

Rusmidler i Norge 2013

SIRUS



Rusmidler i Norge 2013

Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing og doping

Redaktører: Astrid Skretting, Karl Erik Lund og Elin K. Bye

Øvrige bidragsytere: Ellen J. Amundsen, Ola Røed Bilgrei, Kristin Buvik, Marit Edland-Gryt, Odd Hordvin, Elisabeth Kvaavik, Grethe Lauritzen, Ingeborg Lund, Marianne Lund, Thomas Anton Sandøy, Janne Scheffels, Øystein Skjælaaen, Gunnar Sæbø og Tord Finne Vedøy.

Utgitt av:
Statens institutt for rusmiddelforskning

ISBN 978-82-7171-412-3 (pdf)

SIRUS Statens institutt for rusmiddelforskning

Forord

«Rusmidler i Norge» ble første gang utgitt i 1989 som et samarbeid mellom det daværende Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA). Fra 2001 har Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) stått som utgiver.

Fram til og med 2012 har «Rusmidler i Norge» kommet med årlige utgaver på papir, og har i de senere år også kunne lastes ned fra www.sirus.no. Det meste av den statistiske informasjonen er også gjort tilgjengelig i instituttets nettbaserte statistikkdatabase (<http://statistikk.sirus.no>). I tråd med den teknologiske utviklingen vil ikke «Rusmidler i Norge» lenger komme som årlig papirpublikasjon. En overgang til en mer rendyrket nettpubliserings gir mulighet til mer fortløpende oppdatering av informasjon/data.

Publikasjonen er også utvidet ved at den inneholder mer tekst enn tidligere organisert etter substans, mens et eget kapittel er viet informasjon/data knyttet til tjenester for rusmiddelmisbrukere.

I hvert av substanskapitlene blir det gitt en beskrivelse av de aktuelle stoffene, hvordan de virker, og deres skadepotensial og aktuelle lovreguleringer. Så følger aktuelle registerdata og data fra ulike undersøkelser. Det gis også en historisk oversikt over viktige hendelser og beslutninger i tilknytning til de forskjellige substansområdene og til tjenestetilbudet.

Oslo, juni 2014

Astrid Skretting, Karl Erik Lund og Elin K. Bye

Innhold

Forord	2
1 Data og metode	8
1.1 Om de ulike rusmidlene	8
1.2 Spørreskjemaundersøkelser	8
1.2.1 ESPAD	9
1.2.2 Befolkningsundersøkelsen	9
1.3 Kommunenes forvaltning av alkoholoven.....	9
1.4 Kjøring under påvirkning	10
1.5 Beslagsdata.....	10
1.6 Rusmiddelrelaterte innleggelser i somatiske sykehus	10
1.7 Tjenestetilbudet	10
1.8 Historiske oversikter.....	11
1.9 Tabeller og figurer	11
1.10 Kilder og referanser	11
2 Alkohol	12
2.1 Hva er alkohol?.....	12
2.2 Virkninger	12
2.2.1 Virkninger av enkeltinntak	13
2.2.2 Virkningene av gjentatt alkoholinntak	14
2.2.3 Avhengighet	14
2.2.4 Organsykdommer	15
2.2.5 Graviditet.....	15
2.2.6 «Sikre grenser».....	16
2.3 Lovgivning.....	16
2.4 Holdninger til alkoholpolitikken	18
2.5 Omsetning - marked.....	18
2.5.1 Innenlands omsetning.....	18
2.5.2 Tax-free omsetning	20
2.5.3 Grensehandel	21
2.5.4 Smugling	22
2.6 Alkoholomsetning utenom Norge	24
2.6.1 Norden.....	24
2.6.2 Europa	27
2.7 Spørreskjemaundersøkelser.....	28
2.7.1 Ungdom 15-16 år - ESPAD	29

2.7.2	Befolkningsundersøkelse (16-79 år).....	34
2.7.3	Beruselse	38
2.8	Salgs- og skjenkebevillinger - kommunenes forvaltning av alkoholloven	42
2.8.1	Salgsbevillinger	43
2.8.2	Skjenkebevillinger	45
2.8.3	Salgs- og skjenketider	47
2.8.4	Kontroll med salgs- og skjenkebevillinger	48
2.8.5	Bartenderes møte med berusede gjester	50
2.9	Økonomi	50
2.9.1	Prisindekser	50
2.9.2	Avgift til statskassen	52
2.10	Alkoholrelatert kriminalitet	53
2.10.1	Kjøring under påvirkning	53
2.11	Alkoholrelatert død, sykdom og skade	55
2.11.1	Alkoholrelatert død	56
2.11.2	Sykehusinnleggelser	57
2.11.3	Andre alkoholrelaterte skader	58
2.12	Historisk oversikt	59
2.13	Kilder og referanser	76
2.14	Vedleggstabeller	79
3	Tobakk.....	108
3.1	Et hundreårsperspektiv på tobakksbruk	108
3.1.1	Datagrunnlag	108
3.2	Tobakksbruk og konsekvenser for folkehelsen	109
3.2.1	Hjerte- og karsykdommer	110
3.2.2	Kreft	110
3.2.3	Respiratoriske sykdommer	111
3.2.4	Passiv røyking	111
3.2.5	Hvor mange dør av røyking?	112
3.2.6	Andre konsekvenser av røyking og snusbruk	112
3.3	Nikotinmarkedets sammensetning og endring	113
3.3.1	Det registrerte salget av tobakk	113
3.3.2	Forbruk av tobakk fra uregistrerte forsyningskilder	116
3.3.3	Estimering av det totale tobakksforbruket	118
3.3.4	Selvrapportert forbruk av tobakk	119
3.3.5	Tobakksomsetningen fordelt på kvinner og menn	121
3.4	Røykingens epidemiologi	123

3.4.1	Kjønn og alder	123
3.4.2	Region.....	129
3.4.3	Innslag av røykere i ulike fødselskohorter	130
3.4.4	Røyking etter utdanningslengde	132
3.4.5	Røyking i innvandrerbefolkningen	135
3.5	Grupper av røykere	137
3.5.1	Av-og-til-røykere	137
3.5.2	'Hardcore'-røykere	139
3.5.3	Brukere av ulike røykeprodukter	141
3.6	Snusbrukets epidemiologi	143
3.6.1	Andel snusbrukere blant kvinner og menn	143
3.6.2	Andel snusbrukere i ulike alders-, utdanningsgrupper og regioner	145
3.6.3	Kombinert bruk av snus og sigaretter	146
3.7	Risikooppfatninger om tobakk	148
3.8	Røykeslutt.....	150
3.8.1	Legemidler til bruk ved nikotinavhengighet	151
3.8.2	Snus og røykeslutt	152
3.9	Tobakkspris og særavgift.....	153
3.10	Mulige forklaringer på endringer i tobakksforbruket	155
3.10.1	Reduksjonen i sigarettforbruket	156
3.10.2	Forsinkelser i endringer blant kvinner	156
3.11	Historisk oversikt	158
3.12	Kilder og referanser	172
3.13	Vedleggstabeller	180
4	Vanedannende legemidler	197
4.1	Noen vanedannende legemidler	197
4.1.1	Benzodiazepiner	197
4.1.2	Smertestillende legemidler - opiodier	199
4.1.3	Metadon og buprenorfin i substitusjonsbehandling	201
4.2	Lovgivning.....	202
4.3	Omsetning	203
4.3.1	Legemidler i substitusjonsbehandling.....	206
4.3.2	Legemidler ved nikotinavhengighet	207
4.4	Spørreskjemaundersøkelser.....	208
4.4.1	Ungdom 15-16 år - ESPAD	208
4.4.2	Befolkningsundersøkelse 16-79 år	210
4.5	Beslag	213

4.6	Historisk oversikt	214
4.7	Kilder og referanser	215
4.8	Vedleggstabeller	216
5	Narkotika	222
5.1	Om ulike narkotiske stoffer	222
5.1.1	Cannabis	222
5.1.2	Syntetiske cannabinoider - "spice"	224
5.1.3	Amfetaminer	224
5.1.4	Heroin - opioider	226
5.1.5	Kokain	227
5.1.6	Ecstasy	228
5.1.7	GHB	229
5.1.8	Khat	230
5.2	Lovgivning	230
5.3	Narkotikamarkedet	233
5.3.1	Beslag	235
5.4	Spørreundersøkelser	238
5.4.1	Ungdom 15-16 åringer- ESPAD	238
5.4.2	Befolkningsundersøkelse 16-64 år	240
5.5	Narkotikalovbrudd	242
5.6	Narkotikadødsfall	245
5.7	Narkotikarelatert sykdom	247
5.8	Historisk oversikt	249
5.9	Kilder og referanser	257
5.10	Vedleggstabeller	260
6	Sniffestoffer	272
6.1	Hva er sniffing?	272
6.1.1	Sniffestoffenes virkninger	272
6.1.2	Toleranse og avhengighet	273
6.2	Lovgivning	273
6.3	Spørreskjemaundersøkelser	273
6.4	Kilder og referanser	276
7	Doping	277
7.1	Hva er doping?	277
7.2	Lovgivning	277
7.3	Marked	278
7.4	Spørreskjemaundersøkelser	280

