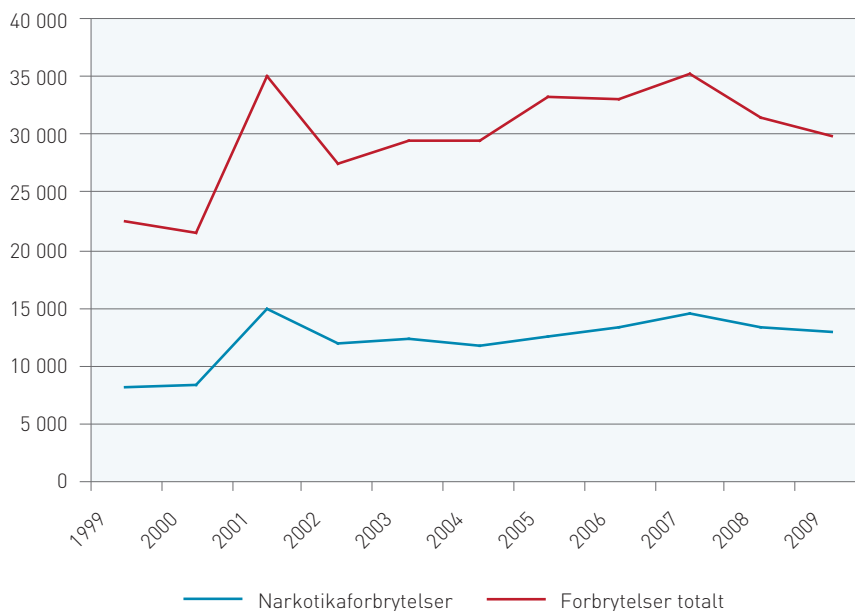
Når det gjelder ferdig etterforskede narkotikaforbrytelser, foreligger det så langt data fram til og med 2009. Utviklingen ser imidlertid ut til å være den samme som for anmeldelser. Det var en kraftig økning fram til 2001, hvor det var ca 44 000 slike saker. Deretter har det vært en stabilisering med rundt 37–40 000 saker årlig.

## 15.5 Straffereaksjoner

Ser vi på det totale antall straffereaksjoner, utgjør straffereaksjoner knyttet til narkotikakriminalitet den største gruppen, og utgjorde i 2009 hovedlovbrudd i noe over 40 prosent av straffereaksjonene i forbrytelsessaker (figur21). Dette er et forhold som har holdt seg relativt stabilt over år. Det kan imidlertid gi et noe skjevt bilde, da oppklaringsprosenten for narkotikaforbrytelser er høyere enn for alle andre typer forbrytelser. Eksempelvis var andelen oppklarte forbrytelser i 2007 totalt sett 35 prosent, mens den var nær 90 prosent for narkotikaforbrytelser.

Anmeldte brudd på legemiddeloven, som årlig utgjør rundt halvparten av alle narkotikalovbruddene, fører (nesten) alltid til straffeforfølgelse av gjerningsperson. Dette innebærer siktelse eller tiltale som resulterer i en eller annen straffereaksjon. På den annen side kan mange ikke-narkotikarelaterte dommer skjule narkotikakriminalitet, til dels av relativt graverende art, som ikke blir pådømt siden kun hovedlovbruddet, det mest alvorlige forholdet, blir synliggjort i kriminalstatistikken.

**Figur 21. Antall straffereaksjoner for narkotikaforbrytelser som hovedlovbrudd 1999–2009.**



Kilde: SSB

Antall pådømmelser for narkotikaforbrytelser etter straffeloven økte betydelig rundt årtusensskiftet, fra 4 687 reaksjoner i 1999 til 7 548 reaksjoner i 2001. I de påfølgende år har antallet vært mellom ca 6 000 og 7 500. Det har imidlertid vært nær en fordobling (47 prosent) for grove narkotikaforbrytelser de siste 10 årene, fra 356 i 1999 til 667 i 2009.

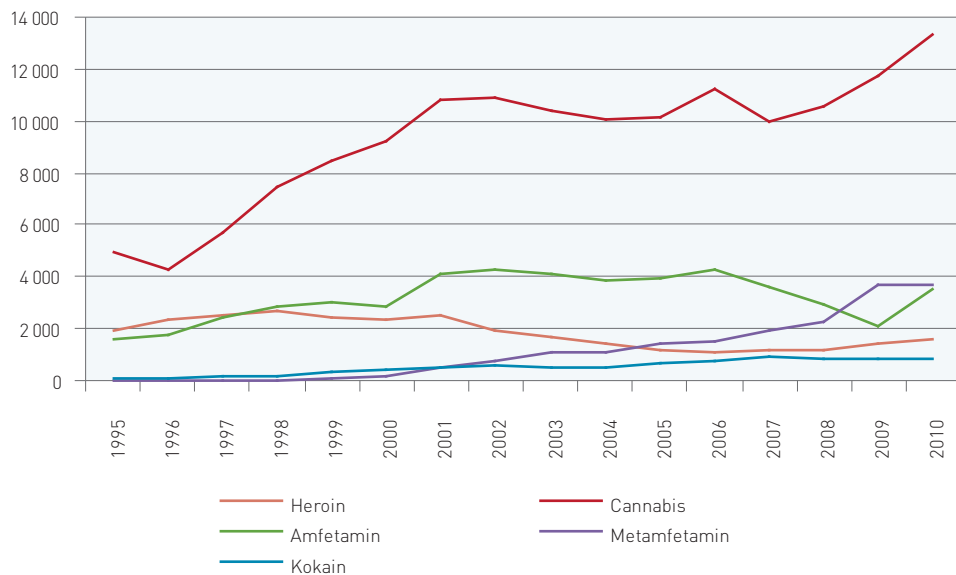
Når det gjelder reaksjoner for brudd på legemiddeloven, var det en topp i 2001 med 7 314 reaksjoner. I årene etter har det så vært en nedgang. I 2009 ble det registrert 5 583 slike reaksjoner, det nest laveste antallet på 2000 tallet. Det må antas at så godt som alle reaksjoner etter legemiddeloven gjelder bruk eller besittelse av små kvanta narkotika som hovedlovbrudd.

## 15.6 Beslag

Politiet og tollvesenet beslaglegger årlig store mengder narkotika i Norge (KRIPOS, 2011). Antall beslag vil være påvirket av politiets og tollvesenets ressurstilgang og prioritering. Beslag som gjøres i Norge kan i tillegg omfatte narkotiske stoffer som

er ment for andre markeder enn det norske. Antall beslag vil som regel være en bedre indikator for omfang av narkotikabruk enn beslaglagt mengde. Dette fordi det kan være mer tilfeldig fra år til år hvor mye som blir beslaglagt av ulike stoffer, enn hva gjelder antall beslag.

**Figur 22. Antall beslag av ulike narkotiske stoffer 1995–2010.**



Kilde: Kripes

Figur 22 viser utvikling med hensyn til antall beslag gjort i Norge av ulike narkotiske stoffer. Det var en stor økning i antall beslag av cannabis på siste del av 1990-tallet, fra omkring 5 000 i 1995 til noe over 9 000 i år 2000. Etter tusenårsskiftet har antall cannabisbeslag vært relativt stabilt i overkant av 10 000. Når det gjelder amfetaminer, ser vi at det har vært en stor økning i beslag av metamfetamin på 2000-tallet. Antall beslag av heroin er imidlertid redusert etter tusenårsskiftet, fra 2 000–2 500 i siste halvdel av 1990-tallet til noe over 1 000 i de senere år. Med hensyn til kokain har det vært en relativt stor økning, fra under 100 beslag midt på 1990-tallet til 8–900 i de senere år.

## 15.7 Kontrollskader

Som andre land har Norge ulike tiltak for å håndheve forbudet mot all ikke-medisinsk befatning med narkotika. Det gjelder f. eks. tollkontroll ved grenseoverganger, ileggelse av bøter og fengselsstraff for bruk, besittelse og omsetning av narkotika, osv. Det vil være ulike oppfatninger av de positive effektene av slike tiltak. Narkotikapolitiske kontrolltiltak kan imidlertid også ha negative effekter, eller det som gjerne kalles kontrollskader, ved at de påfører individet og/eller samfunnet problemer. Norge har tradisjonelt hatt sterke innslag av kontrolltiltak i narkotikapolitikken, selv om helse- og sosialpolitiske tiltak i de senere år har fått stadig større plass.

For det enkelte individ vil mulig stigmatisering og utstøting være eksempler på slike negative effekter eller kontrollskader som følge av en restriktiv narkotikapolitikk. Andre eksempler kan være problemer på arbeidsmarkedet, begrensninger for yrkesvalg, innreiseforbud i enkelte land osv. som følge av anmerkninger i strafferegisteret. Det kan ut fra slike problemer stilles spørsmål ved hvorvidt det eksempelvis er hensiktsmessig å straffeforfølge ungdom for bruk/ besittelse av cannabis eller andre «lette» narkotiske stoffer.

Det vil også kunne hevdes at så lenge det er forbudt å bruke narkotiske stoffer, vil omsetningen foregå illegalt uten kontroll av kvalitet. Illegal omsetning åpner også for at det blandes inn urene substanser, noe som vil kunne medføre infeksjoner og økt fare for overdosering. Dette er skader som ville kunne være unngått hvis substansene var tilgjengelige gjennom legale, kontrollerte kanaler.

På samfunnsnivå vil den omfattende svarte økonomien som følger av at stoffenes illegale status, kunne sies å være en kontrollskade. På verdensbasis er handel med illegale stoffer en av de viktigste aktivitetene til grupperinger som driver organisert kriminalitet, og UNODC anslår at det årlig omsettes narkotika for om lag 400 milliarder (bn) US\$ (UNODC, 2010). Kostnadene ved å straffeforfølge kan også sees som en samfunnsmessig kontrollskade ved at det her brukes relativt store ressurser som kunne vært benyttet til andre samfunnsnyttige formål. Av kriminalstatistikken fremgår det som nevnt at narkotikakriminalitet er den største gruppen lovbrudd, og i 2009 var narkotikaforbrytelser hovedlovbrudd i 43 prosent av alle forbrytelsessaker ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)).

Legger vi til annen kriminalitet som ofte vil være en følge av narkotikabruk, for eksempel vinningsforbrytelser, kostnader ved urinprøver og andre former for

narkotikakontroll som utføres i fengslene og i sammenheng med behandling, vil de samfunnsrelaterte kontrollkostnadene utgjøre betydelige beløp.

Utgangspunktet for at bruk og omsetning av noen typer rusmidler er forbudt ved lov, er at forbudet skal forebygge bruk og misbruk. Om og i hvilken grad så er tilfelle er omdiskutert. Eksempelvis uttaler lederen for UNODC, Antonio Maria Costa, i 2009 at en aldri vil få full kontroll med rusmidler som er illegale, og at en derfor burde ha dratt lærdom av alkoholforbudet på 20-tallet hvor dette ikke synes å ha hatt noen viktig forebyggende effekt (UNODC, 2009). Det kan med andre ord diskuteres hva som samlet sett medfører minst skade på individ og samfunn; en opprettholdelse av strafferettslig kontroll av narkotika eller en dekriminalisering/legalisering av bruk/besittelse/omsetning.

## 15.8 Åpne bruk- og omsetningssteder

Hvordan samfunnet skal håndtere en situasjon hvor åpenbart hjelpetrengende personer samler seg i sentrumsnære områder for å omsette og bruke illegale rusmidler, er en stadig tilbakevendende diskusjon. Historisk sett har problemet vært møtt med ulike straffereaksjoner, men etter som årene har gått uten at dette har ført til de ønskede resultater, har ulike former for hjelpeinnsatser fått stadig større plass. Dette gjelder eksempelvis oppsøkende arbeid, lavterskeltilbud som spesielle helsestasjoner for rusmiddelmissbrukere, sprøyteutdeling, sprøyterom og økt satsing på behandling med og uten medikamenter.

### Tiltaksplanen for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum

Helt fra det «nye» narkotikaproblemet kom til Norge på midten av 1960-tallet, har personer som bruker illegale narkotiske stoffer hatt tilhold i ulike deler av Oslo sentrum. Gruppen som har tiltrukket seg mest oppmerksomhet, har gjennom årene hatt tilhold ulike steder langs Karl Johan-aksen, men det har også vært mindre samlingssteder i andre deler av sentrum og i bydelene. Når det gjelder andre norske byer, er det særlig Bergen med Nygårdsparken som har vært i søkelyset.

Det er imidlertid først og fremst situasjonen på den såkalte «Plata» i Oslo som gjennom de senere år har vært gjenstand for vedvarende debatt og krav om tiltak. Betegnelsen «Plata» ble tatt i bruk da det synlige misbruksmiljøet i Oslo sentrum forflyttet seg til Christian Fredriks plass ved Oslo S mot slutten av 90-tallet, og situasjonen utviklet seg fra vondt til verre. Den tiltagende elendigheten og den

åpenlyse bruken og omsetningen av narkotika ved årtusenskiftet, førte til at Oslo kommune, Oslo politidistrikt og sentrale myndigheter gikk sammen om en «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum» (Oslo kommune, 2003).

Det overordnede målet med planen var å skape alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum med den hensikt å:

- Løse opp miljøet av rusmiddelmissbrukere i sentrum.
- Hindre den omfattende narkotikaomsetningen samme sted.
- Redusere rekrutteringen til miljøet.

Planen inneholdt en rekke tiltak som til sammen tok sikte på å yte hjelp til rusmiddelmissbrukere og holde dem vekk fra sentrumsmiljøet. Det ble lagt opp til at politiet skulle ha en aktiv rolle med hensyn til å bistå rusmiddelmissbrukere med å få nødvendig hjelp fra sosialtjenesten. Videre ble tett samarbeid mellom ulike kommunale etater, mellom Oslo kommune og andre kommuner, mellom Oslo kommune og Oslo politidistrikt, tillagt stor vekt.

Evalueringen av tiltaksplanen oppsummerer at de mange enkelttiltakene stort sett så ut til å ha fungert positivt for den aktuelle målgruppa (Olsen & Skretting, 2006). Oslo kommune gjorde en betydelig innsats med hensyn til å forsterke eksisterende tiltak og etablere nye. Det var imidlertid ikke grunnlag for å si at planen bidro til at rusmiddelmissbrukere holdt seg mer borte fra sentrumsområdet enn tidligere. De mange enkelttiltakene i planen ble derfor mer et *supplement* enn et *alternativ* til sentrumsmiljøet.

Samarbeid og koordinering inngikk som bærende elementer i Tiltaksplanen. Oslo kommune og Oslo politidistrikt hadde i utgangspunktet et godt samarbeid på overordnet nivå, og dette ble ytterligere forbedret. Når det gjaldt samarbeid mellom ulike instanser på grunnplanet, var bildet ikke like entydig, selv om også dette i all hovedsak framsto som positivt. Forventningene til i hvilken grad politiet skulle kunne bidra til at flere rusmiddelmissbrukere kom inn i behandling eller andre hjelpetiltak syntes imidlertid å ha vært urealistiske. Det kan også stilles spørsmål ved i hvilken grad de oppsatte mål for Tiltaksplanen var realistiske (ibid.).

## Internasjonale erfaringer

Andre europeiske land står overfor de samme utfordringer som Norge og Oslo/Bergen når det gjelder åpne miljøer med bruk og omsetning av narkotika. På samme måte som i Norge har problemet i stor grad blitt møtt med straffereaksjoner, men det finnes byer i Europa som ser ut til å ha håndtert slike problemer noe annerledes og med positivt resultat. Dette gjelder eksempelvis Amsterdam, Frankfurt, Lisboa, Wien og Zürich. I en rapport fra Seraf har en sett nærmere på hva som er gjort i de nevnte byene for å bedre en situasjon, som i utgangspunktet mer eller mindre tilsvarte situasjonen vi kjenner fra Oslo (Waal et al., 2011).

En fellesnevner er at problematisk bruk av illegale stoffer og avhengighet først og fremst sees på som et helseproblem, samtidig som en parallelt bruker kontrolltiltak for å forhindre at gruppa det gjelder er til plage for folk flest. En nødvendig forutsetning for å få dette til å fungere synes å være et forpliktende og politisk forankret samarbeid mellom helsevesen, sosialsektor og politi. Det pekes også på nødvendigheten av lett tilgjengelige hjelpetjenester

Waal et al. (2011) oppsummerer at kriterier som synes å henge sammen med positive resultater i bekjempelse av åpne narkotikamiljø, var at byene:

- hadde lyktes i å kombinere restriktive tiltak og hjelpetiltak
- hadde lyktes i å endre og få til en gjensidig rolleforståelse mellom politi, hjelpetjenester og brukere
- hadde lett tilgang til lavterskel vedlikeholdsbehandling, som oftest med metadon
- hadde kontinuerlig innsats for å oppløse og forhindre åpne misbruksmiljøer
- slo ned på åpen bruk og omsetning av narkotika
- hadde utviklet en grunnleggende akseptering av personene som bruker narkotika, også de som ikke klarer eller vil stoppe sin bruk av illegale rusmidler
- aldri hadde tillatt destruktiv atferd å fortsette, og hadde utviklet tilnæringer som stilte krav til misbrukerne
- hadde ingen toleranse for bråk fra misbrukerne i det offentlige rom (public nuisance)
- hadde kommet fram til en «fredslutning» mht. hvordan en kan få til en sameksistens mellom samfunnet og narkotikamisbrukere.

At de nevnte byene har lyktes i å gjøre noe med de åpne narkotikamiljøene, betyr imidlertid ikke at disse miljøene er borte, men at de er betydelig redusert. Det er

også urealistisk å tro at en kan få bukt med narkotikaproblemet gjennom sosialfaglig forebygging, kontrolltiltak, behandling og straffereaksjoner. Det vil trolig alltid være rusmiddelmisbrukere som av ulike grunner vil oppholde seg i sentrale sentrumsmiljøer uavhengig av intervensjon.

## **15.9 Skadereduksjonstiltak – noen dilemmaer**

Det er etablert en rekke tiltak med sikte på å redusere ulike former for skader som kan oppstå som følge av narkotikabruk/misbruk (jf. kap. 8). Da det i de fleste tilfeller vil være ulike dilemmaer knyttet til skadereduksjonstiltak, må en veie de positive sidene opp mot eventuelle negative sider. I en del tilfeller kan en også stille spørsmål ved om aktuelle tiltak er hensiktsmessig eller står i forhold til skadene tiltaket er ment å redusere eller forebygge. Norge driver eksempelvis en storstilt utdeling av sprøyter og det er anledning for kommuner som ønsker det, å etablere sprøyterom. Vi vil her trekke fram noen dilemmaer knyttet til disse to tiltakene.

### **15.9.1 Reduserer sprøyteutdeling spredning av HIV og hepatitt C?**

Etter at HIV epidemien slo til for fullt i den vestlige verden på 1980-tallet, med høye smittetall blant personer som injiserte narkotiske stoffer, ble det i mange land satt i gang utdeling av sterile sprøyter for å forebygge smitteoverføring. I Norge startet en med sprøyteutdeling i Oslo i 1988, og i dag har de fleste større kommuner sprøyteutdeling som en del av sitt lavterskeltilbud til rusmiddelmisbrukere. I Norge selges også sprøyter på apotek uten resept. Internasjonalt varierer det om og hvor lett det er for injeksjonsmisbrukere å få tilgang på reine sprøyter. Det er eksempelvis ikke fri tilgang på sprøyter i USA. I vårt naboland Sverige er sprøyter reseptbelagt og det er bare et par kommuner i Skåne som har en ordning med sprøytebytte.

Argumentasjonen for å dele ut reine sprøyter og annet brukerstyr, er at enkel tilgang vil føre til at færre deler sprøyter. Det er gjennomført en rekke studier der en søker å belyse hvorvidt god tilgang på reine sprøyter reduserer nye smittetilfelle. Hovedbudskapet i en oppsummerende rapport av slike studier fram til ca 2000 var et klart ja: sprøyteutdeling forebygger smitteoverføring av HIV. Sprøyteutdeling var derfor en viktig del av Verdens helseorganisasjon sin strategi for å redusere smitteoverføring blant personer som injiserer narkotika (Wodak & Cooney, 2004, 2006). Blant de som er positive til skadereduserende tiltak på narkotikafeltet, har det generelt vært lite populært å stille spørsmål ved om sprøyteutdeling faktisk reduserer overføring av smittsomme sykdommer blant sprøytebrukere. Motstand mot sprøyteutdeling, eller å si at det ikke er vist at sprøyteutdeling forebygger



overføring av HIV, er blitt utlagt som et angrep på en human narkotikapolitikk og at man er tilhenger av repressive tiltak. Frontene har vært steile mellom de som har sett skadereduserende tiltak som viktige og nødvendige og de som har sett slike tiltak som feil tilnærming i narkotikapolitikken. Det kan i denne sammenheng stilles spørsmål ved om forskere alltid har vært «objektive» når de med grunnlag i forskning målbærer at sprøyteutdeling nødvendigvis reduserer spredning av HIV. Ved å ha ryggdekning i forskning har tilhengere av skadereduserende tiltak lettere kunnet få gjennomslag for sprøyteutdeling så vel hos politikere som hos andre beslutningstakere.

På midten av 2000-tallet påpekte imidlertid svenske forskere at de fant lite HIV-smitte blant sprøytemisbrukere i Stockholm og omegn, selv om det der ikke var legal tilgang på sprøyter. De ga ut fra dette uttrykk for skepsis til hvordan oppsummeringen av resultater av studier om effekter av sprøyteutdeling hadde foregått. De foretok en ny gjennomgang av aktuelle studier og kom fram til at det i kunnskapsoppsummeringene ikke var tatt tilstrekkelig hensyn til svakheter ved opplegg (design) av studier, og at tolkningen av resultater i retning av at sprøyteutdeling «virket» ble tatt på for svakt grunnlag (Käll et al., 2005). En ny gjennomgang der også en norsk forsker deltok, viste ytterligere svakheter ved at det ikke var tatt hensyn til at sprøyteutdelingstiltak som regel ikke kom i gang før etter at epidemien var på retur (Amundsen, 2006, 2007; Käll et al., 2007). Nedgang i nye HIV-tilfeller var derfor ikke nødvendigvis en konsekvens av sprøyteutdeling, men et trekk ved epidemiutviklingen. De framholdt også at forfatterne av den oppsummerende rapporten tolket enkeltstudier mer i retning av en positiv effekt enn det forfatteren av enkeltstudier selv hadde gjort. Et eksempel på dette er en studie av sprøyteutdelingsprogrammene i Malmö og Lund fra 1991 (Ljungberg, et al., 1991).

En annen grunn til å tvile på om sprøyteutdeling er effektivt for å hindre sprøyteutdeling, er knyttet til at hepatitt C, som også spres lett ved deling av sprøyter, forekommer hyppig også blant injeksjonsmisbrukere med lett tilgang til sprøyter (EMCDDA, 2009).

I to store kunnskapsoppsummeringer fra 2010 om effekter av narkotikapolitikk og narkotikapolitiske virkemidler, er det tidligere «vedtatte» budskapet om at det er påvist at sprøyteutdelingen er effektivt for å redusere overføring av smittsomme sykdommer, dempet ned. I Babor og medarbeidere (2010b) sies det at «*Needle exchange programs may prevent HIV infections but have no evidence of reducing*

*hepatitis C infections*». I Kimber og medarbeidere (2010) oppsummeres «.. *there is tentative evidence to support the effectiveness of needle syringe programs in reducing HIV incidence/prevalence among intravenous drug users*» og om hepatitt C-smitte: «.. *there is insufficient review level evidence to either support or discount the effectiveness of needle syringe programs in reducing hepatitis C infection*». Hepatitt C-viruset smitter lettere enn HIV-viruset, noe som kan være grunnen til at det er vanskeligere å forebygge smitteoverføring av hepatitt C enn HIV-viruset.

De nevnte kunnskapsoppsummeringene sier ikke dermed at sprøyteutdeling er nytteløst. Det er imidlertid vanskelig å etablere gode studier for å belyse den aktuelle problemstillingen. Vanligvis er personer som får sprøyter fra slike tiltak, mer utslått, mer marginalisert og har hyppigere sykdommer enn personer som skaffer seg sprøyter på andre måter. Det er også vanskelig å rekruttere sammenligningsgrupper, en gruppe som får sprøyter fra sprøyteutdeling og en annen som skaffer seg sprøyter fra andre kilder, for å sammenligne effekt eller situasjon mht. for eksempel helsetilstand. Stort sett kan man forvente at det går dårligere med personer som får sprøyter fra sprøyteutdeling enn de som bruker andre forsyningskilder, for eksempel med hensyn til injiseringsfrekvens. Dermed kan man heller ikke forvente at slike sammenligninger faller ut til fordel for sprøyteutdeling.

Ved å se på teori og empiri innen helsepsykologi om hva som bidrar til reduksjon av risikoadferd, vil man finne at en fysisk tilrettelegging for å endre atferd bare er en av mange nødvendige faktorer. God tilgjengelighet på rene sprøyter og brukerutstyr vil sjelden være tilstrekkelig for å unngå deling av brukerutstyr, men det kan bidra til å øke sannsynligheten for redusert risikoadferd. Andre faktorer vil være sosiale normer, motivasjon, og fysiske og psykiske evner til å gjennomføre en slik reduksjon (West, 2006). En persons atferd er også omgitt av en struktur av intervensjoner og normer som øker eller reduserer sjansen for å redusere risikoadferd. Hvis det eksempelvis er etablert en sosial norm om at man ikke skal dele sprøyter med en som er HIV-positiv og at man skal teste seg hyppig, vil det være langt lettere å følge opp med mindre risikofylt atferd med hensyn til smittespredning. Erfaringer fra arbeid med forebygging av HIV blant sprøytebrukere i Norge på 1980-tallet var at det ble etablert en norm blant sprøytemisbrukere om en strategisk sprøyteutdeling ved at den som evt. var HIV-positiv fikk sprøyten sist når mer enn en person brukte samme sprøyte. Dette er trolig hovedgrunnen til at HIV-epidemien blant sprøytebrukere ble begrenset i Norge. Når det gjaldt risiko for å bli smittet av hepatitt C, synes det imidlertid ikke som om at det ble etablert en slik

norm. Dette sammen med at hepatitt C-viruset smitter lettere enn HIV-viruset, kan bidra til å forklare at store deler av gruppen som tar, eller tidligere har tatt narkotika med sprøyte, er smittet med hepatitt C.

Sprøyteutdeling som utgangspunkt for kontakt mellom sprøytemisbrukere og hjelpetjenester, er noe som ofte nevnes som en positiv side ved sprøyteutdeling. Skil slik kontakt kunne oppnås, må imidlertid sprøyteutdelingen være organisert på en måte som bidrar til slik kontakt. Det kan derfor stilles spørsmål ved hvorvidt utdeling av sprøyter gjennom et vindu, slik tilfellet er i Oslo sentrum, legger til rette for videre hjelpetiltak.

### **15.9.2 Sprøyteromsordningen**

Stortinget vedtok i 2004 en midlertidig lov som ga kommunene anledning til å prøve ut en ordning med sprøyterom, og Oslo har hatt sprøyteromsordning fra januar 2005. Sprøyteromsordningen i Oslo har vært gjenstand for to evalueringer (Olsen & Skretting, 2007; Skretting & Olsen, 2009). Stortinget gjorde sprøyteromsloven permanent i juni 2009.

#### **Begrenset til injisering av heroin?**

På samme måte som andre tiltak som først og fremst har skadereduksjon som mål, innbærer en offentlig sprøyteromsordning ulike dilemmaer og problemer. Et åpenbart dilemma ved den norske sprøyteromsloven, er at ordningen bare omfatter *injisering av heroin*. Dette innebærer at det eksempelvis ikke er anledning til å røyke heroin, jmf. sprøyteromsloven § 2 første ledd bokstav a. Begrensningen er motivert med at injisering av heroin er å anse som spesielt risikofylt med hensyn til overdoser, abscesser etc., og at en ved en sprøyteromsordning vil kunne gi tryggest mulige rammer for en i utgangspunktet svært risikofylt atferd. Signaleffekten av å tillate blandingsmisbruk ble også tillagt vekt (Ot.prp. 56 (2003–2004)).

All den tid det er få eller ingen «reine» heroinmisbrukere i Norge og injisering av heroin også er sett på som mer risikofylt enn å røyke/innhalere stoffet, må det kunne stilles spørsmål ved hensiktsmessigheten av en slik avgrensning. Når en først har gått til det skritt å åpne for en ordning med et offentlig tiltak som legger til rette for inntak av narkotika, bør ikke ordningen i større grad oppmuntre til mindre risikofylt inntak av heroin og ellers tilpasses brukernes behov for å kunne innta andre typer narkotika enn heroin? Dette er forhold som også ble påpekt av flere instanser i forbindelse med høringsrunden som gikk forut for at sprøyteromsloven ble gjort permanent (Ot.prp.nr 59 (2008–2009)).

### **15.9.3 Opprettholdelse av injeksjonsmisbruk?**

Utdeling av sprøyter og en sprøyteromsordning er begge tiltak som kan bidra til å gjøre det enklere å fortsette et injeksjonsmisbruk. Norge har et urovekkende høyt antall overdosedødsfall, noe som etter alt å dømme har sammenheng med at sprøytekulturen står sterkt blant norske heroinmisbrukere (jmf kap 15.2). Som allerede påpekt, vil det derfor være ønskelig å få de som inntar heroin og andre narkotiske stoffer med sprøyte, til å innta det aktuelle stoffet på andre måter. Så lenge det legges til rette for lett tilgang på sprøyter og det etableres sprøyterom, vil en kunne si at sprøyteutdeling og sprøyterom begge er tiltak som er med på å opprettholde den sterke norske sprøytekulturen.

### **15.9.4 Riktig prioritering?**

Sprøyteutdeling er først og fremst motivert med forbygging av HIV. Som det framkommer i punkt 15.9.1, kan det stilles spørsmål ved hvorvidt den storstilte sprøyteutdelingen i Norge kan forklare den lave forekomsten av HIV blant norske injeksjonsmisbrukere. Motiveringen for sprøyteromsordningen er mer sammensatt, ved at den blant annet skal bidra til økt verdighet, økt kontakt med hjelpeapparatet, forebygging av infeksjoner og overdoser. Som det framgår av evalueringsrapportene, er det grunn til å tro at sprøyteromsordningen bidrar til økt verdighet for narkotikamisbrukere og at brukerne lærer opp til en mer hygienisk sprøytepraksis (Olsen & Skretting, 2007; Skretting & Olsen, 2009). Det er imidlertid vanskelig å dokumentere hvorvidt sprøyteromsordningen bidrar til økt kontakt med hjelpeapparatet eller at den forebygger overdoser.

Sprøyteutdeling og sprøyteromsordningen er begge tiltak som krever relativt store økonomiske og personellmessige ressurser. Det samme gjelder også andre tiltak med sikte på å redusere skader ved rusmiddelmisbruk. Det kan derfor være grunn til å diskutere hvorvidt ressurser som brukes på de aktuelle skadereduksjonstiltakene står i forhold til de oppsatte målsettinger. Mener en å kunne si at ressursbruken er en riktig samfunnsmessig prioritering, eller bør det heller satses mer på tiltak som peker ut av, eller i alle fall har som mål å redusere misbruk av rusmidler?

# 16 Narkotikasituasjonen i Norge sett i europeisk perspektiv

*Anne Line Bretteville-Jensen & Odd Hordvin*

I dette kapitlet vil vi se litt på narkotikasituasjonen i Norge, sammenlignet med andre land i Europa.

## 16.1 Bruk

Ser vi på bruk av narkotika slik det framkommer i ulike survey-undersøkelser, er det stort sett en lavere andel som har brukt ulike narkotiske stoffer i Norge sammenlignet med de fleste andre europeiske land (EMCDDA – årsrapporter). Data fra befolkningsundersøkelser viser at Norge ligger relativt lavt når det gjelder bruk av cannabis, kokain, heroin og ecstasy, både målt etter bruk noen gang (livstidsprevalens) og bruk i løpet av siste år. Når det gjelder amfetaminer er det imidlertid en noe større andel som har erfaring med disse stoffene i Norge enn i mange andre land.

### Cannabis

Ifølge 2010-årsrapporten fra EUs overvåkingscenter for narkotika – EMCDDA- er det i gjennomsnitt 23 prosent i aldersgruppen 15–64 år i Europa som har brukt cannabis noen gang. Danmark, Tsjekkia, Italia og Storbritannia har de høyeste andelenene fra 39 til 31 prosent, mens andelen i Norge er rundt 15 prosent (EMCDDA, 2010).

For mer aktuell bruk, det vil si bruk i løpet av siste år, ligger det europeiske gjennomsnittet på syv prosent, mens Tsjekkia, Italia, Spania, og Frankrike utmerker seg med de høyeste andelenene, mellom 15 og ni prosent. De samme fire landene ligger også øverst for bruk i løpet av de siste 30 dager, mellom ni og fem prosent, mens gjennomsnittet i Europa er fire prosent. Tilsvarende andeler for Norge er

omkring fire prosent for bruk siste år, og i underkant av to prosent i løpet av siste måned.

Begrenser vi oss til aldersgruppen 15–34 år, hvor utbredelsen er størst, har de samme fire landene de høyeste andelene for bruk av cannabis både i løpet av siste år og siste 30 dager, fra henholdsvis 28 til 17 prosent og 17 til 10 prosent. Gjennomsnittet for Europa er 13 prosent og syv prosent. I Norge er utbredelsen langt lavere, med syv prosent for bruk siste år og to prosent for bruk siste måned (Hordvin, 2010).

Hvert fjerde år blir det foretatt en omfattende europeisk skoleundersøkelse blant 15–16 åringer – ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). 2007-undersøkelsen viser at også her var det flest i Tsjekkia som hadde prøvd cannabis, 45 prosent. Norge er blant land med de laveste andelene, ved at seks prosent oppga at de hadde brukt cannabis noen gang (Hibell et al., 2009).