7.5	Historisk oversikt	281
7.6	Kilder og referanser	282
8	Tjenestetilbudet.....	283
8.1	Noen utviklingstrekk	283
8.1.1	Organisering av behandling.....	283
8.1.2	Substitusjonsbehandling	286
8.1.3	Skadereduksjon	289
8.2	Lovgivning.....	291
8.2.1	Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.)	291
8.2.2	Spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.)	292
8.2.3	Pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter).....	292
8.2.4	Sprøyteromsloven (Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika) ...	293
8.2.5	Tannhelsetjenesteloven (Lov om tannhelsetjenesten).....	293
8.2.6	Retningslinjer og veiledere	293
8.3	Behandling i spesialisthelsetjenesten	294
8.4	Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke	298
8.5	Vederlagsfri tannhelsetjeneste	299
8.6	Kommunale tjenester.....	299
8.6.1	Sprøyterommet i Oslo	300
8.7	Andre tjenester	301
8.7.1	RUStelefonen.....	301
8.7.2	Røyketelefonen	302
8.8	Historisk oversikt	304
8.9	Kilder og referanser	311
8.10	Vedleggstabeller.....	314

1 Data og metode

Store deler av det statistiske materialet som inngår, er offentlige data innhentet fra kilder som Statistisk sentralbyrå, Kripos, Toll- og avgiftsdirektoratet, Norsk pasientregister, Helsedirektoratet, Oslo kommune (Velferdsetaten), Universitetet i Oslo (SERAF) og Folkehelseinstituttet.

Det inngår imidlertid også data som er innhentet og bearbeidet av SIRUS. Dette gjelder eksempelvis data fra befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk, data fra kommunene om forvaltning av alkoholloven, og informasjon om tax-free salg av alkohol og tobakk på norske flyplasser.

Vi vil her redegjøre for noen av de brukte datakildene og mulige problemer de representerer.

1.1 Om de ulike rusmidlene

Informasjonen om de ulike substansene, virkninger og skadepotensiale er hentet fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (www.fhi.no)

1.2 Spørreskjemaundersøkelser

Data fra Statistisk sentralbyrå gir informasjon om hvor mye alkohol som selges i Norge, eller det vi gjerne kaller det registrerte alkoholforbruket. Tilsvarende gir data fra Toll- og avgiftsdirektoratet informasjon om salget av tobakk, eller det registrerte tobakksforbruket. Slike data gir imidlertid ikke informasjon om hvordan bruk av alkohol og tobakk fordeler seg i ulike befolkningsgrupper, f. eks. blant kvinner og menn, eller i ulike aldersgrupper. For å få slik informasjon har spørreskjemaundersøkelser tradisjonelt vært en viktig datakilde. Det gjelder også bruk av illegale rusmidler der vi av naturlige grunner ikke har noen offisielle datakilder slik tilfellet er med alkohol og tobakk.

Det vil alltid være metodiske feilkilder knyttet til slike spørreskjemaundersøkelser. For det første vil ikke alle personer som trekkes ut til å delta i undersøkelsen, besvare spørreskjemaet. Dette kan være et problem hvis frafallet ikke er tilfeldig. Likeledes vil frafallet føre til at antall personer som inngår i undersøkelsen, blir mindre enn planlagt. En annen feilkilde er at noen gir feilaktige opplysninger, bevisst eller ubevisst. I noen tilfeller kan det skyldes at det spørres om hendelser som ligger tilbake i tid og dermed er vanskelig å huske. Dette gjelder eksempelvis hvor mye man drakk av ulike alkoholholdige drikkesorter sist man drakk disse. I de tilfellene der det spørres om bruk av illegale rusmidler, må vi anta at noen underrapporterer, eventuelt også overrapporterer, bruk alt etter hvilket miljø personen ferdes i. Dette er feilkilder som vil kunne gjøre seg gjeldende når vi trekker slutninger om befolkningen på bakgrunn av utvalget.

1.2.1 ESPAD

Norge inngår i den omfattende europeiske skoleundersøkelsen – The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), som omfatter aldersgruppen 15-16 år i omkring 35 land. Det er det samme spørreskjemaet som brukes i alle de deltagende land. Den første undersøkelsen fant sted i 1995, og er deretter gjennomført hvert fjerde år. Per 2014 foreligger det med andre ord data fra 1995, 1999, 2003, 2007 og 2011. Den internasjonale rapporten fra 2011 er tilgjengelig på www.espad.org.

1.2.2 Befolkningsundersøkelsen

SIFA/SIRUS har siden 1962 foretatt intervjuundersøkelser i utvalg av den norske befolkningen for å få kunnskap om nordmenns bruk av alkohol. Etter hvert ble det også stilt noen spørsmål om bruk av narkotika og vanedannende legemidler. Hovedresultatene for alkohol finnes i rapporten «Det norske drikkemønsteret - en studie basert på intervjudata fra 1973-2004» (Horverak & Bye, 2007) samt i Rusmidler i Norge 2006 (Horverak, 2006). Det ble gjennomført en tilsvarende undersøkelse i 2009, men svarprosenten var så lav at dataene ikke var egnet for publisering. I 2012 inngikk SIRUS derfor et samarbeid med Statistisk sentralbyrå om en ny rekke av årlige befolkningsundersøkelser. Disse nye undersøkelsene foretas på telefon og inkluderer spørsmål om bruk av tobakk/snus, alkohol, narkotika, doping og vanedannende legemidler. Undersøkelsen foregår ved at et representativt utvalg ble trukket fra folkeregisteret og intervjuet på telefon, etter at de i forkant var tilsendt et informasjonsbrev om undersøkelsen.

1.3 Kommunenes forvaltning av alkoholloven

For å følge med på hvordan kommunene forvalter ansvaret de er gitt etter alkoholloven, foretar SIRUS en årlig kartlegging ved hjelp av et spørreskjema som sendes alle landets kommuner. Det spørres her om antall salgs- og skjenkebevillinger ved utgangen av foregående år, salgs- og skjenketider for alkohol, og utøvelse av kontrollvirksomhet. Kommunenes plikt til å bistå SIRUS i den årlige kartleggingen er hjemlet i Forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv § 7-3.

Svarprosenten i de enkelte år har variert mellom 90 og 99 prosent. I 2013 var det 392 av landets 428 kommuner som svarte, noe som gir en svarprosent på 91,5. For kommuner som ikke har gitt nødvendig informasjon, har en valgt å bruke opplysninger om antall salgs- og skjenkebevillinger fra sist slik informasjon ble gitt. Stort sett dreier dette seg om mindre kommuner der det er grunn til å tro at det ikke har skjedd store forandringer fra ett år til et annet. Vi vet ellers lite om hvilken rolle den som besvarer skjemaet på vegne av kommunen har med hensyn til forvaltningen av alkoholloven, og hvor mye tid og energi som brukes til å frambringe informasjonen som etterspørres. Det vil derfor være noe usikkerhet knyttet til de foreliggende data.

1.4 Kjøring under påvirkning

Ved mistanke om bilkjøring i påvirket tilstand vil det ikke alltid være enkelt å vurdere hvorvidt det dreier seg om påvirkning av alkohol eller andre rusmidler. I slike tilfeller blir blodprøver sendt inn for analyse for både alkohol og andre rusmidler. Prøver fra bilfører ved mistanke om påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler er tatt inn i kapittel 2 om alkohol (Figur 2.25, Vedleggstabell 2.22 og 2.23) sammen med prøver fra bilfører mistenkt for alkohol alene. Det samme gjelder straffereaksjoner for kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler, da vi ikke kjenner andelen som bare er reaksjoner for kjøring under påvirkning av alkohol, og andelen som er reaksjoner for kjøring under påvirkning av andre substanser (Vedleggstabell 2.24 – 2.26).