### **Kokain**

Kokain er langt mindre utbredt, men bruken ser ut til å øke i noen land. I følge EMCDDA er kokain det mest vanlige sentralstimulerende stoffet i Europa i dag (EMCDDA, 2010). I aldersgruppa 15–34 år rapporterer Storbritannia, Spania, Danmark og Irland de høyeste andelene for bruk noen gang, fra 15 til åtte prosent, mens gjennomsnittet for Europa er seks prosent. I Norge er det fire prosent. For bruk siste år har de samme fire landene også de høyeste andelene, mellom seks og tre prosent. Gjennomsnittet i Europa ligger på to prosent, mens andelen er mindre enn én prosent i Norge.

### **Amfetaminer**

Etter cannabis er amfetaminer (amfetamin og metamfetamin samlet) de mest brukte illegale stoffene i Norge. Andelen i aldersgruppen 15–34 år som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin, er omkring seks prosent, som er høyere enn det europeiske gjennomsnittet (fem prosent). Storbritannia har den høyeste andelen (15 prosent), fulgt av Danmark (11 prosent) og Tsjekkia (åtte prosent). For bruk siste år er andelen vel én prosent Norge ifølge den siste befolkningsundersøkelsen i 2009. Dette er omtrent som gjennomsnittet i Europa. For metamfetamin, som er farmakologisk nært beslektet med amfetamin, foreligger bare estimater i Tsjekkia og Slovakia. I norske undersøkelser spørres det kun om amfetamin siden brukerne i liten grad kan skjelne mellom de to stoffene.

Spesielt for Norge er de mange fatale konsekvensene det siste året ved inntak av PMMA, som er et amfetaminderivat, men anses som langt mer giftig. Siden juli 2010 har det ifølge Folkehelseinstituttet vært 20 overdosedødsfall knyttet til PMMA i Norge. Så vidt bekjent, er det ikke rapportert slike dødsfall i andre europeiske land de siste 10 årene. PMMA selges hovedsakelig i pulverform til amfetaminbrukere, men stoffet er også funnet i tablettbeslag i Europa, preget med ecstasylogoer, noe som gir indikasjon på en dreining av salget til dette markedet. Vi har hittil ingen oversikt over utbredelsen, men ifølge Kripos økte antallet beslag av PMMA betydelig i siste halvår av 2010 (Kripos, 2011).

### **Ecstasy**

Ecstasy utgjør ingen egen stoffgruppe. Dessuten er innholdet i tabletter som omsettes med ecstasylogo ikke lenger det samme som tidligere. I mer enn to tiår dominerte MDMA i beslagene, men de siste par årene er MDMA for en stor del blitt erstattet med andre rusmidler, først og fremst mCPP, et piperazin som gir en moderat hallusinogen virkning. Så også i Norge hvor andelen mCPP i analyserte ecstasybeslag utgjorde hele 69 prosent i 2010. Dette kan skyldes strengere regulering og dermed økende knapphet på råvare for tilvirkning av tabletter med MDMA. Målt ut i fra spørreundersøkelser og beslag, er bruken av ecstasy nå liten og på retur i Norge. Utbredelsen i andre europeiske land varierer, men er stort sett stabil. Tsjekkia topper nok en gang med en andel på nær åtte prosent over bruk siste år i aldersgruppen 15–34 år. I Norge er andelen under en prosent i samme aldersgruppe.

### **Opioider og sprøytebruk**

For å kunne beregne bruk av heroin og andre opioider er spørreundersøkelser lite egnet, siden dette er personer som vanskelig nås eller lar være å svare på slike undersøkelser. Det gjelder også de som ofte bruker amfetaminer og kokain. En tilnærming som brukes i flere land, er å analysere data om bruk av rusmidler fra registre over personer som tas inn i behandling. Etter hvert som vi får bedre datagrunnlaget fra Norsk Pasientregister, vil dette kunne bidra til å kunne gi anslag også over omfang av problematisk bruk av andre såkalt «tyngre» stoffer. I Norge foreligger det så langt estimat over antall sprøytebrukere og antall som bruker heroin (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009).

Estimater for bruk av opioider, hovedsakelig heroin og metadon, i ulike land i Europa varierer grovt regnet fra ett til åtte tilfeller per 1 000 innbyggere i aldersgruppa 15–64 år (EMCDDA, 2010). Norge ligger trolig i et midtsjikt med en andel på ca tre per 1 000, men dette anslaget er usikkert.

Ser vi kun på antall sprøytemisbrukere, er det bare halvparten av EU-landene som så langt har slike beregninger. Manglende data og brede konfidensintervaller for estimatene gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om tidstrender for injeksjonsbruk, men det er indikasjoner på at sprøytebruken går ned i noen land. Estimater for Norge er noe over tre per 1000 innbygger, høyere enn vektet gjennomsnitt (2,6 per 1000) for de land som har et slikt estimat. For Norge vil det si et antall på rundt 10 000 (intervall 8 700–12 300), og det store flertallet injiserer heroin. Antallet synes å ha vært ganske stabilt de siste årene (Hordvin, 2010).

### **Andre inntaksmåter**

Men selv om andelen som injiserer ikke kan sies å være spesielt høy per innbygger i Norge, er den trolig betydelig større hvis sammenligningen gjøres i forhold til estimert antall heroinbrukere. I mange europeiske land er andre inntaksmåter enn injeksjon mer vanlig, ved inhalering av heroin som oppvarmet damp («chasing», røyking), som pulver (snorting, sniffing), eller at de svelger stoffet. I behandlingsdata fra Belgia, Irland, Spania, Nederland og Storbritannia er røyking vanligste bruksmåte for mellom halvparten og tre firedeler av dem som oppgir opioider som mest brukte rusmiddel. Tilsvarende blir sniffing rapportert som vanligste bruksmåte blant ca. en tredel av disse pasientene i Østerrike og blant om lag halvparten i Hellas og Frankrike. Røyking av heroin forekommer i et visst omfang også i Norge. I et estimat fra 2008 anslo SIRUS at 15 prosent av alle heroinbrukere inntok heroin kun ved røyking, om lag 1 450 av 9 450 personer.

## **16.2 Hvorfor har Norge høyt antall overdosedødsfall og utstrakt sprøytekultur?**

Som det framgår av internasjonale sammenligninger, er det færre i Norge enn i de fleste andre vestlige land som oppgir å *ha prøvd* (brukt noen gang) ulike narkotiske stoffer. Det er også færre som synes å ha et såkalt «rekreasjonsbruk». Til tross for relativt lavt eksperimentell- og rekreasjonsbruk, synes det likevel som om Norge skårer noe høyere når det gjelder den mer intensive og alvorlige bruken av narkotika. Det er imidlertid svært vanskelig å tallfeste denne problembruken, så internasjonale sammenligninger blir her mer usikre enn ved beregninger av andeler i befolkningen som bare har prøvd ulike stoffer.

En intensiv bruk av stoffer som heroin, amfetamin og kokain, medfører som kjent stor risiko for mange typer negative konsekvenser, deriblant økt risiko for dårlig



helse og for tidlig død. Ifølge EMCDDA hadde Norge flest narkotikainduserte dødsfall pr innbygger i Europa i 2007 (EMCDDA, 2010).

### **Narkotikainduserte dødsfall («overdosedødsfall»)**

Det er trolig flere og sammensatte årsaker til at Norge har så mange narkotikainduserte dødsfall. Det høye tallet kan ikke forklares ved bare å se på antall problembrukere av narkotika. Flere alternative forklaringer er blitt lansert:

- *Norske problembrukere har en betydelig lavere risiko for å dø av andre årsaker enn overdose.* Tallene som brukes i EMCDDA sine sammenligninger er det som kalles narkotikainduserte dødsfall, dvs. dødsfall som kan settes i direkte tilknytning til inntak av ett eller flere narkotiske stoffer. Dødsfall som bare indirekte skyldes narkotikabruken, for eksempel narkotikarelaterte ulykker eller sykdommer, inngår ikke i sammenligningen. I land som Italia, Spania, Frankrike, samt i mange av de østeuropeiske statene, er andelen sprøytemisbrukere med HIV-smitte vesentlig høyere enn i Norge. Lav forekomst av HIV/AIDS blant norske sprøytemisbrukere og generelt færre «konkurrerende» dødsårsaker, kan bety at norske problembrukere i større grad dør av overdose enn av andre narkotikarelaterte dødsårsaker. En sammenligning av narkotikarelaterte dødsfall, dvs. også inkludert dødsfall som indirekte er forårsaket av narkotika, tyder på at forskjellen mellom Norge og andre land da blir betydelig redusert (Ødegård, 2010).
- *Norske problembrukere har et mer risikofyllt bruksmønster enn det man finner i mange andre europeiske land.* Risikoen for å dø av overdose stiger betydelig ved bruk av heroin (eller andre opioidholdige stoffer), og risikoen øker dramatisk dersom stoffet inntas intravenøst. I Norge er heroin det mest brukte narkotiske stoffet blant problembrukerne, og selv om enkelte sniffer eller røyker heroin, injiserer de fleste heroinbrukerne stoffet. Et slikt bruksmønster mangedobler risikoen for overdosedødsfall sammenlignet med for eksempel sniffing av heroin.
- Studier har vist at dødeligheten blant personer som injiserer heroin er mer eller mindre lik i ulike land. Eksempelvis har norske og nederlandske injeksjonsmisbrukere relativ lik dødelighet. Men, mens vi antar at ca 90 prosent av heroinbrukerne i Norge vanligvis injiserer stoffet, er den tilsvarende andelen blant nederlandske heroinister beregnet til 15 prosent. Dette innebærer at dersom Norge og Nederland hadde et likt antall heroinbrukere per innbygger, ville inntaksmåten av stoffet medføre at norske opiatbrukere hadde en betydelig høyere samlet risiko for tidlig død enn gruppen av heroinbrukere i Nederland.

- *Internasjonale forskjeller i prosedyrer, registreringspraksis og obduksjonsfrekvens.* Narkotikainduserte dødsfall er definert i henhold til internasjonale konvensjoner og klassifisert etter vedtatte kodeverk (ICD-10 er foreløpige siste versjon av den internasjonale sykdomsklassifiseringen som også Norge følger). For å avgjøre om et dødsfall faller inn under definisjonen, må det foretas en obduksjon, og blod- og/eller urinprøver av den avdøde må analyseres for å avgjøre hvilke stoffer vedkommende har inntatt. Obduksjoner er ressurskrevende, og ikke alle land har samme obduksjonsfrekvens. Registreringspraksisen varierer også, og ikke alle land tilsluttet avtalene følger vedtatte retningslinjer i samme grad.
- *Norge befinner seg på et tidligere stadium i narkotikaepidemien.* Narkotika-utbredelsen og bruksmønsteret i befolkningen er blitt sammenlignet med en sykdomsepidemi. Forskjeller i narkotikabruken mellom land forklares da med at de er i ulike stadier av epidemien. Når det gjelder narkotikadødsfall, erfarte flere europeiske land en sterk økning – og så en reduksjon – før land som Norge opplevde at antallet dødsfall steg markant. Dette var stort sett land der narkotika-problemet oppsto tidligere enn i Norge, og land som var før ute med å ta i bruk substitusjonsbehandling av opioidavhengige. Disse landene satte tidligere inn tiltak for å redusere overdosedødsfallene. Ut fra dette vil forskjellene i antall narkotikainduserte dødsfall kunne bli vesentlig mindre når «epidemien» også har vart lengre her i landet og mottiltakene som er igangsatt har fått mer tid til å virke.

### **Hvorfor står «sprøytekulturen» så sterkt i Norge?**

Injisering av narkotika medfører som kjent en betydelig forhøyet risiko for helseskader, sykdommer og tidlig død. Det kan derfor virke overraskende at ikke flere problembrukere foretrekker å sniffe, røyke eller spise/drikke stoffene. I mange andre europeiske land er sniffing/røyking av heroin nå den mest brukte inntaksmåten, mens det i Norge fortsatt er mest vanlig å injisere (Bretteville-Jensen & Skretting, 2010). Ulike forklaringer på den høye andelen injeksjonsmisbrukere er blitt lansert:

- *Høyt norsk prisnivå på narkotika.* Injeksjon er den mest kostnadseffektive inntaksmåten (en heroinist må eksempelvis bruke tre ganger så mye av stoffet når det røykes som når det injiseres for å oppnå samme ruseffekt). Siden det norske prisnivået på narkotika tradisjonelt har ligget langt over det europeiske gjennomsnittet, kan dette ha medvirket til at norske heroinbrukere i større grad injiserer stoffet enn hva tilfellet er i andre land. Prisfallet på narkotika de senere år har imidlertid medført at norske priser er kommet mer på linje med prisene

ellers i Europa, uten at dette ser ut til å endre injiseringspraksisen i særlig grad. Røyking av heroin rapporteres imidlertid i noe større grad også blant norske heroinister, men mange ser ut til å gå over til injisering etter hvert (ibid.).

- *Særegen norsk ruskultur.* Det er blitt hevdet at den norske/nordiske ruskulturen, med større innslag av fyll/ sterk beruselse og hard festing, også medvirker til at problembrukerne søker mer ekstreme rusopplevelser med narkotika enn brukere av narkotika i andre land. Injisering av heroin, amfetamin og kokain innebærer at stoffene blir tatt raskere og mer effektivt opp i blodet enn ved andre inntaksmåter, og derved forsterkes også rusopplevelsen.
- *God tilgang på sprøyter og brukerstyr.* I Norge deles det ut sprøyter og brukerstyr i stort omfang. Gratis og lett tilgjengelige sprøyter er foreslått som forklaring på at ikke flere har gått over til for eksempel å røyke heroin. Det er i tilfelle et stort etisk dilemma dersom et skadereduserende tiltak, som ble introdusert for å redusere sykdomsspredning og helseskadelig sprøytefordelingsatferd, samtidig har bidratt til å opprettholde og eventuelt forsterke en mer risikofylt inntaksmåte.
- *Etablerte bruksmønstre kan være vanskelig å endre.* Om det er høye priser, tradisjonell «fyllekultur» eller annet som i utgangspunktet bidro til den norske «sprøytekulturen» er uvisst. Men når dette fenomenet først er etablert, kan det være vanskelig å endre på denne risikofylte atferden. Så selv om lavere narkotikapriser, mer kunnskap om helseskader og så videre kunne tilsi at problembrukerne ville gå over til andre inntaksmåter, kan slike kulturer være vanskelig å endre.

# 17 Mot en mindre restriktiv narkotikapolitikk?

*Anne Line Bretteville-Jensen, Mette Snertingdal & Odd Hordvin*

Sett i et historisk perspektiv, har Norge vektlagt en restriktiv narkotikapolitikk, noe som først og fremst har gitt seg uttrykk i høye strafferammer. Helt fra narkotikabruk/-misbruk oppsto som et sosialt problem blant ungdom i midten av 1960-årene, har Norge hatt forbud mot all ikke-medisinsk bruk, besittelse, og omsetning av narkotiske stoffer. Maksimumsstraffen for narkotikalovbrudd økte gradvis, fra bot eller fengsel i seks måneder i 1962, fram til 1984 da strafferammen for alvorlige narkotikaforbrytelser ble satt til 21 års fengsel, lovens strengeste straff. Norge har med andre ord i mange år hatt høye strafferammer for narkotikaforbrytelser, både sammenlignet med den øvrige norske strafferettspleien og sammenlignet med andre land.

Så langt er den strenge lovgivningen opprettholdt, ved at all befatning med narkotika, inkludert bruk, fortsatt er forbudt. Maksimumsstraffene på 21 år er heller ikke endret. I Europa er det også andre land som har maksimumsstraff som ligger nær den vi har i Norge, for eksempel har både Italia og Hellas en øvre strafferamme på 20 år og Tsjekkia på inntil 18 år (hevet fra 15 år i 2010) (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

Det er imidlertid sjelden at den øvre strafferammen blir brukt, og ubetinget fengsel er heller ikke den mest vanlige reaksjonsformen for narkotikalovbrudd. I 2009 ble det eksempelvis reagert med forelegg eller bot ved dom i over 63 prosent av sakene etter § 162 1.ledd, mens det bare var i 20 prosent av alle saker etter § 162 hvor det ble idømt ubetinget fengsel. For brudd på legemiddeloven utgjorde forelegg nesten 90 prosent i 2009 (SSB, straffereaksjoner). Det er også slik at bruk av narkotika i mange tilfeller ikke fører til reaksjoner. Eksempelvis fører bruk og besittelse av brukerdoser sjelden til reaksjoner i Oslo sentrum.

Det er i de senere år også satset relativt store ressurser på tiltak som tar sikte på å redusere skader knyttet til narkotikamisbruk. Eksempelvis har Norge som ett av få

land, lovfestet adgang for kommuner til å etablere sprøyterom. Det har gjennom mer enn 20 år foregått en utstrakt sprøyteutdeling i mange kommuner, og ved utgangen av 2010 var det i overkant 6 000 pasienter i substitusjonsbehandling. I den senere tid er det også reist diskusjon om å ta i bruk heroin i substitusjonsbehandling, og det blir diskutert om ikke tiden er inne for en «oppmykning» av narkotikalovgivningen gjennom å dekriminalisere bruk av narkotika. Dette kommer blant annet fram i Stoltenbergutvalgets rapport (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

På denne bakgrunn vil vi i dette kapitlet se litt nærmere på den narkotikapolitiske utviklingen, om den økte vektleggingen av ulike strafferettslige reaksjoner har mistet noe av sin dominans som styringsrasjonale. Vi stiller spørsmål om ikke Norge i dag må kunne sies å ha beveget seg i retning av en mer liberal narkotikapolitikk enn tidligere, og om dette er en utvikling som vil fortsette.

## 17.1 Fra visjoner til pragmatisme

Stortingsmelding nr 13 (1985–86) *Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken*, fastslo at regjeringens målsetting er «*et narkotikafritt samfunn*». Etter hvert er dette et mål eller en visjon som er tonet noe ned. I Stortingsmelding nr 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken*, ble det sagt at det ikke er realistisk å tro at narkotikaproblemet skal kunne løses innen overskuelig framtid, men at det er viktig å holde fast ved det langsiktige overordnede politiske målet » *å arbeide fram mot et samfunn fritt for misbruk av narkotika*». I Bondevik-regjeringens handlingsplan fra 2003 ble målet for narkotikapolitikken igjen moderert til «*frihet fra narkotikaproblemer*» (Sosialdepartementet, 2003).

I Stoltenberg-regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet 2008–2010 er visjonen om et narkotikafritt samfunn ytterligere modifisert, ved at hovedmålet her er «*å redusere de negative konsekvensene for enkeltpersoner og samfunn*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det har med andre ord vært en klar forskyvning av perspektivet i løpet av de siste 10–15 årene. Skadereduksjon som eget innsatsområde kom inn i stortingsmeldingen fra 1996–97, og er som allerede nevnt, etter hvert blitt en integrert del av norsk rusmiddelpolitikk. Dette kan også illustreres ved at regjeringens posisjonsnotat «Norsk narkotikapolitikk i internasjonale fora» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fastslår at Norge «*skal arbeide for at skadereduksjon anerkjennes som et viktig element i en helhetlig rusmiddelpolitikk*». Dette ville trolig vært mindre aktuelt for noen år siden.

## 17.2 Norge og Europa nærmer seg hverandre

Norsk narkotikapolitikk er framkommet som et samspill mellom nasjonale og internasjonale interesser, føringer og problemforståelse. Gjennom et utstrakt internasjonalt samarbeid utveksles erfaringer over landegrensene. Ser vi på utviklingen av narkotikapolitikken i Europa, vil en kunne hevde at norsk narkotikapolitikk har nærmet seg andre europeiske land, både med hensyn til mål og innhold. Tiltak for å redusere etterspørselen gjennom satsing på forebyggings- og behandlingstiltak, og tiltak for å redusere tilbudet av narkotika gjennom styrket innsats overfor forsyningsleddene, er bærende elementer både i norsk og europeisk narkotikapolitikk. EU har gjennom årene utarbeidet flere strategi- og handlingsplaner. Den siste, som er for perioden 2009–2012, ville trolig Norge kunne slutte seg til uten større diskusjon. Europa har imidlertid også nærmet seg Norge når det gjelder rusmiddelpolitikken. Det gjelder særlig i alkoholrelaterte spørsmål, som på ulike måter er blitt tatt inn i narkotikapolitiske plandokumenter i flere land.

Som allerede nevnt, bruker Norge store ressurser på ulike former for tiltak med sikte på skadereduksjon ved narkotikamisbruk. Skadereduksjon er imidlertid omstridt i mange internasjonale sammenhenger. Under FN's høynivå møte om narkotika i Wien i mars 2009, ble eksempelvis betegnelsen «harm-reduction» ikke nevnt, verken i den politiske deklarasjonen eller i handlingsplanen for FNs arbeid på narkotikaområdet for de neste ti årene. Blant EU-landene var det imidlertid bare Sverige og Italia som ville forhindre at FNs fokus ble flyttet fra forebygging og narkotikabekjempelse til reduksjon av skader av misbruk, mens USA, Russland og mange afrikanske og asiatiske land var av den oppfatning at en restriktiv narkotikastrategi må ligge fast.

I det nevnte posisjonsnotatet sier imidlertid Norge at skadereduksjon må være et delmål og at en derfor er uenig med land som fremholder skadereduksjon som et mål i seg selv. På den andre siden framholdes det at Norge heller ikke kan slutte seg til de som utelukker skadereduksjon med en begrunnelse om at det fremmer narkotikabruk. Det sies videre at det ideelle ønsket om at de det gjelder skal slutte sitt misbruk, ikke utelukker skadereduksjon og at skadereduksjon snarere er det første skritt på veien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Norge er her på linje med flertallet av EU-landene.

### 17.3 Storstilt satsing på substitusjonsbehandling

Da Stortinget i 1997 vedtok å gjøre substitusjonsbehandling tilgjengelig på landsbasis, var det til dels stor skepsis i norske fagmiljøer til slik behandling. Et viktig argument var at bruk av metadon var å gi opp troen på at narkotikamisbrukere kunne forandre seg og at de mer eller mindre ble «dømt» til livslang avhengighet. Politikerne gikk med andre ord her foran fagfeltet. Selv om Norge kom sent i gang med substitusjonsbehandling i forhold til mange andre europeiske land, har det vært en nærmest eksplosiv økning av antallet pasienter. Per i dag er over 6 000 pasienter i slik behandling, og sammenlignet med andre land i Europa ser det ut til at Norge er blant de land som har den høyeste «dekningsgraden» sett i forhold til det estimerte antall opioidmisbrukere (EMCDDA, 2010).

### 17.4 Sprøyteutdeling og sprøyterom

Norge har i mer enn 20 år hatt tiltak for utdeling av rene sprøyter og annet brukerstyr til de som tar narkotika med sprøyte. En kartlegging SIRUS gjorde i 2007, viste at det i 2006 ble delt ut omlag 3,3 millioner sprøyter i Norge, hovedsakelig gjennom lavterskeltak. I en oppfølgende kartlegging oppga 14 byer/kommuner, inklusive de tre største byene, Oslo, Bergen og Trondheim, at det i 2009 her ble delt ut 3,1 millioner sprøyter. I Oslo alene dreier det seg om ca 2 millioner. I tillegg kommer salg gjennom apotek. Siden flere kommuner som har sprøyteutdeling ikke besvarte undersøkelsen, er det reelle antallet som deles ut høyere enn 3,1 millioner. Norge antas å ha omkring 10,000 sprøytebrukere. Hvis vi antar at det deles ut ca 3,3 millioner sprøyter, innebærer dette at det gis ut 330 per estimerte sprøytebruker årlig, noe som synes å være det desidert høyeste i Europa (Hordvin, 2010).

Norge er ett av meget få land i Europa som har åpnet for lovmessig adgang til å etablere sprøyterom, med fritak (amnesti) for besittelse av en brukerdose heroin til bruk i rommet. Av andre europeiske land er det bare Nederland, Tyskland, Sveits og Spania (forsøk) som har etablert tilsvarende tiltak.

### 17.5 Mindre vektlegging av straffereaksjoner?

I 2010 fikk Christer Modin, heroinmisbruker og selger av gateavisen = Oslo, et portrettintervju med Kong Harald (=Oslo, 2010). Modin har fortalt mye om sitt møte med kongen, på samme måte har kongen fortalt om sitt møte med Christer,

blant annet i nyttårstalen og i NRKs kavalkade «året med kongefamiliene». Det ble fra begge parter snakket om å møte og bli møtt med verdighet. Sett fra et restriktivt perspektiv finansierer Christer imidlertid sin kriminelle virksomhet (bruk av heroin) ved å selge = Oslo, noe som derfor kan sees på som negativt. Vi ser imidlertid at det i økende grad stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig med straffereaksjoner når det gjelder bruk og besittelse av narkotika til eget bruk. Dette kan blant annet illustreres ved det som allerede er sagt om satsingen på ulike tiltak for å redusere skader ved det vi gjerne kaller det tunge narkotikamisbruket. Er dette en utvikling som innebærer at narkotikamisbrukere i Norge ikke blir møtt med strafferettslige reaksjoner i samme grad som tidligere, og hvordan kan sammenhengen mellom skadereduserende tiltak og strafferettslige reaksjoner forstås?

### **17.5.1 Tosporet styringsrasjonale**

Tungt belastede rusmiddelmissbrukere som begår et stort antall kriminelle handlinger, er utfordrende for så vel strafferettspleien som behandlingssystemet. Utfordringene i denne sammenhengen er komplekse: For det første er det viktig å forebygge at rusmiddelproblemer og kriminalitet oppstår. For det andre er det viktig med tiltak som kan redusere risikoen for tilbakefall til kriminalitet, og tiltak som kan hjelpe den domfelte til å få kontroll over sitt rusmiddelmissbruk. Det kan derfor være fruktbart å forstå kriminalpolitikken og rusmiddelpolitikken i sammenheng.<sup>2</sup>

I vårt naboland Finland blir det framholdt at skadereduksjonstiltak og strafferettslige reaksjoner opererer parallelt, og at det er to ideologier som bør forstås som et tosporet styringsrasjonale (Hakkarainen m.fl., 2007). Inspirert av kriminologen David Garland's (2001) analytiske skille mellom det han kaller adaptive og ikke-adaptive reaksjoner mot kriminalitet, har en analysert utviklingen av den finske narkotikapolitikken. Adaptive reaksjoner i narkotikapolitikken vil være kjennetegnet av en pragmatisk holdning til narkotikapolitiske målsettinger gjennom en satsing på skadereduksjon. Ikke- adaptive reaksjoner vil derimot være kjennetegnet av repressive strafferettslige kontrollreaksjoner, og der en visjon om et narkotikafritt samfunn fortsatt vil stå sentralt. Sett i lys av et slikt analytisk skille, mener en i Finland å kunne se at samtidig som adaptive reaksjoner (skadereduserende tiltak) har blitt en integrert del av narkotikapolitikken, har også ikke- adaptive reaksjoner, (straffe-

---

<sup>2</sup> Mette Snertingdal. Rus & samfunn nr 4/2011



rettslige reaksjoner) fortsatt å være sentrale. Skadereduserende tiltak har med andre ord ikke kommet *i stedet for* straffereaksjoner (ikke-adaptive reaksjoner) men snarer som et *tillegg*. Selv om det i Finland var en stormfull konflikt mellom de to reaksjonsformene ved inngang av 2000-tallet, er det i dag en fredfullt og harmonisk sameksistens mellom adaptive og ikke-adaptive reaksjonsformer i et tosporet styringsrasjonale (Hakkarainen m.fl., 2007). Er dette en utvikling vi også kan se i norsk narkotikapolitikk?

Et aktuelt spørsmål i denne sammenheng er om den økte vektleggingen av ulike medisinske hjelpeinnsatser innebærer at strafferettslig reaksjoner har mistet sin dominans som styringsrasjonale i norsk narkotikapolitikk.

### **17.5.2 Tall som ikke taler for seg selv**

Som det framgår av kapittel 15.4, har det vært en dramatisk vekst i narkotikakriminalitet fra 1990-tallet og frem til årene etter tusenårskiftet. Veksten i narkotikasaker har blitt omtalt som den største endringen i kriminalstatistikken over de siste 25 årene. I 2005 hadde eksempelvis 32 prosent av alle innsatte i Norske fengsler narkotikakriminalitet som sitt hovedlovbrudd, og dette har holdt seg relativt stabilt i de etterfølgende år (Stene, 2008).

Ut fra kriminalstatistikken kan man med andre ord ikke konkludere at strafferettslige reaksjoner er på vikende front. Den gir snarere grunnlag for å konkludere med at strafferettslige reaksjonsformene fortsatt er dominerende som narkotikapolitisk styringsrasjonale i Norge. Selv om kriminalstatistikken gir oversikt over omfanget av narkotikasaker i straffesystemet, gir den imidlertid ikke innsikt i spesifikke narkotikasaker, som for eksempel lengde eller type straffereaksjon når det gjelder type eller kvantum narkotika. Kriminalstatistikken gir heller ikke et grunnlag for å si om personen ble straffet for besittelse, salg, import eller oppbevaring. Den gir dermed begrenset grunnlag for å analysere den strafferettslige praksisen og hvorvidt denne praksisen i narkotikasaker har gått i retning av en straffemildende eller straffeskjerpende retning (Snertingdal, 2010).

### **17.5.3 Skadereduksjonslogikk i strafferetten**

I en doktorgradsavhandling blir det redegjort for hva som kjennetegner den juridiske logikken og straffeutmålingen i alle heroinsaker som var oppe i lagmannsretten i en tiårsperiode (1995–2005), totalt 459 saker (Snertingdal, 2010). Narkotikasaker reguleres av straffeloven § 162 og legemiddeloven. Hovedregelen er at legemiddeloven kommer til anvendelse i de saker hvor narkotikaen er ment

til eget forbruk og straffeloven § 162 i de saker hvor det foreligger intensjon om å omsette narkotikaen. Straffeloven § 162 er ment å sette et juridisk rammeverk for narkotikasaker av svært ulik alvorlighetsgrad, og straffereaksjonen strekker seg fra forelegg/bøter til 21 års ubetinget fengsel. Ifølge den juridiske logikk er det type illegalt rusmiddel, kvantum og sakens karakter som skal avgjøre om den skal subsumeres under § 162 første ledd (strafferamme 0–2 år), andre ledd (strafferamme 0–10 år) eller tredje og fjerde ledd (strafferamme 3 til 15 år, ved spesielle omstendigheter opp til 21 år). Gjennom den juridiske praksisen og dommer i Høyesterett, har det utviklet seg såkalte «going rates» for mengden av narkotika og bruken av § 162 ulike ledd (Hennum 2002). Likeledes, og i et forsøk på å harmonisere straffeutmålingen i narkotikasaker, formulerte Riksadvokaten i rundskriv (nr1/1998), forholdet mellom kvantum, type narkotika og bruk av de ulike ledd i straffeloven § 162. Når det gjelder heroin ble grensen mellom § 162 første og annet ledd satt til 15 gram og mellom § 162 andre og tredje ledd til 750 gram. Til sammenlikning ble grensen for cannabisprodukter satt på ett kilo mellom § 162 første og annet ledd og åtte kilo mellom § 162 annet og tredje ledd.

I heroinsakene i lagmannsretten i den nevnte perioden, framkom det at blant de 459 sakene innholdt 70 saker 0–14 gram heroin, 293 saker 15–749 gram heroin og 96 saker mer enn 750 gram heroin (Snertingdal, 2010). Blant de 293 sakene som innholdt 15–749 gram heroin, var det 100 saker hvor hovedtiltalte fikk 0–2 års straff, mens hovedtiltalte fikk 2–10 år i 190 saker. I de resterende tre sakene fikk hovedtiltalte mer enn 10 års straff.

De 100 sakene hvor mengden heroin angir bruk av § 162 annet ledd, men som straffes innenfor rammene av § 162 første ledd med en straff på 0–2 år, er studert nærmere (ibid.).

Det er flere momenter som kjennetegner dommernes argumentasjon i disse sakene. Hovedprinsippet er at dommerne vektlegger sakens alvorlige karakter ved henvisning til kvantum heroin og heroinens spredningsfare. Straffen blir gitt en allmennpreventiv begrunnelse. Videre diskuterer dommerne heroinens renhetsgrad og hvor mange brukerdoser et kvantum med en viss renhetsgrad kan omregnes til. Det sentrale her er hvor mye av heroinen som anses å skulle gå til tiltaltes eget forbruk og hvor store mengder som er ment for omsetning. Et helt spesifikt juridisk problem dommerne sliter med i disse sakene, er at mengden heroin angir hvorvidt straffeloven § 162 skal anvendes, og hvis man anvender § 162, inngår argumentasjonen om «spredningsfare», ellers ville legemiddelloven komme til anvendelse. I

disse sakene vil også den tiltalte argumentere for at heroinen var ment til eget forbruk og dommerne kan ikke finne beviser for noe annet.

Det som framkommer som det mest slående ved lagmannsrettens begrunnelse i disse sakene, er at argumentasjon synes noe paradoksal: På den ene siden vektlegger dommerne hvor alvorlig kriminalitet dette dreier seg om, med henvisning til kvantum heroin, spredningsfare og de allmennpreventive hensyn. På den andre siden, hvis den tiltalte tidligere har begått narkotikakriminalitet, blir dette tillagt stor vekt av dommerne når straffen skal utmåles. Samtidig kan den tiltaltes tidligere narkotikakriminalitet bli tolket av dommerne både som straffeskjerpene og straffemildende. Tidligere narkotikakriminalitet viser den tiltalte som en gjengangskriminell, noe som vil være et straffeskjerpene moment. Samtidig viser tidligere narkotikasaker at den tiltalte er en etabler rusmiddelmissbruker som har et langvarig og problematisk misbruk og derfor trenger hjelp, noe som kan være en formildende omstendighet (ibid).