1.5 Beslagsdata

Kripos samordner informasjon fra Tollvesenet og politi når det gjelder beslag av narkotika. Når det gjelder beslag av alkohol og tobakk, foreligger det bare slike data fra Tollvesenet. I den grad politiet gjør beslag av innsnuglet alkohol og tobakksvarer der Tollvesenet ikke er involvert, vil det innebærer en viss grad av underrapportering.

1.6 Rusmiddelrelaterte innleggelser i somatiske sykehus

Data fra Norsk pasientregister gir et bilde av innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelaterte diagnoser. Det er av ulike grunner ikke mulig å gi et tilsvarende bilde av innleggelser med bakgrunn i tobakks- eller narkotikarelaterte innleggelser. Dette har sammenheng med at det er vanskeligere å skille ut somatiske diagnoser som er direkte relatert til henholdsvis tobakk eller narkotika.

1.7 Tjenestetilbudet

I tråd med norsk rusmiddelpolitikk er tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere stort sett ikke inndelt etter substans. De fleste tjenester gir derfor tilbud både til personer som har problemer knyttet til bruk av alkohol og personer som har problemer knyttet til bruk av narkotika. For tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere i spesialisthelsetjenesten og bruk av dette, foreligger det etter hvert relativt gode data. Det er imidlertid et problem at det for noen områder er flere instanser som rapporterer slike data, og at de legger noe ulike inklusjonskriterier til grunn. Dette gjelder eksempelvis for antall døgnplasser i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) som rapporteres både fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og fra SAMDATA. Rapporteringen fra SAMDATA bygger på data fra SSB, men har av ulike grunner valgt et snevrere inklusjonskriterium. Dette innebærer at SAMDATA opererer med færre døgnplasser i TSB enn det som framkommer fra SSB. Ut fra at SAMDATA står for den samlede rapporteringen fra ulike sider av spesialisthelsetjenesten, har vi her valgt å bruke SAMDATA som datakilde (Huseby et al 2013). I tillegg til døgnplassene i TSB vil også

døgninstitusjoner innen psykisk helsevern (PHV) gi behandling for rusmiddelmisbruk. Det foreligger imidlertid ikke informasjon om hvor mange døgnplasser dette kan dreie seg om.

Norsk pasientregister (NPR) har i mange år omfattet pasienter innen somatikk og psykisk helsevern. I 2009 ble også pasienter i behandling for rusmiddelproblemer inkludert samtidig som registeret ble gjort individbasert. Dette gir mulighet for å tallfeste antall personer som er i behandling i løpet av et enkelt år. Ut fra at registreringen i NPR er basert på diagnosesystemet ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision), har vi informasjon om antall pasienter i behandling for rusmiddelproblemer både innenfor TSB og PHV.

Når det gjelder kommunenes tjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere, finnes det ingen sentral, systematisk rapportering. Det foreligger derfor ikke informasjon om omfang og bruk av ulike tjenester, som for eksempel døgnplasser for rusmiddelmisbrukere i kommunal regi, lavterskel helsetilbud, sprøyteutdeling osv. I den grad vi her gir noen slike data, er disse framskaffet ved henvendelse til de største kommunene.

1.8 Historiske oversikter

I de enkelte kapitlene gis det en historisk oversikt over viktige hendelser relatert til den enkelte substans, og for utvikling av tjenestetilbudet. Samme begivenhet vil kunne gjenfinnes i flere kapitler da de må ses som hendelser på tvers av substans og tjeneste.

1.9 Tabeller og figurer

Figurer inngår i den løpende teksten. Det samme gjelder i noen grad for mindre tabeller. De enkelte kapitlene vil også ha en rekke vedleggstabeller. Dette vil dels være tallgrunnlag for figurene i teksten, dels tabeller med lange tidsserier, men der data ikke er framstilt i figur.

1.10 Kilder og referanser

Horverak, Ø. (2006). Det norske drikkemønsteret under endring? I Bryhni, A. (red.).
Rusmidler i Norge. Statens institutt for rusmiddelforskning.

Horverak, Ø. & Bye, E.K. (2007). Det norske drikkemønsteret. SIRUS-rapport nr 2/2007.
Statens institutt for rusmiddelforskning.

Huseby, Beate M. (red) (2013). Samdata spesialisthelsetjenesten 2012. Helsedirektoratet.

2 Alkohol

2.1 Hva er alkohol?¹

Alkohol er i dagligtale betegnelse på drikker som inneholder etanol (etylalkohol) i en mengde som tilsvarer mer enn 2,5 volumprosent, og er det overlegent mest brukte rusmiddelet i den vestlige kulturkrets. Alkoholholdige drikker kan grovt sett deles inn i tre hovedgrupper øl, vin og brennevin, men vi har også alkoholholdige fruktdrikker som cider og såkalt «rusbrus». Disse har stort sett samme volumprosent alkohol som øl. Lettøl har alkoholstyrke opp til 2,5 volumprosent. Øl, cider og «rusbrus» som selges i dagligvarebutikkene, har en styrke opp til og med 4,7 volumprosent alkohol, mens sterkøl som selges på vinmonopolet, kan ha en styrke på opp til 8-10 volumprosent. Svakvin har en alkoholstyrke opp til 15 prosent, sterkvin fra 15 -22 prosent og brennevin fra 22 – 60 %. Ved siden av alkohol inneholder de forskjellige drikkesortene også andre stoffer som gir de ulike drikkene deres særegne lukt, farge og smak. Basert på informasjon hentet fra www.fhi.no/rusmidler, beskriver vi under hvordan alkohol virker på menneskekroppen, samt noen av de negative følgende av alkoholbruk.

2.2 Virkninger

Alkoholen blir først og fremst sugd opp i blodet (absorbert) fra tarmene. Litt alkohol kan også bli absorbert fra munnhulen, spiserøret og litt mer fra magesekken. Kort tid etter inntak, vanligvis bare noen minutter, kan det måles alkohol i blodet. Absorpsjonsprosessen går særlig raskt dersom det er lenge siden vi har spist. Da kan høyeste alkoholkonsentrasjon i blodet oppnås 15-30 minutter etter drikking, og en stor alkoholmengde kan være nærmest fullstendig absorbert på mindre enn én time. Drikkes alkohol på full mage eller i forbindelse med et måltid, vil absorpsjonen gå langsommere og kunne strekke seg over flere timer. Når alkoholen er kommet over i blodet, kan mengden måles og angis som «promille». Promillen viser hvor mange tusendeler av en vektenhet blod som utgjøres av alkohol. 1,0 promille betyr at det finnes 1 gram alkohol i 1 kilo blod.

Alkoholen passerer lett fra blodet til alle kroppens organer og videre gjennom membranene som omgir enkeltcellene som organet består av. Derfor er alkoholen å finne i alle kroppens celler kort tid etter at den er drukket. Hver eneste hjernecelle, muskelcelle, hudcelle osv. vil altså inneholde alkohol etter at vi har drukket, og det samme vil være tilfellet for alle cellene til et foster som befinner seg i livmoren til en gravid kvinne som inntar alkohol.

Konsentrasjonen av alkohol inne i cellene vil være grovt sett den samme som i blodet. Har man én promille i blodet, har man det også i hjernen, huden, musklene, fosteret osv.

¹Kilde: www.fhi.no/rusmidler

Den første tiden etter et alkoholinntak vil alkoholkonsentrasjonen i blodet være stigende. Når all alkohol er sugd opp og noenlunde jevnt fordelt i kroppens celler, oppnår vi gjerne høyeste punkt på blodalkoholkonsentrasjonskurven etter alkoholinntaket. Etter dette vil alkoholkonsentrasjonen i blodet synke. Dette skyldes først og fremst at alkoholen forbrenner i leveren.

Vi kan skille mellom to hovedtyper alkoholvirkninger:

1. Virkninger av enkeltinntak, som krever at alkohol er til stede i kroppen og som kommer hver gang vi drikker.
2. Virkninger av gjentatte inntak, gjerne relativt hyppige over måneder/år, og som også finnes når all alkohol er ute av kroppen.

2.2.1 Virkninger av enkeltinntak

Alkoholens virkninger på hjernen er de viktigste effektene av enkeltinntak. I lave konsentrasjoner vil alkohol endre stemningsleiet i positiv retning, redusere konsentrasjons- evnen samt hemme korttidshukommelsen og evne til læring. Den kritiske sansen vil også sløves. Hos de fleste synes denne følelsen av å være lett påvirket å inntreffe ved alkoholkonsentrasjoner rundt 0,5 promille eller lavere. Ved disse, eller litt høyere blodalkoholkonsentrasjoner, inntreder det oftest en viss kritikkløshet og økt risikovillighet. Generelt vil de nevnte virkningene bli tydeligere når alkoholkonsentrasjonen i hjernen og blodet stiger opp mot 1,0 promille. Selv uten reduksjon av ferdigheter, kan disse alkoholvirkningene øke ulykkesrisikoen og utløse aggresjon og vold mot andre.