Et sentralt funn i denne undersøkelsen er at lagmannsretten lar det allmennpreventive hensynet vike som rettslig prinsipp, når det framkommer behov og motivasjon for behandling. Dommerne forstår dermed den tiltalte primært som syk som trenger behandling og ikke som kriminell som fortjener straff. Avhengighet blir dermed hørt og tillagt vekt som argumentasjon, både når det gjelder lengde og type reaksjon som idømmes. Konkret innebærer dette at selv om sakene inneholder større kvanta heroin og blir subsumert under straffeloven § 162 andre ledd, gis tiltalte straff innenfor rammene av § 162 første ledd. En måte å tolke dette på er at i den juridiske praksis har grensen for kvantum heroin flyttet seg fra 15 til ca. 50 gram heroin. Det er også viktig å peke på at alternative staffereaksjoner blir idømt i saker som involverer mer enn 15 gram heroin og subsumeres under § 162 andre ledd. Samtidig har lagmannsretten en streng praksis ved at andre personlige forhold ikke høres eller blir tillagt vekt ved utmålingen av straff. Andre faktorer som kan begrense individers handlingsalternativer, som arbeidsløshet, sosial ekskludering, problematisk integrasjon, fattigdom osv. blir ikke drøftet i domstekstene eller tillagt vekt i straffeutmålingen (ibid.).

På samme måte som en kan stille spørsmål ved om en økt vektlegging av ulike medisinske hjelpetiltak innebærer at strafferettslige reaksjoner har mistet sin dominans i narkotikapolitikken, kan en spørre om det som framkommer i den refererte undersøkelsen, kan sies å speile et større skifte i narkotikapolitikken i en

mer liberal, humanistisk retning. I lys av et tosporet styringsrasjonale (jmf Hakkarainen m. fl., 2007), kan dommernes argumentasjon tolkes som en indikator på at skadereduksjonsideologien har inntatt sentrum av norsk rettsvesen, dommernes logikk og retorikk, og satt sitt preg på den juridiske praksisen. Ved at skadereduksjon har fått økende innpass har det blitt vanskelig for lagdommere å begrense seg til bare å vektlegge allmennpreventive hensyn. Samtidig opprettholdes en tro på det allmennpreventive ved å være en hovedreferanse i disse straffesakene. Slik sett kan også strafferetten sies å være preget av et tosporet styringsrasjonale.

Denne trenden er forsterket ved innføringen av prøveordningen med «Narkotika-program med domstolskontroll» (ND), hvor narkotikamisbrukere kan dømmes til behandling i stedet for straff. Narkotika-program med domstolskontroll ble startet i 2006 som et prøveprosjekt i Oslo og Bergen. ND er ment for personer med langvarig og alvorlig narkotikamisbruk, og den tiltaltes motivasjon, ønske om å delta, vilje til samarbeid og klare forståelse av situasjonen vektlegges som viktige premisser (Ot.prp. nr 81, (2004–2005)). Prøveordningen er under evaluering. Framdriften har imidlertid gått langt saktere enn forutsatt. Ved utgangen av 2010 var ca 100 dømt til ND. Alle de 100 skal følges i to år. Evalueringen vil derfor ikke foreligge før i 2013.

#### **17.5.4 Hva med et tredje spor?**

Ved et dominerende tosporet styringsrasjonale i narkotikapolitikken, kan man stille spørsmål om hvorvidt dette er et styringsrasjonale som fortrenger andre måter å tilnærme seg narkotikaproblemet. En kritikk av dreiningen av narkotikapolitikken til å bli sett på som i hovedsak et medisinsk problem, er at i denne prosessen fortrenses en sosialintegrerende narkotikapolitikk. Det siktes spesifikt til at rusmiddelmissbruk primært blir definert som et helseanliggende, og at det derfor bidrar til reduserte ressurser til sosialpedagogiske hjelpetiltak som ettervern, botrening, omsorgstiltak, sysselsetningstiltak, arbeidstrening, opplæring tilrettelagt for rusmiddelbrukere (Andresen, 2010). Dette er en kritikk som også omfatter tilbudet til pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved at R'en (rehabilitering) i LAR nedprioriteres til fordel for medisinerings (ibid).

Et gjennomgående funn i så vel nasjonale som internasjonale studier er at selv om det teoretisk sett er slik at alle i et samfunn kan utvikle en problematisk rusmiddelbruk, er misbruksproblemer relatert til flere sosioøkonomiske faktorer. Dette er faktorer som lav utdanning, avbrutt skolegang, arbeidsledighet, lav inntekt, høy gjeld, bostedløshet, sosial stigmatisering (se f. eks Babor m.fl., 2010b). I stedet for å

tilnærme seg narkotikaproblemer fra et strafferettslig eller et medisinsk inspirert perspektiv, kan dette tilsi en tilnærming med fokus på integrasjon og inkludering. Dette er en tilnærming der en må ta klasseperspektivet i betraktning i forståelse av misbruksproblemer og bringe inn tema som sårbarhet, fattigdom, ekskludering og inkludering. Et tredje spor i rusmiddelpolitikken vil måtte innholde en klar sosialpolitisk tenking med vekt på integrasjon, sosial inkludering og menneskerettigheter, samt en helhetlig tenking om narkotika-/rusmiddelpolitikk i sammenheng med større politiske rammer som øvrig helse-, sosial- og kriminalitetspolitikk.

## 17.6 Liberalisering av cannabislovgivningen?

Som det framgår av dette kapitlet, er det flere faktorer som peker i retning av at Norge i noen år har beveget seg mot en liberalisering av narkotikapolitikken. Som en del av denne utviklingen er det i flere sammenhenger tatt til orde for en liberalisering eller avkriminalisering av narkotikabruk/besittelse til eget bruk. Vi vil her se litt nærmere på ulike problemstillinger knyttet til en eventuell liberalisering av lovverket som regulerer cannabis.

### 17.6.1 Begrepsavklaring

Den norske og internasjonale debatten om hvorvidt en bør liberalisere lovene som omhandler bruk og besittelse av cannabis (hasj og marihuana), er preget av at begrepene ikke er presist definert og dermed brukes ulikt. I Norge er det først og fremst dekriminalisering som er debattert, men verken politikere, forskere eller menigmann bruker begrepet på en entydig måte. Det kan være en vesentlig forskjell mellom de ulike typene av liberalisering som faller inn under dekriminalisering. Det vil derfor være klargjørende for den hjemlige debatten at diskusjonspartene redegjør for hvilken form for dekriminalisering de sikter til.

Enhver *liberalisering* innebærer at lovgivningen som regulerer cannabis blir mindre streng. Liberaliseringen kan innebære en endring i formell lovgivning eller den kan begrense seg til en endring i politiets instruks for håndtering av slike saker. En *nedkriminalisering* innebærer en reduksjon i strafferammen for handlingen. En form for nedkriminalisering er *dekriminalisering* der bruk og besittelse av cannabis forblir ulovlig (på tilsvarende måte som at det for eksempel er forbudt å kjøre fortore enn fartsgrensen), men at et eventuelt lovbrudd ikke automatisk vil bli registrert i strafferegisteret. I mye av den engelskspråklige litteraturen innebærer dekriminalisering at bruk og besittelse av mindre mengder cannabis, omfattes av et forbud med sivile sanksjoner («prohibition with civil penalties»). Et brudd på

forbudet kan straffes med bøter, samfunnstjeneste, tvangsbehandling, plikt til å følge opplæringsprogram, midlertidig inndragning av førerkort, tap av bevegelsesfrihet osv. I stater i Australia, hvor bruk av cannabis er dekriminalisert, kan imidlertid straff, og påfølgende oppføring i strafferegisteret, likevel bli resultatet dersom den ilagte sanksjonen ikke følges opp (for eksempel at boten ikke betales).

I andre sammenhenger mener man med dekriminalisering at cannabisbruk, og besittelse av mindre mengder til eget bruk, ikke skal kunne straffes overhodet, men behandles på linje med legale rusmidler som alkohol (det vil si underlegges restriksjoner når det gjelder alder, hvor det brukes, kjøring under påvirket tilstand osv.). Et annet begrep som av og til brukes for å betegne at cannabisbruk ikke lengre kan straffes, er *avkriminalisering*.

Felles for dekriminalisering og avkriminalisering er at de begge retter seg mot *cannabisbrukerne*. Produksjon og salg vil fremdeles omfattes av straffelovgivningen. I noen tilfeller, som i Australia, omfatter dekriminaliseringen også dyrking av noen få planter til eget bruk, mens dyrking utover 2–3 planter og enhver omsetning av stoffet, forblir kriminalisert.

En *legalisering* av cannabis omfatter både kjøper- og selgersiden og innebærer at både bruk, besittelse, produksjon og omsetning blir legalt. Det medfører ikke nødvendigvis en fri omsetning av cannabis, man tenker seg gjerne en regulering av salget på linje med den vi i dag har for alkohol og tobakk, dvs. reguleringer når det gjelder aldersgrense, åpningstider, pris, osv. En legalisering innebærer med andre ord en avkriminalisering av både bruk, produksjon og salg.

### **17.6.2 Ulike tilnærminger**

Argumentene for dekriminalisering kan deles i to grupper. Den ene gruppen er av mer rettsfilosofisk karakter. Det hevdes eksempelvis at siden narkotikabruk ikke medfører krenkelse av andres autonomi eller er en fordel som oppnås på andres bekostning, men er en ulempe brukeren påfører seg selv, vil straff for narkotikabruk kunne sees på som illegitimt (Hauge, 2009). Dette synet la straffelovkommisjonens flertall til grunn i sitt forslag til ny straffelov (NOU 2002: 4).

Den andre gruppen omfatter spørsmål om hvorvidt straffereaksjoner for bruk og besittelse av narkotika har den ønskede effekt med hensyn til å forebygge eksperimentering, og forebygge at unge som likevel eksperimenterer, fortsetter bruken og havner i misbruk. Her diskuterer man også om ikke belastningen ved å

komme i strafferegisteret er uforholdsmessig stor og om ikke en bot for bruk/ besittelse kan bidra til at den det gjelder knytter seg tettere til et narkotikamiljø. Mange vil også hevde at forbudet mot salg og omsetning bidrar til å opprettholde en stor illegal økonomi med forgreninger til annen kriminell virksomhet.

### 17.6.3 Hva sier forskning?

Når det gjelder argumentene av rettsfilosofisk karakter, kan ikke den empiriske forskningen bidra i særlig grad. Hvorvidt narkotikabruk medfører krenkelse av andres autonomi kan diskuteres teoretisk, men vil i mindre grad kunne etterprøves empirisk. Spørsmål som kan undersøkes empirisk, er eksempelvis om en dekriminalisering vil føre til økt forbruk, økt rekruttering osv. Studiene som er publisert i internasjonale fagtidsskrifter på dette området, kommer imidlertid ikke med entydige og klare svar. Noen hevder at de finner en økning i cannabisforbruk og skadeomfang etter at lovgivningen er liberalisert, mens andre hevder det ikke fremkommer slike effekter (Pacula, 2010a; Room et al., 2010).

Motstridende forskningsfunn skyldes flere ting. En faktor er den nevnte uklarheten i begrepsbruk – dekriminalisering innebærer forskjellig ting i ulike studier. En annen faktor som har bidratt til motstridende forskningsfunn, er at man har brukt ulike utfallsmål. Økt forbruk kan komme i form av økt konsum blant etablerte brukere og/eller i form av flere brukere. Flere brukere kan igjen skyldes økt rekruttering eller at færre slutter enn som begynner. En dekriminalisering har ikke nødvendigvis lik virkning på hvert av disse utfallsmålene. Hvorvidt man finner en effekt av dekriminalisering vil også avhenge av hva som var situasjonen før politikken ble endret. Håndhevingen av lovforbudet før dekriminaliseringen vil eksempelvis kunne ha innflytelse på om endringen i praksis faktisk er reell, eller om den er en tilpasning til allerede etablert praksis. De noe sprikende funnene kan også forklares ved at mange av de publiserte studiene har store metodiske svakheter.

Store forskjeller i hvordan landene praktiserer de lovene de har, gjør det også vanskelig med internasjonale sammenligner av ulike typer politikeregimer. Nederland har eksempelvis et formelt forbud mot alle narkotiske stoffer, men har en *de facto* legalisering av mindre mengder cannabis ved at personer over 18 år kan kjøpe og bruke stoffet i de såkalte «coffee shops»ene. I Nederland er dermed politiets instruks om ikke å gripe inn overfor bruk og salg av cannabis innenfor coffee shops»ene, annerledes enn instruksjonen for annen narkotikabruk.



Til tross for at forskningen ikke alltid kan gi klare og entydige svar, er det like fullt noe som kan sies med relativ stor grad av sikkerhet:

- Frekvent og langvarig bruk av cannabis er som tidligere beskrevet, helseskadelig. En rekke studier tyder på at cannabisbruk øker risikoen for ulike former for helseskader og mentale lidelser, men styrken på denne sammenhengen diskuteres. Blant de mest hyppigst nevnte helseskadene finner man i) avhengighet (i overkant av 20 prosent av alle behandlingssøkende i Europa oppgir cannabis som det stoffet de primært har problemer med), ii) trafikkuulykker, iii) kreft og lungeproblemer, iv) psykoser, schizofreni og mentale sykdommer og v) kognitive problemer. Konsekvensene for helse er omtalt i oversiktsstudier som Room et al (2010) og Pacula (2010b).
- Cannabis kommer ofte i tillegg til, ikke i stedet for alkohol. Enkelte har hevdet at økt cannabisbruk vil bety en vesentlig reduksjon i alkoholbruken, men Pape et al. (2009) viser at i over 80 prosent av alle cannabisinntak, brukte respondentene (14–20 år) alkohol i tillegg. Tendensen gjenfinnes forfatterne også i analyser av de såkalte ESPAD-dataene, som er samlet inn blant 15–16 åringer i mer enn 35 europeiske land.
- Cannabisbruk synes å øke risikoen for å prøve andre og tyngre stoffer. Den såkalte «Gateway-hypotesen» er blitt bekreftet også i nyere studier (Melberg et al., 2010; Bretteville-Jensen et al., 2008; van Ours, 2003). Risikoen er antatt å øke med tidlig oppstart og frekvent bruk. Men risikoen øker fra et nivå som i utgangspunktet er relativt lavt, og generelle metodeproblemer i håndteringen av ikke-observerbare faktorer er blitt påpekt (Pudney, 2010).
- En dekriminalisering synes ikke å føre til en voldsom økning i rekrutteringen, men kan ha effekt på alder for oppstart og mengde som brukes (Pacula, 2010a). En dekriminalisering kan innvirke på pris, tilgjengelighet, strafferisiko (oppdagelsessannynlighet/politiets prioriteringer og straffeutmåling), folks oppfatning av helserisiko i forbindelse med cannabisbruk og sosialt stigma forbundet med bruk. Hver av disse faktorene alene eller i kombinasjon kan øke forbruket av cannabis. Effekten på antall brukere er bedre dokumentert enn effekten på frekvens og mengde brukt blant etablerte brukere.

#### **17.6.4 Den norske situasjonen**

Cannabis er det illegale rusmiddelet som har desidert høyest utbredelse i Norge. Ifølge SIRUS sine undersøkelser i den generelle befolkningen (over 16 år) er det likevel bare 10–14 prosent som noen gang har prøvd stoffet. Blant 18–30 åringer (den gruppen med antatt høyest bruk av cannabis) har 14 prosent brukt cannabis



mer enn noen få ganger og 6 prosent har brukt stoffet mer enn 50 ganger hittil i livet. Ser man på nylig bruk i denne aldersgruppen, er det 9 prosent som oppgir å ha brukt cannabis en eller flere ganger siste seks måneder. Det er med andre ord over 90 prosent i alderen 18–30 år som ikke har en aktiv bruk av cannabis – omtrent like mange som oppgir at de heller ikke har brukt noe annet illegalt stoff den siste tiden.

Det norske forbudet mot all ikke-medisinsk bruk og omsetning av narkotika innbefattet cannabis er kjent, men det er likevel forhold ved straffeforfølgelsen som er verdt å merke seg. Lite tyder på at cannabisbruk blant voksne er en prioritert oppgave hos politiet. Cannabisbrukere i Norge som ikke samtidig utfører annen kriminalitet, løper liten risiko for å bli tatt for sitt bruk av stoffet. I spørreundersøkelsen blant unge voksne, er respondentene blitt spurt om de noen gang er blitt arrestert for narkotika (det er ikke spurt om type narkotika som arrestasjonen var rettet mot). Arrestasjonsrisikoen i 2006 viste følgende:

**Tabell 3. Prosentvis andel som er blitt arrestert for befatning med narkotika i ulike grupper blant 21–30 åringer i Norge.**

	Alle	Menn	Kvinner
Hele utvalget	2,8 (n=4192)	5,2 (n=1642)	1,3 (n=2550)
Av de som har brukt narkotika	7,3 (n=1613)	11,2 (n=738)	3,7 (n=875)
Av de som kun har brukt cannabis	0,9 (n=1065)	1,6 (n=450)	0,4 (n=615)
Av de som har brukt harde stoffer	19,5 (n=548)	27,1 (n=288)	11,2 (n=260)

Tabellen viser at under 3 prosent av 21–30 åringer er blitt arrestert for befatning med narkotika. Menn har blitt arrestert i noe større grad enn kvinner. Blant dem som oppgir at de selv har brukt ulovlige rusmidler, er andelen 7 prosent (11,5 for menn og 4 prosent for kvinner). Det er imidlertid verdt å merke seg at denne andelen i hovedsak består av personer som også har brukt andre rusmidler enn cannabis. Hele 20 prosent i gruppen som har brukt såkalte harde stoffer (som for eksempel heroin, amfetamin, kokain, ecstasy), er blitt arrestert for narkotika. Blant dem som oppgir at de *kun* har brukt cannabis, er imidlertid andelen som oppgir arrestasjon i underkant av 1 prosent.