Med økende alkoholkonsentrasjoner i blodet (og hjernen) vil forskjellige ferdigheter kunne reduseres. Balansen blir dårligere, kontrollen av bevegelser og tungen blir ikke som før. Ved alkoholkonsentrasjoner i blodet på 1 til 2 promille, blir vi trette og sløve, og vi kan bli kvalme. Ved promille på 1,5 og høyere vil de fleste ha problemer med å huske alt som skjer, og hukommelsestapet vil øke med stigende alkoholkonsentrasjon. Ved svært høy alkoholkonsentrasjon vil deler av nervesystemet bli lammet. Det farligste som kan skje da, er at respirasjonssenteret (pustesenteret) i hjernen hemmes så mye at pustingens stanser og døden inntreder. Promille fra rundt 3,0 og oppover kan være dødelig. Risikoen for denne livsfarlige komplikasjonen økes dersom man samtidig bruker medikamenter som virker dempende og sløvende på hjernen. Dette kan være beroligende midler, sovemidler, sterke smertestillende midler og midler mot epilepsi. Slike legemidler øker også risikoen for at man blir sterkere påvirket ved lavere blodalkoholkonsentrasjon.

Etter store alkoholinntak kan man oppleve betydelig plager «dagen derpå», med hodepine, generell uvelfølelse, depresjon, kvalme og brekninger. Vi vet lite om årsakene til dette. De

kan være relaterte til uttørring, i hvert fall synes rikelig væskeinntak (utenom alkohol), under rusperioden og etterpå, å ha gunstig virkning. Bakrusens intensitet henger godt sammen med hvor mye og over hvor lang tid man har drukket. Jo større inntak, jo lengre «fest», desto større plager. Man tror at det ved langvarig alkoholpåvirkning kan skje endringer i hjernen som varer noe lengre enn rusen, og som gir seg til kjenne som bakrusplager. Det eneste virksomme middel mot bakrusplager er å drikke mindre alkohol. Det må advares mot de aller fleste smertestillende medikamenter, da de kan øke risikoen for blødninger i mage og tarm.

2.2.2 Virkningene av gjentatt alkoholinntak

Dersom man drikker mye og ofte over et tilstrekkelig langt tidsrom, kan det skje endringer som er av en annen karakter enn de man har opplevd tidligere. Hvilke konsum som må til for at slike endringer skjer, vet vi ikke nok om. Antydningssvis kan enkeltinntak på over 40-50 g (3-4 alkoholenheter) annen hver eller hver dag over et tidsrom på mer enn noen måneder være tilstrekkelig til at nye virkninger eller tilleggsvirkninger kan opptre. Et eksempel på hvordan gjentatt bruk av alkohol kan endre virkningene av et enkeltinntak, er utviklingen av økt toleranse for alkoholens rusvirkninger. Gjentatte alkoholinntak setter i gang forandringer i nervecellene, som gjør at de tilpasser seg alkoholvirkningen. Hjernecellene hos en person som drikker ofte, krever mer alkohol før de endrer sine signalmottakersystemer, enn hos en som drikker sjelden. Dette vil gi seg til kjenne ved at den som drikker ofte, «tåler mer» alkohol enn tidligere. Dette kan ha praktiske fordeler, men viser egentlig en begynnende langvarig forandring av nervesystemet, som følge av gjentatte alkoholinntak. Slik utvikling av toleranse vil også være forbundet med forekomsten av forskjellige abstinensplager når alkoholtilførselen slutter og alkoholkonsentrasjonen i blodet går ned mot null. Abstinensen gir seg til kjenne med en rekke symptomer, som stort sett er motsatt rettet de man opplever under alkoholpåvirkning. Senket stemningsleie, uro, svetting og søvnforstyrrelser er typiske abstinensplager. Kraftig alkoholabstinens kan være livsfarlig. Både toleranseutvikling og abstinensplager vil forsvinne dersom man er alkoholavholdende gjennom uker og måneder.

2.2.3 Avhengighet

Noen av de langvarige forandringene som gjentatt bruk av alkohol påfører hjernecellene, vil gi seg til kjenne ved økt trang til nye alkoholinntak (avhengighet, «addiction»). Man bruker mye tid til anskaffelse og bruk av alkohol, og til å komme seg til hektene igjen etter drikkingen. Kontrolltap, manglende evne til å slutte på tross av innsikt i egen skade, sosiale og familiære komplikasjoner, samt kriminalitet, hører også gjerne med til dette bildet. Dette atferdsmønsteret skiller seg ikke vesentlig fra annen rusmiddelavhengighet. Det kan foreligge disponerende forhold for en slik utvikling, blant annet arvelige. Viktigst for utviklingen av tilstanden er imidlertid den gjentatte drikkingen i seg selv, som synes å kunne lede til en langvarig funksjonsforstyrrelse i hjernen, som så igjen leder til ytterligere ønske om drikking. Det utvikles en ond spiral, som det kan være svært vanskelig å komme ut av. Vi antar at

forholdene vil normaliseres etter langvarig avhold. Problemet er å få til denne langvarige avholdsperioden. Siden alle synes å kunne utvikle alkoholisme, blir forebygging viktig. På den bakgrunn anbefaler Folkehelseinstituttet at man har en bevisst holdning til eget alkoholkonsum, med alkoholfrie dager og uker, og bruk av begrensede alkoholmengder hver gang man drikker.

2.2.4 Organsykdommer

Eksempler på virkninger som kan inntre ved gjentatt alkoholinntak, er utvikling av organsykdommer. Det kan bl.a. dreie seg om lidelser i hjernen og nervesystemet, leversykdommer, økning av blodtrykket, kreft i fordøyelsesorganene og fosterskader. Ingen av disse tilstandene synes å inntre ved enkeltinntak av alkohol, men representerer virkninger av gjentatte inntak. Man har ikke detaljkunnskap om hvordan alkohol forårsaker disse sykdommene. Risikoen for organsykdommer hos voksne synes først å øke ved daglig alkoholinntak rundt 2-3 alkoholenheter.

2.2.5 Graviditet

Fosteret får samme ”promille” som mor hver gang hun drikker. Dette betyr at fosteret utsettes for gjentatt alkoholtilførsel dersom mor drikker flere ganger i løpet av svangerskapet. Alkohol er det rusmiddelet som vi med sikkerhet vet kan skade fosteret. Alkohol kan påvirke utviklingen av alle celler og organer, og hjernen er særlig sårbar. Fra tidlig på 1970-tallet har begrepet *Føtalt alkoholsyndrom* (FAS) vært brukt om en tilstand som omfatter hjerneskaade, veksthemming og misdannelser i midtansiktet.

Føtalt alkoholsyndrom oppstår hos barn av mødre som har drukket betydelige mengder alkohol under graviditeten. Men nyere forskning har vist at selv relativt små doser alkohol daglig, ned mot et glass vin eller en flaske øl, kan øke risikoen for spontanabort, redusert fostervekst, for tidlig fødsel og nedsatt fødselsvekt. Ved stigende forbruk øker risikoen også for redusert hodeomkrets, misdannelser og dødfødsler. Oppfølgingsstudier av barn som har vært eksponert for alkohol i fosterlivet, har vist at disse oftere har nedsatt IQ, lærevansker, og problemer med konsentrasjon og oppmerksomhet sammenliknet med barn av mødre som ikke har drukket alkohol under svangerskapet.

Sannsynligvis har fostre ulik sårbarhet. Det betyr at den samme mengden alkohol kan påvirke forskjellige fostre på ulik måte. Årsakene til dette kan være mange. Noe kan tilskrives forhold ved den gravide kvinnen, slik som alder, helse og generell livsstil, mens andre forhold kan forklares ved hvor genetisk robust eller sårbart barnet er. Tidspunktet i graviditeten kan også ha betydning. I motsetning til andre fosterskadelige stoff, kan alkohol utøve sin skadevirkning på hjernen i større grad i siste enn i første del av svangerskapet. Store enkeltinntak er regnet som særlig farlig for fosteret, og noen sikker nedre grense for å unngå skadevirkninger er ikke

kjent. På bakgrunn av denne usikkerheten anbefaler Folkehelseinstituttet at en bør unngå inntak av alkohol under hele svangerskapet.

2.2.6 «Sikre grenser»

Et spørsmål som har vært mye diskutert, er om man innenfor visse konsumgrenser kan drikke trygt og ubekymret. Det finnes ikke noe enkelt svar på dette. Enhver rus etter inntak av for eksempel to til fire alkoholenheter kan representere en viss ulykkesrisiko. En slik ulykke kan inntreffe selv om man bare drikker én gang i året. Følgelig blir den sikre nedre grense nærmest null. På den annen side kan risikoen knyttet til et daglig konsum av 2-3 alkoholenheter² på en måte som ikke gir blodalkoholkonsentrasjoner over 0,5 promille noen gang, være lite risikabelt, så sant man ikke er gravid, har spesielle sykdommer, disposisjoner eller bruker medikamenter. Helt sikker vil man imidlertid ikke være, for eksempel når det gjelder risiko for avhengighetsutvikling. Spørsmålet om sikre grenser er derfor nærmest umulig å besvare. Det generelle fornuftsråd fra Folkehelseinstituttet er derfor: jo mindre, jo sjeldnere, desto bedre.

2.3 Lovgivning

Utgangspunktet for norsk alkoholpolitikk er at alkohol er en lovlig vare, men at det er nødvendig med ulike virkemidler for å begrense skadevirkningene av forbruket. Den gjeldende alkoholloven er fra 1989 med diverse mindre endringer i de påfølgende år (LOV 1989-06-02 nr 27). Om lovens formål heter det i § 1.1: *Regulering av innførsel og omsetning av alkoholholdig drikk etter denne lov har som mål å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer.*

Dette er grunnlaget for at Norge har en restriktiv alkoholpolitikk sammenlignet med de fleste andre vestlige land. De viktigste virkemidlene er **bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og avgiftspolitikken**. Alkoholloven gjelder for drikker med mer enn 2,5 volumprosent alkohol.

Bevillingssystemet innebærer at salg, skjenking og tilvirkning av alkohol bare kan skje på grunnlag av bevilling slik det framkommer i alkoholloven. Det er den enkelte kommune som utsteder bevilling for salg og skjenking i egen kommune (alkoholloven kap 3 & 4), mens skjenkebevilling for tog, fly og skip utstedes av staten (alkoholloven kap 5). Kommunal bevilling kan gis for 4 år av gangen.

² 1 Alkoholenhet tilsvarer alkoholmengden i en flaske pils (33cl), 1 glass bordvin (15cl) eller en drink brennevin (4cl).

Vinmonopolet ble etablert i 1922. I 1938 opphørte de såkalte samlagene og Vinmonopolet fikk enerett på salg av vin og brennevin. Samlagene var et system der bevilling for salg og skjenking av brennevin ble gitt til et spesielt selskap, og der overskuddet gikk til allmennyttige formål. Etter at EØS-avtalen trådte i kraft, ble det usikkerhet om lovligheten av de nordiske alkoholmonopolene, og Vinmonopolets enerett til import av vin og brennevin ble derfor opphevet. Monopolet for detaljutsalg har man imidlertid valgt å beholde.

Etter gjeldende regler i alkoholloven § 2-1 må alkoholholdig drikk ikke innføres fra utlandet av andre enn den som har tilvirknings- eller engrosbevilling, med mindre innførselen gjelder vareprøver etter forskrifter gitt av departementet. Uten slik bevilling kan alkoholholdig drikk likevel innføres til personlig bruk og av fremmede makters representasjoner i Norge for tjenestebruk, når det skjer avgiftsfritt eller etter forskrifter gitt av departementet.

Reklame for alkoholholdige drikkevarer har vært forbudt i Norge siden 1975 (alkoholloven kap. 9).

Aldersgrense for salg, skjenking eller utlevering av alkohol inntil 22 volumprosent alkohol er 18 år, og 20 år for alkoholholdig drikk over 22 volumprosent alkohol (alkoholloven §1-5).

Hovedformålet med lovgivning og beskatning av alkohol i Norge er å regulere og redusere alkoholforbruket. Beskatningen bidrar dessuten til å skaffe staten inntekter. Mens alkoholavgiften tidligere delvis ble beregnet på grunnlag av verdien av den alkoholholdige varen, ble avgiftsstrukturen i 1995 lagt om til at alkoholinholdet alene skulle avgjøre avgiftens størrelse. Alkoholavgiften beregnes nå ut fra volumprosent per liter.

I 2005 ble det gjort en rekke endringer i alkoholloven som blant annet innebar en ny inndeling av alkoholholdig drikk (FOR 2005-0608 nr. 538). Inntil da ble de gruppert etter hvorvidt de ble betegnet som øl, vin eller brennevin. Fra 2005 er drikkevarene inndelt i tre grupper etter alkoholstyrke (tabell 2.1). Alkoholloven regulerer også tidsrammer for salg og skjenking av alkohol, noe vi kommer tilbake til i kapittel 2.7.3.

Tabell 2.1 Inndeling av drikkevarer etter alkoholstyrke

Fra 2005	Til og med 2004
Gruppe 1 (all drikk over 2,5 til og med 4,7 volumprosent alkohol)	Øl
Gruppe 2 (all drikk over 4,7 til og med 22 volumprosent alkohol)	Sterkt øl, vin, brennevin under 22 volumprosent alkohol
Gruppe 3 (all drikk over 22 til og med 60 volumprosent alkohol)	Brennevin

Kilde: Alkoholloven

2.4 Holdninger til alkoholpolitikken

I de senere år har vi sett en økt tilslutning til en restriktiv alkoholpolitikk, slik vi har i Norge. En mulig forklaring er at det er flere enn tidligere som tror at det er mulig å begrense de alkoholrelaterte skadene gjennom prisregulering og begrensninger i tilgjengelighet. Årlige spørreskjemaundersøkelser i perioden 2005 til 2012 viser at det er stadig flere nordmenn som gir sin støtte til en restriktiv alkoholpolitikk. I 2005 var det eksempelvis 26 prosent av de spurte som sa seg uenige i at alkohol var for dyrt, mens den tilsvarende andelen i 2012 var steget til 44 prosent. Når det gjaldt tilgang til vin i dagligvarebutikk, var det 30 prosent som i 2005 var uenige i at det burde være mulig å kjøpe vin i butikk, sammenlignet med 47 prosent i 2012. Likeledes var andelen som var uenig i det burde være mulig å kjøpe brennevin i butikk 74 prosent i 2004, mens den tilsvarende andelen i 2012 var steget til 88 prosent i 2012 (Storvoll & Halkjellsvik, 2013). Andre undersøkelser tyder på at den økte oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk startet rundt årtusenskiftet.

2.5 Omsetning - marked

Alkoholforbruket kan deles inn i to hoveddeler. Den ene er det vi gjerne kaller det registrerte forbruket, det vil si det som skriver seg fra salg fra butikker, Vinmonopolet AS og skjenking fra kaféer, restauranter, barer og lignende. Den andre delen er det uregistrerte forbruket som skriver seg dels fra lovlig turistimport og hjemmeproduksjon, dels fra lovlig eller ulovlig grensehandel, dels fra ulovlig import (smugling) og ulovlig hjemmeproduksjon (hjemmebrenning).

2.5.1 Innenlands omsetning

I Norge har vi årlige data om alkoholomsetning helt tilbake til 1851 ([se RusStat](#)). Grunnlaget for beregning av alkoholomsetningen har variert gjennom årene. Omsetning av brennevin, vin og fra 1993 også sterkøl³ var fram til 1996 basert på opplysninger om salg fra AS Vinmonopolet og oppgaver over registrert privatimport. Etter at engrosmonopolet ble opphevet fra og med 1996, bygger statistikken på import- og produksjonsstatistikk fra Toll- og avgiftsdirektoratet.

Den registrerte omsetningen av øl er beregnet ut fra ølavgifter. Også lettøl, dvs. øl med et alkoholinnhold på 0,7-2,75⁴ volumprosent, er medregnet selv om alkoholloven ikke definerer drikkevarer med mindre enn 2,5 volumprosent alkohol som alkoholholdig drikk.