Det er også verdt å merke seg at enkelte politidistrikt har innført en ordning der ungdom som tas for narkotikabruk, under visse forhold blir tilbudt en kontrakt som alternativ til bøteleggelse. Dersom de oppfyller den tidsavgrensede kontrakten, vil de ikke behøve å betale boten. De kommer imidlertid likevel i strafferegisteret

(påtaleunntatelse med vilkår). Kontrakten innebærer ofte hyppige urinprøver for å vise at de ikke lengre bruker narkotika og samarbeid med såkalte oppfølgingsteam, i tillegg til at de skal holde seg unna enhver annen kriminell handling. Med unntak av oppføring i strafferegisteret, er dette er en form for reaksjon overfor unge som er på linje med sanksjonsregimer i enkelte stater der cannabis er dekriminalisert.

### **17.6.5 Står straffereaksjonen i forhold til handlingen og har straffen den ønskede effekt?**

At under en prosent av cannabisbrukere i utvalget av 21–30 åringer er blitt arrestert for narkotika, tyder på en lav oppdagelsesrisiko. Likevel vil konsekvensene av å bli tatt kunne være betydelige for dem det gjelder. Den vanlige reaksjonen er at en bot må betales og man blir oppført i strafferegisteret. En kommer normalt ikke i fengsel for kun å ha røykt cannabis. Der og da vil kanskje boten, ubehaget ved selve arrestasjonen og de sosiale konsekvensene fra omgivelsene være det som merkes mest. Men oppføring i strafferegisteret vil kunne ha betydelige negative konsekvenser på lengre sikt. Uten plettfri vandel vil eksempelvis enkelte utdanninger og jobbalternativer være stengt og noen land, som USA, vil nekte narkotikalovbrytere innreise.

Straffelovskommisjonen framhevet at bruken av straff generelt bør begrenses og at det skal foreligge tungtveiende grunner for å straffe (NOU 2002:4). Slike tungtveiende grunner foreligger når handlingen medfører, eller kan medføre, skade. Det er ulike syn på hvorvidt bruk av cannabis faller innenfor det man vurderer som såpass skadelig atferd at man ønsker å anvende straff. Flertallet i Straffelovskommisjonen kan stå som representant for de som mener at cannabisbruk hovedsaklig er skadelig for brukeren selv og derfor ikke burde straffes. Andre vil hevde at dette er et for snevert syn på potensielt skadeomfang og at hensynet til indirekte skader, som for eksempel effekter for pårørende og storsamfunnet, potensiell «smitteeffekt» osv., også bør regnes inn.

Den vanlige straffen for bruk og besittelse av cannabis kan på mange måter sies å være todelt; bot og oppføring i strafferegisteret. Oppføring i strafferegisteret illustrerer alvorligheten i lovbruddet og kan dermed ha en preventiv virkning på eksperimentering og bruk. Kriminaliseringen av cannabisbruk gjenspeiler samfunnets syn på atferden og kan i neste omgang ha en viss innvirkning på folks holdninger og sosiale normer når det gjelder bruk av hasj eller marihuana.

På den andre siden er unge mennesker (som utgjør hovedgruppen av brukere og potensielle brukere) ikke alltid så framtidsrettede og de inkluderer ikke nødvendigvis alle potensielle negative konsekvenser i sine vurderinger. Effekten av en straff som først blir merkbar langt fram i tid (oppføring i strafferegister), kan dermed være mindre enn effekten av en umiddelbar reaksjon (for eksempel en bot). Det kan også diskuteres hvor virkningsfull bøtelegging er overfor svært unge mennesker som ikke selv vil ha midler til å betale boten. Fra Norsk Narkotikapoliti Forening (NNPF) pekes det eksempelvis på at påtaleunntatelse med vilkår kan ha god effekt overfor unge i en tidlig fase av misbruket. Et regelmessig oppmøte hos politi eller helsesøster for å avlegge urinprøve vil kunne kombineres med samtale og samarbeid med andre tiltak og etater for å hjelpe vedkommende vekk fra illegal rusmiddelbruk.

Dersom man ønsker å revidere den todelte straffen (bot og oppføring i strafferegisteret) som ilegges cannabisbrukere som blir tatt i dag, kan man liberalisere den formelle lovgivningen og/eller endre politiets instruksjoner. Sanksjonene kan i tillegg differensieres i større grad etter alder, stofftype og bruksomfang/involvering. Man kan med andre ord eksempelvis opprettholde et forbud, men møte brudd på forbudet med sivilrettslige tiltak istedenfor strafferettslige. Det synes som det i Norge er mest aktuelt å fokusere på tiltakene rettet mot bruk og besittelse av cannabis. En full legalisering ville være en langt mer radikal endring og det er foreløpig ingen vestlige land som har gått inn for en slik praksis (i California, USA, ble et slikt lovforslag avvist ved en folkeavstemning i november 2010). En bør imidlertid kunne diskutere oppføringen i strafferegisteret og bruken av bøter. En bør også kunne vurdere å prøve ut alternativer til dagens ordning og praksis.

# 18 Sentrale endringer og problemstillinger på narkotikafeltet de siste 15–20 år

Utviklingen på narkotikafeltet i Norge de siste 15–20 årene kan kort oppsummeres slik:

- Etter at det i siste halvdel av 1990-tallet var en økning i andel ungdom (15–20 år) som hadde brukt cannabis noen gang, har det vært en nedgang i årene etter tusenårsskiftet. Blant unge voksne (21–30 år) var det en økende andel som hadde brukt hasj eller marihuana, fram til 2006, mens det så var en nedgang fra 2006 til 2010.
- På samme måte var det også en økning i andel unge (15–20 år) som hadde brukt andre narkotiske stoffer noen gang, i siste halvdel av 1990-tallet, mens det har vært en nedgang eller utflating i årene etter tusenårsskiftet. Blant unge voksne (21–30 år) var det en økning i andel som hadde brukt amfetamin eller kokain fra 1998 til 2006, mens det så var en nedgang i 2010.
- Beregninger av antall personer som injiserer narkotika, viste en økning fram til 2001, deretter en nedgang fram til 2004, hvorefter det har vært en utflating.
- Norge har lav forekomst av HIV blant injeksjonsmisbrukere, samtidig som en relativt høy andel er bærere av Hepatitt C.
- Det var en stor økning i antall overdosedødsfall i siste halvdel av 1990-tallet. Det var så en reduksjon i årene etter tusenårsskiftet, og antallet har i de siste år vært relativt stabilt.
- Antall anmeldte narkotikaforbrytelser økte markant i løpet av 1990-tallet, men har vært relativt stabilt i årene etter tusenårsskiftet.
- Antall pådømmelser for narkotikaforbrytelser økte betydelig rundt årtusenskiftet, men har vært relativt stabilt på 2000-tallet.
- Det var en stor økning i antall beslag av cannabis i siste halvdel av 1990-tallet, mens det har vært relativt stabilt etter tusenårsskiftet. Det samme gjelder beslag

av amfetamin. Etter årtusenskiftet har det vært en nedgang i antall beslag av heroin, men det har vært en økning i antall beslag av kokain.

- Når det gjelder hvordan en skal håndtere problemene med åpne bruks- og omsetningssteder, bør en se på internasjonale erfaringer.
- Det kan være grunn til å drøfte hvorvidt ulike tiltak med sikte på skadereduksjon, tjener sin hensikt.
- På den ene siden er det en lavere andel i Norge som har brukt ulike narkotiske stoffer enn i de fleste andre land i Europa. På den andre siden har Norge et forholdsvis høyt antall narkotikarelaterte dødsfall.
- Det er flere forklaringer på at Norge har et høyt antall overdosedødsfall: Norske problembrukere har betydelig lavere risiko for å dø av andre årsaker enn overdose og har et mer risikofylt bruksmønster enn i mange andre land. Forskjeller i registreringspraksis. Norge befinner seg på et tidligere stadium i narkotika-»epidemien».
- Mulige forklaringer på hvorfor sprøytekulturen står sterkt i Norge: Høyt prisnivå på narkotika. Særegen norsk ruskultur. God tilgang på sprøyter og annet brukerutstyr. Vanskelig å endre etablerte bruksmønstre.
- Storstilt utdeling av sprøyter, lovbestemt adgang for kommunene til å etablere sprøyterom og stor satsing på substitusjonsbehandling, peker alle i retning av at Norge i dag har en langt mindre restriktiv narkotikapolitikk enn hva tilfellet var for bare få år siden. Det samme gjelder den relativt store toleransen for åpenlys bruk og omsetning av narkotika vi finner i sentrum av Oslo og i enkelte andre byer. Selv om dette ikke er noen «villet» oppmykning av narkotikapolitikken, og selv om politiet periodevis uroer miljøet og slår ned på omsetning og bruk, er det få om noen byer i Europa som i dag har slike store åpne narkotikamarkeder.
- Den økte vektleggingen av hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukere som opererer parallelt med et restriktivt strafferettssystem, peker i retning av at norsk narkotikapolitikk i stadig sterkere grad opererer med det vi kan kalle et tosporet styringsrasjonale.
- Det blir ved ulike anledninger tatt til orde for liberalisering av lovgivningen som regulerer bruk/besittelse til eget bruk av cannabis. Det er behov for begrepsavklaring med hensyn til hva ulike aktører legger i en liberalisering, samtidig som det bør utredes og diskuteres hva som er hensiktsmessige sanksjoner for bruk/besittelse av cannabis.

# 19 Vanedannende legemidler

*Ingeborg Rossow*

Flere typer legemidler kan i seg selv gi en rusopplevelse, noen kan forsterke rusvirkningene av andre rusmidler og en del legemidler kan ved lengre tids bruk føre til avhengighet. Slike legemidler kalles gjerne vanedannende legemidler og bruken av disse er utbredt innenfor medisinsk behandling (Helsetilsynet, 2001). De mest vanlige vanedannende legemidlene omfatter følgende typer: – beroligende midler, – sove- midler og – smertestillende midler som virker på sentralnervesystemet<sup>3</sup>.

Bruk av slike legemidler for kortere perioder vil være nyttig behandling for mange pasienter som har angst, søvnvansker eller smerter, mens langvarig bruk blant annet øker faren for tilvenning og avhengighet og abstinensplager når man slutter å ta legemiddelet. I tillegg til avhengighetsfaren, vil bruk – og særlig omfattende bruk – av vanedannende legemidler også kunne ha andre konsekvenser som påvirkning av kognitive funksjoner, forverring av demens, risiko for fall og bruddskader, forstyrret søvnmønster, angst og uro og nedsatt kjøreferdighet (ibid.).

## 19.1 Skjevfordelt forbruk

Vanedannende legemidler blir her i Norge i all hovedsak forskrevet av lege, og omsetningen registreres gjerne som definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere. Fra 2004 har alt salg av forskrevne legemidler blitt registrert i et nasjonalt reseptregister. Tall fra dette registeret viser blant annet at det er en betydelig skjevfordeling i forbruket av slike legemidler. Et flertall av pasientene som får forskrevet vanedannende legemidler, får mengder som svarer til medisinsk bruk over kortere tid (noen uker eller måneder), mens en liten andel får forskrevet så store mengder at det trolig dreier seg om misbruk over lengre tid (Rønning, et al., 2010). Eksempelvis ble det i 2009

---

<sup>3</sup> I tillegg regnes også visse muskelavslappende, hostestillende, antiepileptiske og sentralstimulerende midler, enkelte migrenemidler og sentralt virkende antikolinergika som vanedannende legemidler.

forskrevet sovemiddel av typen Zopiclone<sup>4</sup> til vel 300 000 personer i Norge. Halvparten av disse pasientene fikk forskrevet mengder som tilsvarer omkring 3 måneders bruk eller mindre, mens 10 prosent av fikk forskrevet mengder som overstiger medisinsk bruk gjennom et helt år (ibid.). Det antas at ca 300 000 nordmenn bruker et beroligende middel eller et sovemiddel hver dag, og at omkring 70 000 – 100 000 nordmenn kan være avhengige av vanedannende legemidler (Helsetilsynet, 2001).

## 19.2 Store fylkesvise variasjoner

Salget av vanedannende legemidler (regnet i DDD per 1000 innbyggere) varierer over tid, og det er sterk variasjon mellom fylker. Forskjeller i befolkning, sykelighet, sosiale og samfunnsmessige forhold kan bare forklare noe av denne variasjonen. Forskjeller i legers forskrivningspraksis, praksisomfang og pasientgrunnlag kan trolig også forklare noe av variasjonen (Helsetilsynet, 2001). En liten andel (ca 20 prosent) av legene står for mer enn 75 prosent av forskrivningen av vanedannende legemidler (ibid.). En studie av salg av det vanedannende legemiddelet Carisoprodol (Somadril<sup>®</sup>) viste at det var en nøye sammenheng mellom det totale salget og omfanget av overdreven bruk eller misbruk av legemiddelet; dvs jo større salg, desto høyere var omfanget av overdreven bruk/misbruk i fylket (Bramness & Rossow, 2010). Det er mulig at dette også vil være tilfelle for andre typer av vanedannende legemidler. I så fall vil et nært forhold mellom det totale forbruket og misbruksomfanget innebære at forskjeller eller endringer i salg av vanedannende legemidler, er en indikasjon på tilsvarende variasjon i omfang av overdreven bruk/misbruk.

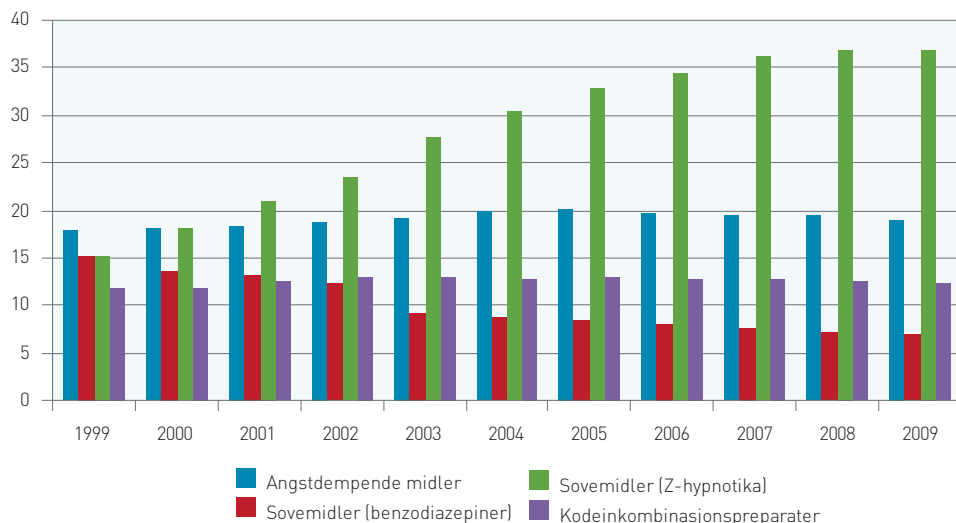
## 19.3 Økt bruk det siste tiåret

I Norge har salget av vanedannende legemidler økt betydelig i perioden 1999 – 2009, og det er i første rekke salg av sovemidler av typen Z-hypnotika som har bidratt til denne økningen (Rønning, et al., 2010). Det har også vært noe økning av noen typer smertestillende opioider, men salg av kodeinkombinasjonspreparater (f eks Paralgin Forte), som utgjør omkring 60 prosent av disse opioidene, har vært stabilt i denne perioden (ibid.) (se Figur 23). I samme periode (dvs. 1998 til 2008) har det også vært en betydelig økning i antall inntak i behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere hvor pasientens hovedmisbruk har vært vanedannende legemidler (Iversen, Lauritzen, Skretting, & Skutle, 2008).

---

<sup>4</sup> Dette er ett av de mest utbredte vanedannende legemidlene i Norge.

**Figur 23. Salg av vanedannende legemidler etter legemiddelgruppe, 1999–2009. Angitt i definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere per døgn.**



Kilde: SIRUS, Edland-Gryt, 2011

## 19.4 Mer bruk blant eldre, kvinner og uføretrygdete

Beroligende midler og sovemidler brukes langt oftere av eldre personer enn av yngre og oftere av kvinner enn av menn. En beskjeden andel (0,5 – 4 prosent) i aldersgruppen 15–44 år får forskrevet noen typer vanedannende legemidler, mens i aldersgruppen 70 år og eldre får mer enn hver fjerde kvinne (28,3 prosent) og omkring hver sjettede mann (17,1 prosent) forskrevet sovemidler (Z-hypnotika). Den betydelige økningen i bruken av slike sovemidler i senere år, har i all hovedsak skjedd i denne eldre aldersgruppen (Rønning et al., 2010). Bruk – og da særlig over lengre tid – av beroligende midler og sovemidler (benzodiazepiner) er vesentlig mer utbredt blant uføretrygdete enn andre i yrkesaktiv alder (Hartz et al., 2009).

## 19.5 Kombinasjonsbruk og legemiddelshopping

Et høyt forbruk av en type vanedannende legemiddel (f eks et beroligende middel) går ofte hånd i hånd med omfattende bruk av andre vanedannende legemidler (som smertestillende midler) (Bachs et al. 2008; Skurtveit et al., 2010), og dette ser man også blant middelaldrende (40 – 60 år) (ibid.), hvor bruk av vanedannende legemidler er mindre omfattende enn blant eldre. Noen pasienter benytter flere leger for å få forskrevet vanedannende legemidler (enten for eget bruk eller for



videresalg til andre). Dette kalles gjerne «legeshopping» eller «legemiddelshopping». De fleste brukere av vanedannende legemidler får disse forskrevet av en eller to leger, men en liten andel av pasientene får forskrevet legemidlene av mange leger, og disse pasientene er oftest storbrukere av vanedannende legemidler (Winther & Bramness, 2009). Innføringen av fastlegeordningen i Norge har altså ikke forhindret at legemiddelshopping forekommer, men omfanget synes å være begrenset.

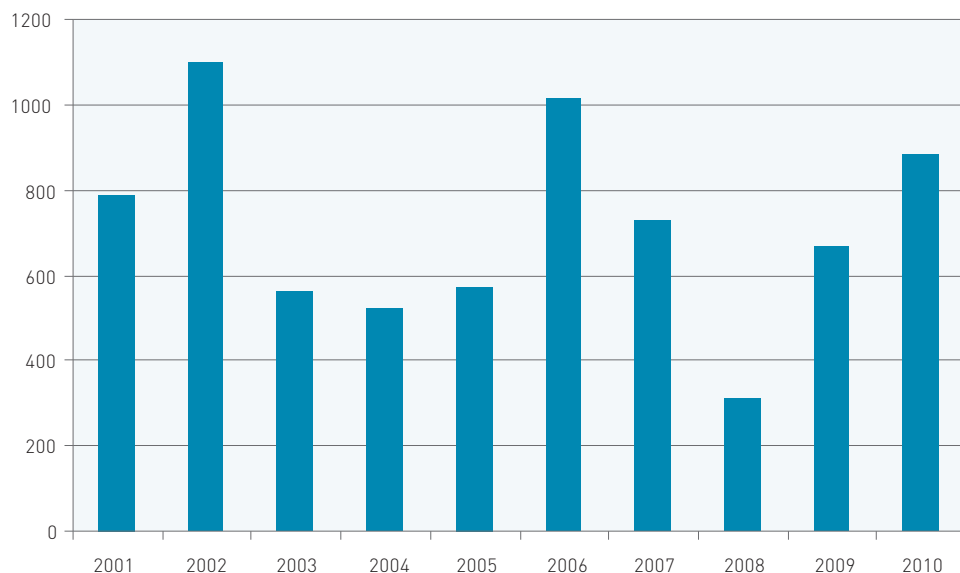
## 19.6 Bruk av vanedannende legemidler blant rusmiddelmissbrukere

Alkoholmissbrukere og narkotikamisbrukere har ofte et bruksmønster som omfatter flere rusmidler. Blant sprøytemisbrukere er bruk av vanedannende legemidler (som Flunitrazepam og Diazepam) svært utbredt; mer enn tre av fire heroinbrukere og vel halvparten av amfetaminbrukere rapporterer slik bruk. Blant heroinbrukere er hensikten ofte å forsterke og/eller forlenge effekten av heroin, og legemiddelet spises eller injiseres sammen med heroinet (Bretteville-Jensen, 2005). Slik kombinasjonsbruk øker risikoen for overdose. Omfanget av bruk av vanedannende legemidler synes å ha økt betraktelig blant heroinbrukere i perioden 1994–2004, og dette kan være en forklaring på økningen i narkotikadødsfall i samme periode (ibid.).

## 19.7 Illegalt marked og politibeslag

Vi antar at størstedelen av bruken av vanedannende legemidler er legalt forskrevet av lege til pasient. Det illegale markedet for vanedannende legemidler omfatter både videresalg av forskrevne legemidler og ulovlig innførsel via internett-handel og annen smugling. I 2010 gjorde politi og tollvesen ca 5000 beslag av benzodiazepiner som i alt omfattet i underkant av 900 000 tabletter (Kripos, 2011). I tillegg kom beslag av mindre mengder opioider (buprenorfin, kodein, morfin og metadon). Beslaglagt mengde av benzodiazepiner per år har variert betydelig på 2000-tallet (ibid.) (se Figur 24). Tidlig på 2000-tallet utgjorde flunitrazepam (Rohypnol<sup>®</sup> og Flunipam<sup>®</sup>) størstedelen av beslagene av benzodiazepiner, men i 2003 ble disse omgjort til A-preparater (som har vesentlig strengere forskrivningsregler). I 2004 ble Rohypnol<sup>®</sup> avregistrert i Norge, og i de etterfølgende årene har flunitrazepam utgjort en beskjeden del av benzodiazepinbeslagene (ibid.).

**Figur 24. Beslaglagt mengde benzodiazepiner, 2001–2010. Angitt i antall 1000 tabletter.**



Kilde: Kripos, 2011.

## 19.8 Noen videre utfordringer

Målt i antall personer er antakelig avhengighet av vanedannende legemidler, nest etter alkoholavhengighet, det største avhengighetsproblemet i Norge. Våre forskrivningsordninger, tilsynsordninger, reklassifisering eller avregistrering av enkelte legemidler, og fastlegeordning er alle trolig viktige forhold for å begrense omfanget av avhengighet og misbruk. En viktig utfordring for helsevesenet vil derfor være å ytterligere begrense omfanget av avhengighet og misbruk av vanedannende legemidler uten at dette går på bekostning av den nytten som svært mange pasienter har av disse legemidlene. Bruk og misbruk av vanedannende legemidler er et underforsket felt i Norge så vel som i andre land, og en viktig utfordring vil derfor være å framskaffe mer forskningsbasert kunnskap på dette feltet.

## Referanser

Ainslie, G. (2001). *Breakdown of will*. Cambridge. UK: Cambridge University Press.

Allamani, A., Beccaria, F. & Voller, F. (2010). The puzzle of Italian drinking. Trends in alcohol consumption, harms and policy. Italy 1990–2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 465–478.

Amundsen, E. J. (2006). Editorial: Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among IDUs. *Addiction*, 101(7), 911–912.

Amundsen, E. J. (2007). Needle sharing: A reply to Wodak. *Addiction*, 102(1), 162–163.

Amundsen, E.J. & Bretteville-Jensen, A.L. (2010). Hard drug use in Norway. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27: 87:94.

Andersen, J. (2000). Municipalities between the state and the people. I Sulkunen, P., Sutton, C., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (Eds.). *Broken spirits. Power and ideas in Nordic alcohol control* (NAD-Publication no. 39) (157–184). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.

Andresen, A. Schanche (2010). Mangfoldet i rusfeltet trues av medisinsk dominans. *Rus & samfunn*, 4 (4), 33–35.

Arbeids- og sosialdepartementet (2005). *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet

Arseneault, L. et al (2004). *Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence*. British Journal of Psychiatry, 184, 110–117.

Babor, T. et al. (2010a). *Alcohol no ordinary commodity. Research and public policy, second edition*. Oxford: Oxford University Press.

Babor, T. et al. (2010b). *Drug Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.

Bachs, L. C., Bramness, J. G., Engeland, A., & Skurtveit, S. (2008). Repeated dispensing of codeine is associated with high consumption of benzodiazepines. *Norsk Epidemiologi*, 18(2), 185–190.

Berg, F. og Bretteville-Jensen, A. (2005). *Ungdoms etterspørsel etter alkohol* (SIRUS-rapport 6/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Bergmark, A. (2005). Evidence Based Practice-More Control or More Uncertainty. I Pedersen, M. U., Segraeus, V. og Hellman M. (Edit.), *Evidence based Practice? Challenges in substance abuse treatment* (NAD publication no. 47). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Bjerre, J. (2009). Fagsprogets frasingelse- En kritisk diskussion af læreres konstruktion af evidens, evaluering og teori. *Nordic studies in Education*, 29(2), 250–257.

Black, N. (2001). Evidence based policy: proceed with care. *British Medical Journal*, 323, 275–279.

Bloomfield, K. et al. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, culture and alcohol problems: A multi-national study'. *Alcohol & Alcoholism*, 41, 26–36.

Bogstrand, S. et al. (2011). Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(2–3), 132–8.

Bramness, J. G., & Rossow, I. (2010). Can the total consumption of a medicinal drug be used as an indicator of excessive use? The case of carisoprodol. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17(2), 168–180.

Brand, D.A. et al. (2007). Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PLoS Med*, 4(4), 0752–0759, e151.

Bretteville-Jensen, A. L. (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler*. (SIRUS-rapport 4/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Bretteville-Jensen, A.L., Melberg, H.O. & Jones, A.M. (2008). A sequential pattern of drug use initiation – can we believe in the gateway theory? *The B.E Journal of Economic Analysis & Policy*, 8(2) (Contributions), Article 1.

Bretteville-Jensen L, Amundsen E.J. (2009). *Heroinforbruk og heroinbeslag I Norge* (SIRUS-rapport nr. 8/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning

Bretteville-Jensen, A.L & Skretting, A. (2010). Heroin smoking in Norway. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 5–18.

Bretteville-Jensen, A. L. (2011a). *Upubliserte data fra spørreskjemaundersøkelse om bruk av rusmidler blant unge voksne*.

Bretteville-Jensen, A. L. (2011b). *Upubliserte data fra intervjuer fra brukere av sprøyteutdelinga i Oslo*.

Bryhni, A. (2007). *Rusmidler i Norge 2007*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Buning, E. (1994). Methadone in Europe. *The international Journal of Drug Policy*, 5(4).

Bøe, T. D. (2007). Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid. Kan innenfra og brukerperspektivet gis plass i evidensbegrepet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(2), 194–202.

Degenhardt, L. & Hall, W. (2006). Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 556–565.

Dokument nr 7.A (1999–2000) *Svar på forslag oversendt fra Stortinget uten realitetsvotering til Regjeringen 1. halvår 1999*. Oslo: Stortinget.

Dokument nr. 8:73 (2000–2001). *Forslag fra stortingsrepresentantene May Britt Vidhovde, Lars sponheim, Odd Einar Dørum og Gunnar Kvalsheim om kriseprogram mot «overdoseepidemien»*. Oslo: Stortinget.

Edland-Gryt, M. (red.) (2011). *Rusmidler i Norge 2011*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Ekeland, T. –J. (1999). Evidensbasert behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36(11), 1036–1047.

Ekeland, T. –J. (2007). Evidens og nypositivisme. *Forskningspolitikk*, 30(2), 10.

EMCDDA. *Årsrapporter om narkotikasituasjonen i Europa*.

EMCDDA (2009). *Statistical bulletin*.

EMCDDA (2010). *Narkotikasituasjonen i Europa 2010*. Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.

=Oslo (2010). *Juleboka*. Oslo: Stiftelsen Erlik.

Ervik, Randi (1997). *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 2. Behandlingsforløp og status* (SIFA rapport nr 5/97). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Fekjær, H.O. (2004). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Franzen, E. (1997). *Passe elendig? Ringvirkninger av et metadonprosjekt*. Oslo: Institutt for kriminologi, UiO.

Friedman, A.S. & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (The adolescent drug abuse diagnosis instrument). *Journal for drug education*, 19(4), 285–312.

Frost, N. (2002). A problematic relationship? Evidence and practice in the workplace. *Social Work and Social Science Review*, 10(1), 38–50.

Garland, D. (2001). *The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society*. Oxford: Oxford University Press.

Gjelsvik, O. (2009). *Models of addiction and freedom of the will*. Oslo: Mimeo, UiO.

Grytdal, V. & Meland, P. (2007). *Vold i Oslo 2006 – en analyse av voldsanmeldelser 2. halvår 2006*. Oslo: Oslo politidistrikt.

Gullestad S.E. (2003). Evidensbasert Psykoterapi. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*, (1), 80–85.

Hakkarainen, P. et al. (2007). Dual-track drug policy: Normalization of the drug problem in Finland. *Drugs; Education, Prevention and Policy*, 14(6), 543–558.

Hallgrimson, O. (1980). Methadone Treatment: The Nordic Attitude. *Journal of Drug Issues*. 10, 463–475.

Hartz, I., Tverdal, A., & Skurtveit, S. (2009). Social inequalities of potentially addictive drugs in Norway – use among disability pensioners. *Norsk Epidemiologi*, 19(2), 209–218.

Hauge, R. (2009). Debating decriminalization of drug use in Norway. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*; 26, 427–431.

Helsedepartementet (2004a). Rundskriv (I-8/2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo: Helsedepartementet.

Helsedepartementet (2004b). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier*. Oslo: Helsedepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Opptrappingsplanen på rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Norsk narkotikapolitikk i internasjonale fora*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Rapport om narkotika. Stoltenbergutvalget*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Prop. 1 IS (2009–2010)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (1976). *Rundskriv*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010a). *Nasjonale retningslinjer for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2010b). *Far er syk, mor er syk. Barn som pårørende*. Rundskriv IS-5. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010c). *Opptrappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2009*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2001). *Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet*. Oslo: Helsetilsynet.

Hennum, R. (2002). *Domstolenes utmåling av straff- en undersøkelse av rettspraksis*. Rapport til Justis- og politidepartementet. Oslo: Justis- og politidepartementet

Hibell, B., et al. (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

Hope, A. & Butler, S. (2010). Changes in consumption and harms, yet little policy progress. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Ireland 1990–2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 479–495.

Hordvin, O. (ed.) (2010). *The Drug Situation in Norway*. Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.

Horverak, Ø. (2001). Vinmonopolet – mellom avholdsbevegelse og måtehold. *Nordisk alkohol & narkotikatidsskrift*, 18, 7–23.

Horverak, Ø., Nordlund, S. & Rossow, I. (2001). *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk* (SIRUS-rapport 1/2001). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.



Horverak, Ø. (2002). *Selvbetjente vinmonopolutsalg – en evaluering* (SIRUS-rapport 2/2002). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Horverak, Ø. & Bye, E.K. (2007). *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004* (SIRUS-rapport 2/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Horverak, Ø. (2008). The transition from over-the-counter to self-service sales of alcoholic beverages in Norwegian monopoly outlets. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 77–100.

Horverak, Ø. (2009). Wine journalism – marketing or consumers' guide? *Marketing science*, 28, 573–579.

Horverak, Ø. (2010). Alcohol and economics. Research, politics or industry? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(4), 305–325.

Horverak, Ø. (2011). Hva koster alkoholen? Kronikk, *Aftenposten* 04.07.2011.

<http://eldd.emcdda.europa.eu>.

Hyman, S. (2007). The neurobiology of addiction: implications of voluntary control of behavior. *American Journal of Bioethics*, 7, 8–11.

INCB (1999). *Brev til Sunhedsministeriet*.

Inn. S. Nr 255 (2000 – 2001). *Innstilling fra Finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002*. Oslo: Stortinget.

Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A., & Skutle, A. (2008). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2007*. Hentet fra [www.sirus.no](http://www.sirus.no)

Iversen, E. et al. (2009). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2008*. Hentet fra [www.sirus.no](http://www.sirus.no).

Järvinen, M., & Room, R. (2007). *Youth drinking cultures. European experiences*. Aldershot: Ashgate.

Jones, S., Casswell, S. & Zhang, J. (1995). Economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction*, 90, 1455–1461.

Karlsson, T. et al. (2010). A new alcohol environment. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Finland 1990–2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 497–513.

Käll, K., et al. (2005). *Sprututbyte: en genomgång av den internationella forskningen och den svenska debatten*. Stockholm: Fri förlag.

Käll, K., et al. (2007). The Effectiveness of Needle Exchange Programmes for HIV Prevention. A Critical Review. *The Journal of global drug policy and practice* 1(3).

Kimber, J. et al. (2010). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. I Rodhes, T & Hedrch, D. (ed). *Harm reduction, evidence, impacts and challenges* (EMCDDA Scientific Monograph Series; 10). Luxembourg: Publications office of the European Union.

Klingemann, H. & Gmel, G. (2001). *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Koski-Jännes, A. (2005). On the problems of Randomized Clinical Trails as Means of advancing Clinical Practice. I Pedersen, M. U., Segraeus, V. og Hellman M. (Edit.). *Evidence based Practice? Challenges in substance abuse treatment* (NAD publication 47). Helsinki: NAD.

KRIPOS (2011). *Narkotika- og dopingstatistikk*. Hentet fra [https://www.politi.no/vedlegg/lokale\\_vedlegg/kripos/Vedlegg\\_1106.pdf](https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_1106.pdf)

Lauritzen, G. et al. (1997). A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*. Vol. 14. 43–63. English Supplement.