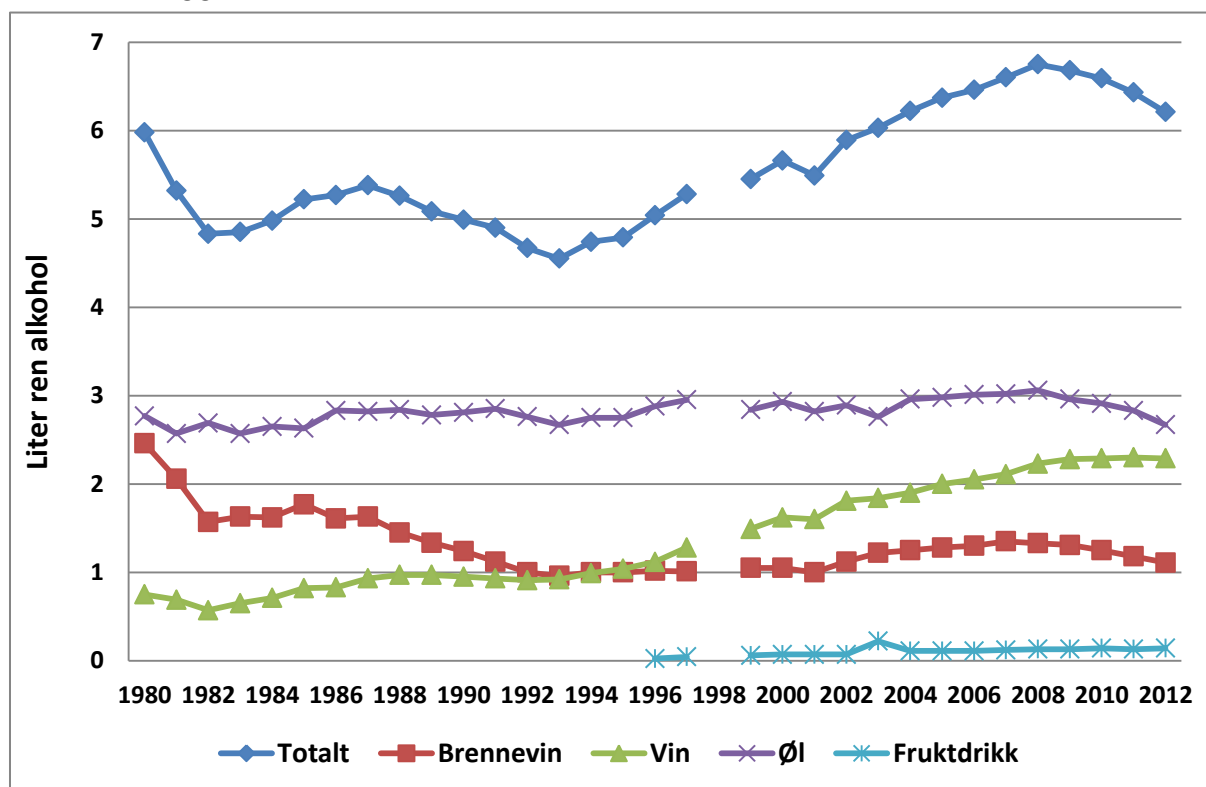
Figur 2.1 viser årlig omsetning av alkohol fordelt på øl, vin, brennevin og fruktdrikk (alkoholholdig cider og «rusbrus») fra 1980 fram til og med 2012 målt i liter rein alkohol per innbygger 15 år og eldre. For mer detaljert oversikt for de ulike drikkesortene vises til

³ Over 4,7 volumprosent alkohol

⁴ 2,5 volumprosent før 1. januar 1995

vedleggstabell 2.1-2.2 og [RusStat](#). I [RusStat](#) vil en også finne omsetningstall helt tilbake til 1951.

Figur 2.1: Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år+ (liter ren alkohol) 1980-2012 (Vedleggstabell 2.1)



Kilde: SSB

Som det framgår av figuren, var totalomsetningen av alkohol per innbygger 15 år og eldre, relativt stabil fram til midten av 1990-tallet, mens det var en kraftig økning fram til 2008. Dette kan langt på vei tilskrives økningen i omsetningen av vin. For første gang etter forbudstiden var vinomsetningen i 1995 høyere enn brennevin somsetningen målt i liter rein alkohol per innbygger 15 år+. Videre har vinomsetningen ikke bare økt i perioden, det har også vært en dreining fra vin på flaske til såkalt pappvin (bag-in-box). Svakvin på papp har vært på det norske markedet siden 1988, og allerede etter to år utgjorde den noe over 20 prosent av det totale vinsalget. I årene som er gått, har pappvinen fortsatt å øke sin andel av vinsalget, og står nå for noe over halvparten av vinen som omsettes fra AS Vinmonopolets utsalg (www.vinmonopolet.no). I 1990-årene var omsetningen av brennevin lavere enn noen gang etter at alkoholstatistikken ble etablert i 1851, med unntak fra årene under forbudstiden og enkelte år under siste verdenskrig. Etter tusenårsskiftet økte imidlertid omsetningen av brennevin fram til 2007, men har deretter gått noe tilbake. Ølomsetningen viste en gradvis,

men forholdsvis liten økning fra omkring midten av 1990-tallet, men også omsetningen av øl har i de siste år gått noe ned. Alkoholholdige fruktdrikker (cider og «rusbrus») utgjør en relativt liten del av det samlede alkoholforbruket.

Etter at sterkøl (over 4,7 volumprosent alkohol) fra 1. juli 1990 bare ble tillatt solgt over disk og fra 1. mars 1993 bare ble tillatt solgt fra AS Vinmonopolets utsalg, har salget av slikt øl gått kraftig tilbake. Også omsetningen av lettøl har gått tilbake siden toppåret 1990. I dag utgjør middels sterkt øl den helt dominerende delen av ølomsetningen.

Vedleggstabell 2.2 viser utvikling i årlig omsetning i vareliter og liter ren alkohol i Norge for ulike drikkesorter. Vedleggstabell 2.3 viser utvikling i årlig omsetning av forskjellige typer øl i Norge i vareliter og liter ren alkohol. Det framkommer her at sterk øl (over 4,7 volumprosent) bare utgjør en marginal del av øl som selges i Norge.

2.5.2 Tax-free omsetning

I tillegg til den innenlandske omsetningen av alkohol fra Vinmonopolets utsalg, dagligvarebutikker og serveringssteder, foregår det som kjent også lovlig avgiftsfri omsetning av alkohol (og tobakk) på flyplasser og ferjer i forbindelse med utenlandstrafikk. Mens flypassasjerer tidligere måtte gjøre slike innkjøp ved avreise fra utenlandsk flyplass, ble det i 2005 åpnet for avgiftsfritt salg ved ankomst på norske flyplasser. Det er all grunn til å anta at det avgiftsfrie salget bidrar til en ikke ubetydelig del av alkohol- og tobakksforbruket i Norge, men fram til nylig har vi ikke hatt informasjon om omfanget av slikt salg. Dette er nå endret ved at innehavere av tillatelse for avgiftsfritt salg på norske flyplasser i 2012 gjennom endring i alkoholforskriften ble pålagt å avgi opplysninger om salget til SIRUS til bruk for statistiske formål (§ 7-4). Det foreligger derfor opplysninger fra og med 2010 om det avgiftsfrie salget av alkoholholdige drikker og tobakk fra de tre selskapene som har tillatelse til å drive avgiftsfritt salg på til sammen 16 norske flyplasser. Flyplasssalget utgjør imidlertid bare en del av det avgiftsfrie salget. I tillegg selger også flyselskapene noe alkohol (og tobakk) om bord på flyene, og nordmenn handler noe tax-free alkohol (og tobakk) på flyplasser i utlandet. Det er også en omfattende handel i forbindelse med utenlandsk ferjetrafikk, da særlig på ferjene mellom Norge og Danmark. SIRUS har per i dag ikke hjemmel til å be om opplysninger om omsetning av alkohol og tobakk fra ferje- og flyselskaper.

Tax-free salget av alkohol på norske flyplasser for årene 2010 – 2012 framgår av tabell 2.2. Den kraftige økningen i salget av hetvin fra 2011 til 2012 skyldes en endring i definisjonen av hvilke varer som inngår i gruppen hetvin. En del av de varene som er definert som hetvin i 2012, var definert som brennevin i 2011. Anslagsvis 400 000 liter drikkevarer er omdefinert fra sprit til hetvin i 2012. Nedgangen i brennevinssalget fra 2011 til 2012 er derfor reelt sett noe mindre enn det som framgår av tabellen. Det samme gjelder økningen i salget av hetvin.