Lauritzen, G. & Waal, H. (2003). Sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv. I Killen, K. & Olofsson, M. (red): *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Lauritzen, G. (2010). *European Addiction Severity Index (EruopASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål* (SIRUS rapport nr. 6/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Lavik, R. & Nordlund, S. (2009). Norway at the border of EU – cross-border shopping and its implications. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 26, 205–231.

Levine, H. (1978). The discovery of addiction. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 143–174.

Ljungberg, B. et al. (1991). HIV Prevention among injecting drug users – 3 years of experience from a syringe exchange program in Sweden. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 4(9), 890–5.

[www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Lund, I. & Ugland, T. (2002). Norsk og nordisk alkoholpolitikk i et EU-perspektiv. I Bye, E. (Ed.) *Rusmidler i Norge 2002*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Lund, M.K.Ø. et al. (2007). *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006* (SIRUS-rapport 8/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Lysova, A. & Pridemore, W. (2010). Dramatic problems and weak policy. Trends in alcohol consumption, harms and policy: United Kingdom 1990–2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 383–408.

Marthinsen, M. (2004). Evendensbasert-praksis og ideologi. *Nordisk sosialt arbeid*, 24, 290–302.

McLelland, T.A. et al. (1980) An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.

McLelland, T.A. et al. (1992). The 5th edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.

Meier, P. (2010). Polarized drinking patterns and alcohol deregulation. Trends in alcohol consumption, harms and policy. United Kingdom 1990–2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 497–513.

Melberg, H.O. et al. (2010). Is cannabis a gateway to hard drugs? *Empirical Economics*, 38(3), 583–603.

Melberg, H.O. (2010). Conceptual problems with studies of the social cost of alcohol and drug use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(4), 287–303.

Moore, T.H.M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R.E., Jones, P.B., Burke, M. (2007). *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*. *Lancet*, 370, 319–328.

[www.msis.no](http://www.msis.no)

Mørland, J. (2010) Neurobiologisk perspektiv på rus og avhengighet. I J. Bramness et al.(red.) *Følelser og fornuft. Festskrift til Helge Waal* (s. 121–138). Oslo: Seraf, UiO.

NAVF (1992). *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler* (Rapport nr 3. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering). Oslo: NAVF.

Neumann, C. B. (2010). Ille, men ikkje for ille – en analyse av Betalingsrundskrivets posisjon i barnevernet. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 87(4), 244–255.

Nordlund, S. (2003). Grensehandel og tax-free import av alkohol til Norge. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 20, 20–33.

Nordlund, S. (2007). The influence of EU on alcohol policy in a non-EU country. *Journal of Substance Use*, 12, 405–418.

Nordlund, S. (2008). What is alcohol abuse? Changes in Norwegians' perception of drinking practices since the 1960s. *Addiction Research and Theory*, 16, 85–94.

Nordtvedt, P., & Grimen H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Norström, T. (1995). Prevention strategies and alcohol policy. *Addiction*, 90, 515–524.

Norström, T. & Skog, O.-J. (2001). Alcohol and mortality: methodological and analytical issues in aggregate analyses. *Addiction*, 96 (Suppl), S5–17.

Norström, T. et al., (2002). Mortality and population drinking. In Norström, T. (Ed.), *Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries* (pp. 157–175). Stockholm: National Institute of Public Health.

NOU 1995: 24. *Alkoholpolitikken i endring?* Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

NOU 2002: 4: Ny straffelov. *Straffelovkommisjonens delutredning VII*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

NOU 2007: 8. *En vurdering av særavgiftene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Nutt, D., King, L.A. & Phillips, L. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752), 1558–1565. DOI:10.1016/S0140-6736(10)61462-6.

Nyborg, K. (2009). Hvem er redd for Homo Oeconomicus? Om eksperimenter, hevtvang og krypdyr. *Samtiden*, (4), 52–64.

Olsen, H. & Skretting, A. (2006). *Ingen enkle løsninger. Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum* (SIRUS-rapport 2/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Olsen, H & Skretting, A. (2007). *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom* (SIRUS-rapport 7/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Olofsson, M. (2003). København-modellen. I *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer* (red Killen, K. & Olofsson, M.) Oslo: Kommuneforlaget.

Oslo kommune (2003). *Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*.

Ot.prp. nr. 7 (1996–1997). *Om lov om endringer i alkoholloven*.

Ot.prp. nr. 86 (2003–2004). *Om lov om endringer i lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. og enkelte andre lover*.

Ot.prp. nr 56 (2003–2004). *Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)*.

Ot.prp. nr 8 (2004–2005). *Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) m.m.*

Ot.prp.nr 81 (2004–2005). *Om lov om endringer i straffeloven, prøveordning med domstolskontroll*.

Ot.prp. nr. 59 (2008–2009). *Om lov endringer i midlertidig lov 2. Juli 2004 nr 64. Om prøveordningen med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.*

Pacula, R.L. (2010a). *Examining the impact of marijuana legalization on marijuana consumption. Insights from the economics literature* (Working paper WR-770-RC, RAND), Santa Monica: Drug policy research center.

Pacula R.L. (2010b). *The Impact of Legalization on Harms Associated With Marijuana Use* (Working paper WR-769-RC, RAND), Santa Monica: Drug policy research center.

Pape, H. et al. (2009). Under double influence: Assessment of simultaneous alcohol and cannabis use in general youth populations. *Drug and Alcohol Dependence*; 101: 69–73.

Pawson, R (2006). *Evidence-based Policy a Realist Perspective*. London: Sage.

Pernanen, K. (1996). *Sammenhengen alkohol – vold* (SIFA-rapport nr. 3/96). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Pernanen, K. et al. (2002). *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Pudney, S. (2010). Drug policy: what should we do about cannabis? *Economic Policy*, 25: 165–211.

Ramstedt, M. (2010). Change and stability? Trends in alcohol consumption, harms and policy. Sweden 1990–2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 409–423.

Ravndal, E. (2005). Drug Treatment in 2004- Evidence Based Research or Qualified Beliefs? I *Evidence based practice? Challenges in substance abuse treatment* (NAD-publication; No. 47)(47–54). Helsinki: NAD.

Rehm, J. et al. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease – an overview. *Addiction*, 98, 1209–1228.

Rehm, J. et al. (2006). Volume of alcohol consumption, pattern of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction*, 101, 1086–1095.

Rehm, J. et al., (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 2223–2233.

Rehm, J. et al., (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105, 817–843.

Riksadvokaten (1998). *Narkotikasaker – kvantumets betydning for den rettslige bedømmelse og bruk av forelegg (nr1/1998)*. Rundskriv.

Riksadvokaten (2002) *Brev til Sosial- og helsedepartementet*, 24.01.2002.

Riksadvokaten (2003) *Sprøyterom – høring*, 04.04.2003.

Rise, J., Natvig, H. & Storvoll, E.E. (2005). *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»* (SIRUS-rapport nr. 1/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Robins, L.N. (1993) Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041–1054.

Room, R. (1999). The idea of alcohol policy. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, 16, 7–20.

Room, R., Fisher, B., Hall, W., Lenton, S. & Reuter, P. (2008). *The global cannabis commission report: Cannabis policy: Moving beyond stalemate*. Oxford: The Beckley Foundation.

Room, R. et al. (2009). Explaining change and stasis in alcohol consumption. *Addiction Research and Theory*, 17, 562–76.

Room R. et al. (2010). *Cannabis policy: Moving beyond stalemate*. Oxford University Press, New York.

Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30, 427 – 432.

Rossow, I. & Lauritzen, G. (2001). Shattered childhood: a key issue in suicidal behaviour among drug addicts? *Addiction*, 96, 227–240.

Rossow, I. & Romelsjö, A. (2006). The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*, 101, 84–90.

Rossow, I. (2007). Trends in alcohol consumption and alcohol related harms in Norway around the turn of the millennium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, 61–72.

Rossow, I., Mäkelä, P. & Österberg, E. (2007). Explanations and implications of concurrent and diverging trends. Alcohol consumption and alcohol-related harms in the Nordic countries in 1990–2005. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, 85–95.

Rossow, I. (2008). Prevention of alcohol related harm: The total consumption model. In Korsmeyer, P. & Kranzlef, H.R. (Eds.): *Encyclopedia of Drugs, Alcohol & Addictive Behavior*, 3<sup>rd</sup> edition. New York: MacMillan Reference USA.



Rossow, I., Moan, I. S. & Natvik, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere. Hvor mange er de og hvordan berøres de?* (SIRUS rapport nr. 9/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Rossow, I. (2010). Challenges in an affluent society. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Norway 1990–2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 449–463.

Rossow, I., Pape, H. & Baklien, B. (2010). *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer.* (SIRUS-rapport nr. 5/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Rønning, M., Berg, C., Furu, K., Litleskare, I., Sakshaug, S., Selmer, R., et al. (2010). *Reseptregisteret 2005–2009.* Oslo: Folkehelseinstituttet.

Røtting, J.-A. & Bramness J. G. (2009). Om å kombinere idealisme med kunnskap. *Rus & Samfunn*, 3(1), 28–31.

Rådet for psykisk helse (2003). *Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutviklingen i psykisk helsearbeid.* Hentet fra: <http://www.psykiskhelse.no/diverse/dokumenter/KUP-hoering.doc>

Sackett, D. L. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312, 71–72.

Simonsen et al. (2010). Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2007. *Forensic Science International*, 207(1–3), 170–6.

Single, E. et al. (2000). The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1669–1675.

Skjælaaen, Ø. (2010). *Kommunenes forvaltning av alkoholloven.* Nettrapport. Hentet fra [www.sirus.no](http://www.sirus.no)

Skog, O.-J. (1999). The prevention paradox revisited. *Addiction*, 94, 751–757.

Skog, O.-J. (2003). Avhengighet som motivasjonskonflikt. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 44, 67–82.

Skog, O.-J. (2006). *Skam og skade. Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Skrefsrud, T.-A. (2010). Evidensbasert praksis i skolen- den vitenskaplige dialogen og lærerrollen. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 94(1), 17–27.

Skretting, A. (1997). *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, Del 1* (SIFA rapport Nr 4/97). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Skretting, A. & Bye, E.K. (2003). *Bruk av rusmidler blant norske 15–16 åringer* (SIRUS-rapport 5/2003). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Skretting, A. & Olsen, H. (2009). *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo* (SIRUS-rapport nr 7/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Skurtveit, S., Furu, K., Bramness, J. G., Selmer, R., & Tverdal, A. (2010). Benzodiazepines predict use of opioids – a follow-up study of 17,074 men and women. *Pain Medicine*, 11(6), 805–814.

Snertingdal, M. I. (2010). *The co-constitution of heroin crime. Narratives of smugglers and dealers meet the judicial practices*. PhD-avhandling, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO.

Solbakken, B. H.; Lauritzen, G. & Ødegård Lund, M.K. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer* (SIRUS rapport nr. 5/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Solbakken, B. & Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer* (SIRUS rapport nr. 6/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Sosial- og helsedepartementet. Rundskriv I-35/2000. *Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*.

Sosialdepartementet (1998). *Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk. Utvikling av behandlingsskapasiteten i perioden 1988–92.*

Sosialdepartementet (2001). *Høring. Anmodning om uttalelse til spørsmålet om etablering av sprøyterom til narkomane.*

Sosialdepartementet (2002a). *Høringsuttelselser sprøyterom.*

Sosialdepartementet (2002b). *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005.*

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.* IS-1405.

<http://www.ssb.no/grensehandel>

SSB kriminalstatistikk (<http://www.ssb.no/kriminalitet/>):

Stene, R. (2008). Narkotikasiktedes lovbrudd preger rettssystemet. *Samfunnspeilet*, 22(1), 5–17.

Stortinget (2001–2002). *Møte 25. oktober.*

Stortinget (2002–2003). *Møte 16. mai.*

St meld nr 66 (1975–76). *Om narkotikaproblemer.* Oslo: Sosialdepartementet.

St. meld. Nr. 13 (1985–86). *Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.* Oslo: Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 16 (1996–97). *Narkotikapolitikken.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. 63 (2001–2002). *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002.*

St.prp. 1. (2002–2003). *For budsjetterminen 2003.* Oslo: Sosialdepartementet.

St. prp. 65 (2002–2003). *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2003*. Oslo: Finansdepartementet.

Storvoll, E.E., Rossow, I. & Rise, J. (2010). *Alkoholpolitikken og opinionen. Endringer i befolkningens holdninger til alkoholpolitikken og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009* (SIRUS-rapport 1/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Storvoll, E.E. et al. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk* (SIRUS-rapport 3/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Sulkunen, P. (2009a). *The saturated society. Governing risk and lifestyles in consumer culture*. London: Sage Publication.

Sulkunen, P. (2009b) Sociology of consumption about alcohol. *Addiction Research and Theory*, 17, 583–85 (commentary).

Tefre, E.M. et al. (2007). *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo* (SIRUS-rapport 4/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Tigerstedt, C. (2001). *The Dissolution of the Alcohol Policy Field. Studies on the Nordic countries*. Helsinki: University of Helsinki, Department of Social Policy.

Ugland, T. (2011). *Alcohol on the European Union's political agenda: Getting off the policy roller-coaster* (SIRUS-rapport 1/2011). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Ulvik O.S: (2009). Kunnskap for et seinmoderne barnevern. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 86 (1), 18–27.

UNODC (2009). *World Drug Report 2009*. Hentet fra <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html>

UNODC (2010). *World Drug Report 2010*. Hentet fra <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>

Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A. & Koeter, M. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *European Addiction Research*, 16, 202–207.

Van Ours, J. (2003). Is cannabis a stepping-stone for cocaine? *Journal of Health Economics*, 22, 539–554.

Vedøy, T. & Skretting, A. (2009). *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968–2008* (SIRUS-rapport 5/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

West, R. (2006). *Theory of addiction*. Addiction Press. Blackwell Publishing.

Wilhelmsen, M. (2009). *Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Seksjon for planlegging og brukertesting. Hentet fra: [http://www.ssb.no/emner/00/90/notat\\_200940/notat\\_200940.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200940/notat_200940.pdf)

Winther, R. B., & Bramness, J. G. (2009). Legemiddelshopping av vanedannende medikamenter i Norge. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 129(6), 517–520.

Wodak, A., & Cooney, A. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: World Health Organization.

Wodak, A., & Cooney, A. (2006). Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of the international evidence. [Review]. *Substance Use & Misuse*, 41(6–7), 777–813

WHO (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organisation.

Waal, H. et al (2011). *Open drug scenes and overdose mortality – what to do? Report from five European cities*. SERAF rapport nr 1/2011.

Ødegård, E. (2010). Upublisert. SIRUS.

Österberg, E. & Karlsson, T. (2002). *Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A collection of country reports*. Helsinki: STAKES.

Østhus, S. (2005). *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag* (SIRUS-rapport 3/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddel-forskning.

## SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se [www.sirus.no](http://www.sirus.no) under publikasjoner:

2/2011 Baklien, Bergljot og Unni Krogh *Prosessten, planen og politikken – Rusmiddelpolitiske handlingsplaner* 136 s. Oslo 2011

1/2011 Ugland, Trygve *Alcohol on the European Union's Political Agenda: Getting Off the Policy Roller-Coaster?* 50 s. Oslo 2011

6/2010 Lauritzen, Grete *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling – Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål.* 130 s. Oslo 2010

5/2010 Rossow, Ingeborg, Hilde Pape & Bergljot Bakken *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer.* 74 s. Oslo 2010

4/2010 Redaktør: Ellen J. Amundsen. Forfattere: Ingeborg Lund & Anne Line Bretteville-Jensen, Astrid Skretting, Jostein Rise, Sturla Nordlund og Ellen J. Amundsen *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang.* 78 s. Oslo 2010

3/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels & Grethe Lauritzen *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk.* 97 s. Oslo 2010

2/2010 Edland-Gryt, Marit & Astrid Skretting *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere – En kartlegging.* 111 s. Oslo 2010

1/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow & Jostein Rise *Alkoholpolitikken og opinionen – Endringer i befolkningens holdninger og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009.* 68 s. Oslo 2010

9/2009 Rossow, Ingeborg, Inger Synnøve Moan & Henrik Natvig *Nære pårørende av alkoholmissbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?.* 65 s. Oslo 2009

8/2009 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge.* 65 s. Oslo 2009

7/2009 Skretting, Astrid & Hilgunn Olsen *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*. 72 s. Oslo 2009

6/2009 Lund, Karl Erik *A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008*. 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser*. 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007*. 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006*. 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storrø *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Lauritzen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.



4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmissbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004*. 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag.* 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003.* 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt».* 128 s. Oslo 2005.

## **SIRUS-skrifter**

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se [www.sirus.no](http://www.sirus.no) under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer.* 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen.* 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning.* 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006.* 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge.* Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005.* 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasiekperimentell undersøkelse.* 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg»*. 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg»*. 116 s. Oslo 2006.

2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003–2007*. 110 s. Oslo 2006.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse*. 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene*. 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001*. 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument*. 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen*. 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse*. 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer*. 59 s. Oslo 2005.