Tabell 2.2: Taxfree salg av alkohol på flyplasser i vareliter og målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år+

	Vareliter (1000 liter)			Liter ren alkohol per innbygger 15 år+		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Øl	2 171	2 478	2 772	0,02	0,03	0,03
Svakvin	4 438	5 251	5 730	0,14	0,16	0,17
Sterkvin	255	242	657	0,01	0,01	0,03
Brennevin	3 513	3 777	3 114	0,36	0,38	0,31
Totalt				0,53	0,58	0,54

Kilde: SIRUS

Økningen i salget av øl og svakvin som fant sted fra 2010 til 2011, fortsatte i 2012, mens salget av brennevin gikk noe tilbake selv når vi tar hensyn til at ca. 400 000 liter ble omdefinert til hetvin. Omregnet til ren alkohol per innbygger over 15 år, utgjorde tax-free-salget på norske flyplasser noe over 0,5 liter.

2.5.3 Grensehandel

Ettersom alkoholholdige drikker gjennomgående er billigere i Sverige enn i Norge, foregår det en betydelig grensehandel med alkoholholdige drikker. For å anslå omfanget har vi tatt utgangspunkt i mersalget av øl, vin og brennevin i Systembolagets butikker i grensekommunene Dals-Ed, Strömstad, Eda, Torsby, Årjäng, Arvika, Åre og Härjedalen. Mersalget er beregnet ved å sammenlikne salget i de åtte grensehandelskommunene med salget i et kontrollområde som ikke er utsatt for grensehandel. Det forekommer også noe grensehandel i andre svenske kommuner mot norskegrensen enn de som er nevnt, men denne antas å være av relativt ubetydelig omfang.

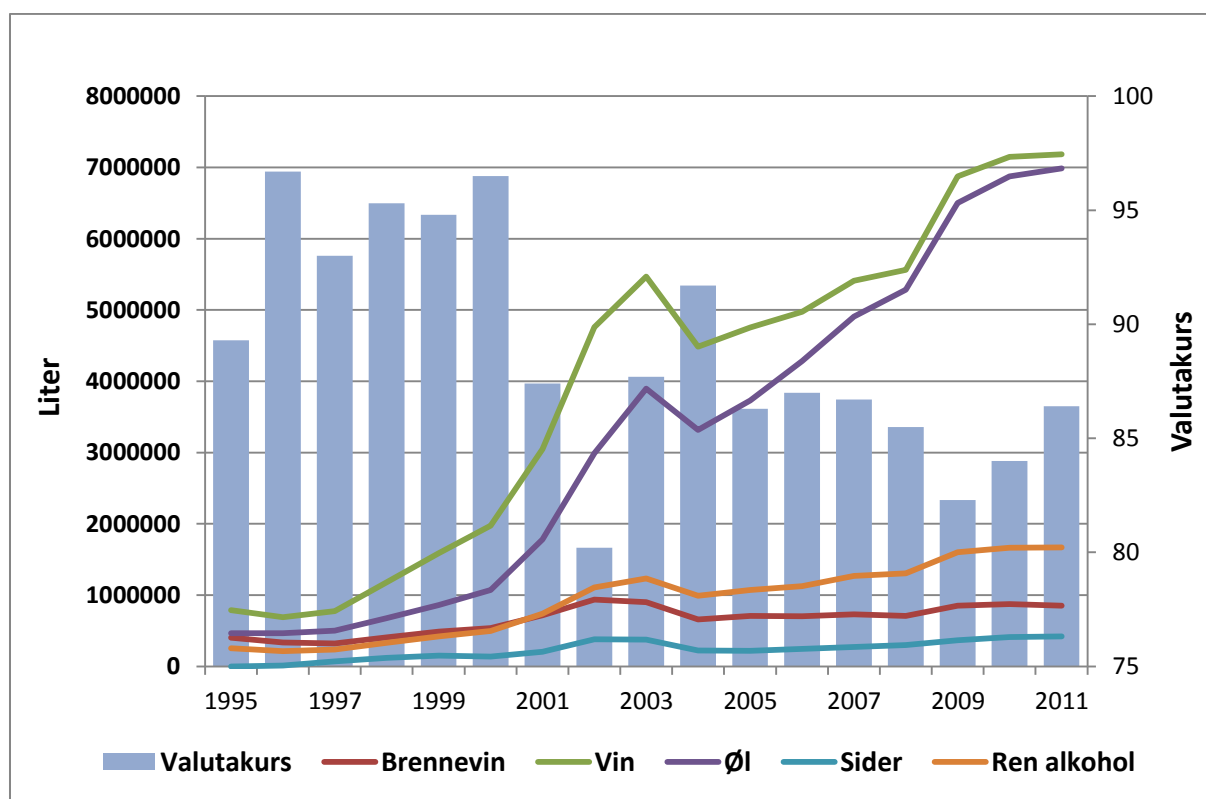
Et problem ved de kommunene vi ser på er at en del av dem er populære turistmål. Dette gjelder først og fremst Strömstad og Åre, med rundt 60 gjestedøgn per innbygger, men også Härjedalen har et høyt antall gjestedøgn. Vi har forsøkt å korrigere for dette ved å sammenlikne grensehandelskommunene med et område som har tilnærmet like mange gjestedøgn. Det gjør at det valgte kontrollområdet vil fange opp noe av effekten av turismen på salget av alkoholdrikker.

For å komme fram til et anslag over omfanget av grensehandelen, antar vi at hele forskjellen mellom omsetningen per innbygger 15 år og eldre i grensehandelskommunene og i kontrollområdet skyldes grensehandel. Den totale grensehandelen vil da være differansen mellom forbruket per innbygger 15 år og over i grensehandelskommunene og kontrollområdet multiplisert med antall innbyggere i denne aldersgruppen i grensehandelskommunene.

Figuren viser utviklingen i grensehandelen fra Systembolaget for perioden 1995-2011. Den viser også utviklingen i valutakursen i samme periode. Vi ser at grensehandelen har en tendens til å øke når den norske krona styrker seg, mens den flater ut eller går noe ned i perioder der krona svekkes.

Korrelasjonen mellom grensehandelen målt i ren alkohol og valutakursen er $-0,80$ for årene 1995-2011, noe som betyr at det er en klar tendens til samvariasjon mellom de to størrelsene. Figuren viser at grensehandelen fra Systembolagets butikker var nesten åtte ganger større i 2011 enn i 1995 når vi regner omsetningen i ren alkohol. Økningen var størst for øl og vin.

Figur 2.2: Grensehandel med alkohol fra Sverige



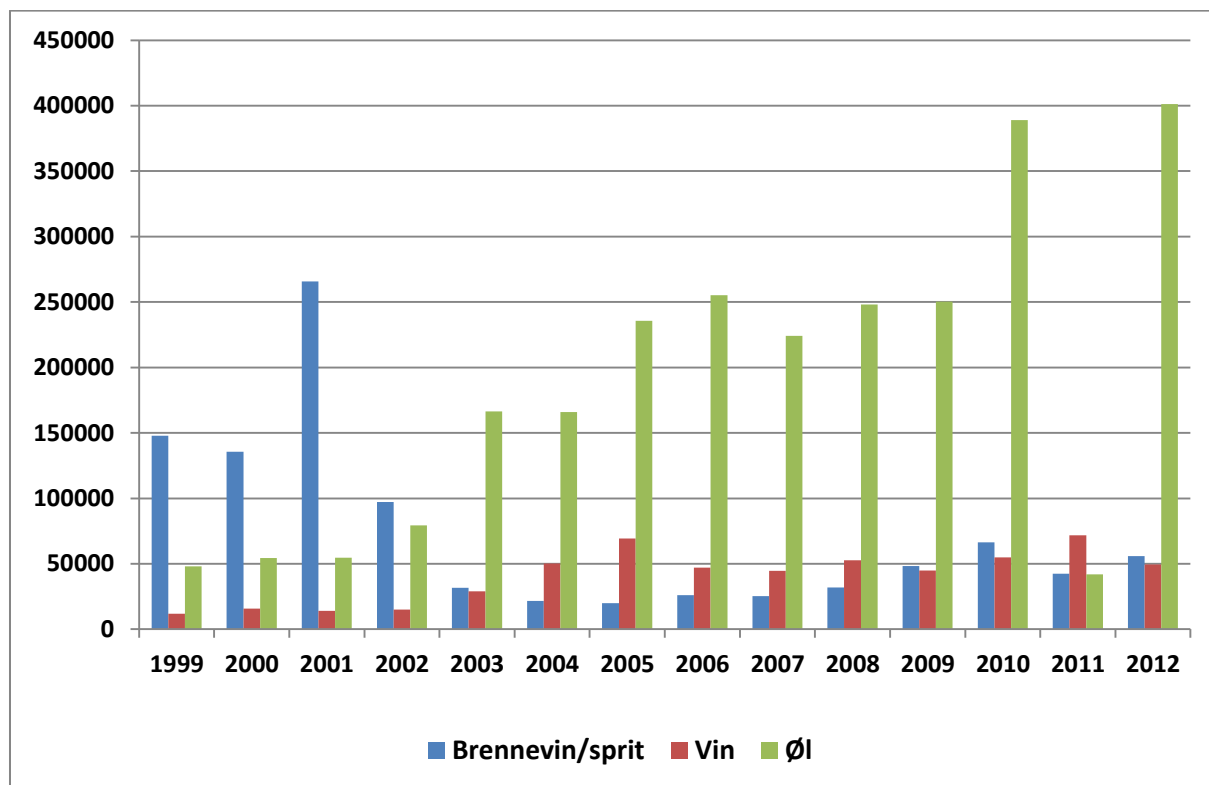
Kilde: SIRUS

2.5.4 Smugling

Utover den lovlige omsetningen, den lovlige importen og grensehandelen med alkohol, foregår det også en viss ulovlig import gjennom smugling. Mens det tradisjonelt har vært brennevin som har vært gjenstand for smugling, har vi i de senere årene sett en utvikling med store beslag av vin og øl. Eksempelvis ble det i 1999 beslaglagt ca 150 000 liter brennevin/sprit, mens beslaget av vin og øl var noe i underkant av henholdsvis 12 000 liter og 50 000 liter (figur 2.3). Til sammenligning finner vi at det i 2012 ble beslaglagt ca. 56 000

liter brennevin/sprit, ca. 50 000 liter vin og ca. 400 000 liter øl. Som det framgår var det en dramatisk nedgang i beslag av brennevin/sprit i 2002 og i årene som fulgte. Dette må ses i sammenheng med den såkalte metanolsaken i årene 2001-2004 da nær 20 mennesker døde som følge av at de hadde kjøpt smuglersprit som inneholdt metanol.

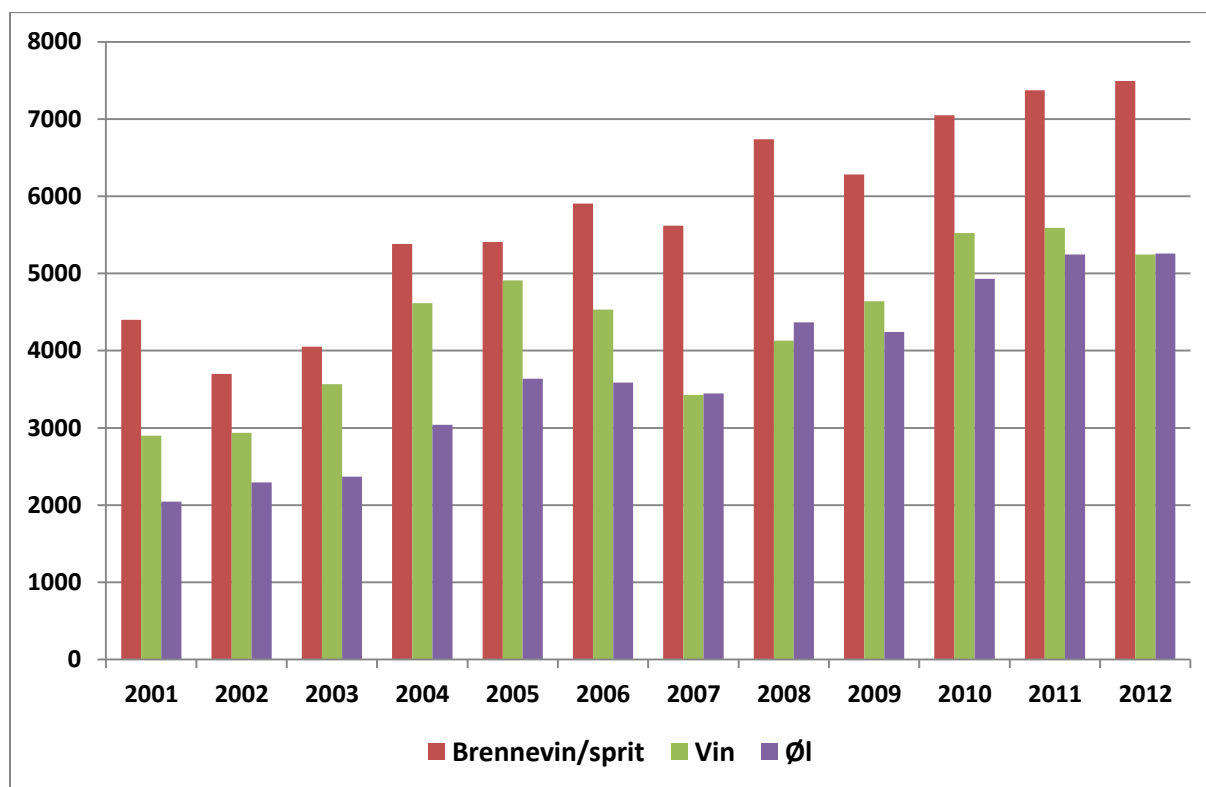
Figur 2.3: Beslaglagt mengde av alkoholholdige drikkevarer (vareliter) 1999-2012 (Vedleggstabell 2.4)



Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet

Figur 2.4 viser utvikling i antall beslag av ulike alkoholholdige drikkevarer. Vi ser her at selv om beslaglagt *mengde* brennevin/sprit gikk dramatisk ned rundt 2002, har det vært en jevn økning i *antall* slike beslag. Antall beslag av vin har variert noe fra år til år, men det er i de siste årene gjort flere beslag enn på begynnelsen av tallet. Det har også vært en økning i antall beslag av øl, men økningen er mindre enn hva en kunne forvente ut fra den store økningen i beslaglagte vareliter, noe som peker i retning av at noen beslag inneholder store volum.

Figur 2.4: Antall beslag av alkoholholdige drikkevarer (Vedleggstabell 2.5)



Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet

2.6 Alkoholomsetning utenom Norge

2.6.1 Norden

Med unntak av Danmark har de nordiske landene en relativt restriktiv alkoholpolitikk sammenlignet med resten av Europa. Gjennom de siste årtiene har det imidlertid jevnt over funnet sted en liberalisering av omsetningen. Mens det i Norge har skjedd mer eller mindre gradvis, har utviklingen i Finland, Island, Sverige, Færøyene og Grønland vært preget av mer sprangvise endringer.

I **Finland** lå alt salg av alkohol tidligere under det finske alkoholmonopolet Alko, og det var få skjenkebevillinger. I 1969 ble imidlertid salget av det såkalte «mellanølet» - øl med alkoholstyrke på 2,8-4,7 volumprosent – overført til dagligvarebutikkene. Det skjedde ingen endringer når det gjaldt salg av vin og brennevin. Overføringen av salg av øl fra alkoholmonopolet til dagligvarehandelen førte til en økning fra 132 til over 17 000 salgssteder, og omsetningen av øl målt i vareliter ble mer enn fordoblet fra 1968 til 1969. Samtidig skjedde det en liberalisering av skjenkebestemmelsene, noe som førte til at antall skjenkesteder ble mer enn femdoblet. Til sammen førte dette til en økning i

alkoholomsetningen fra 3,9 til 5,7 liter ren alkohol per innbygger over 15 år, og fortsatte å øke i årene som fulgte. Som følge av at Finland i 1995 ble medlem av EU ble det også en økning i turistkvoter, og fra 2004 hadde EU-landene ikke lenger noen øvre grense for turistimport fra et EU-land til et annet. Samme år reduserte Finland alkoholavgiftene for å demme opp for turistimport av alkohol fra Estland etter at de baltiske landene ble medlem av EU. Dette førte til en økning i alkoholforbruket, og Finland fant det nødvendig igjen å heve alkoholavgiftene, noe som ble gjort hele tre ganger i årene 2008 og 2009. En ytterligere heving av alkoholavgiftene fant sted i 2012 (www.nordicwelfare.org).

Antall utsalgsteder for det finske alkoholmonopolet har økt fra 132 i 1969 til 351 ved utgangen av 2012. I tillegg var det 110 såkalte utleveringssteder for alkohol, dvs steder der en kan få utlevert alkohol som en har bestilt fra Alko. Antall dagligvarebutikker med rett til å selge alkoholholdige drikker opp til og med 4,7 volumprosent var 5 511, og antall skjenkesteder 8 291 (Nygren, 2013).

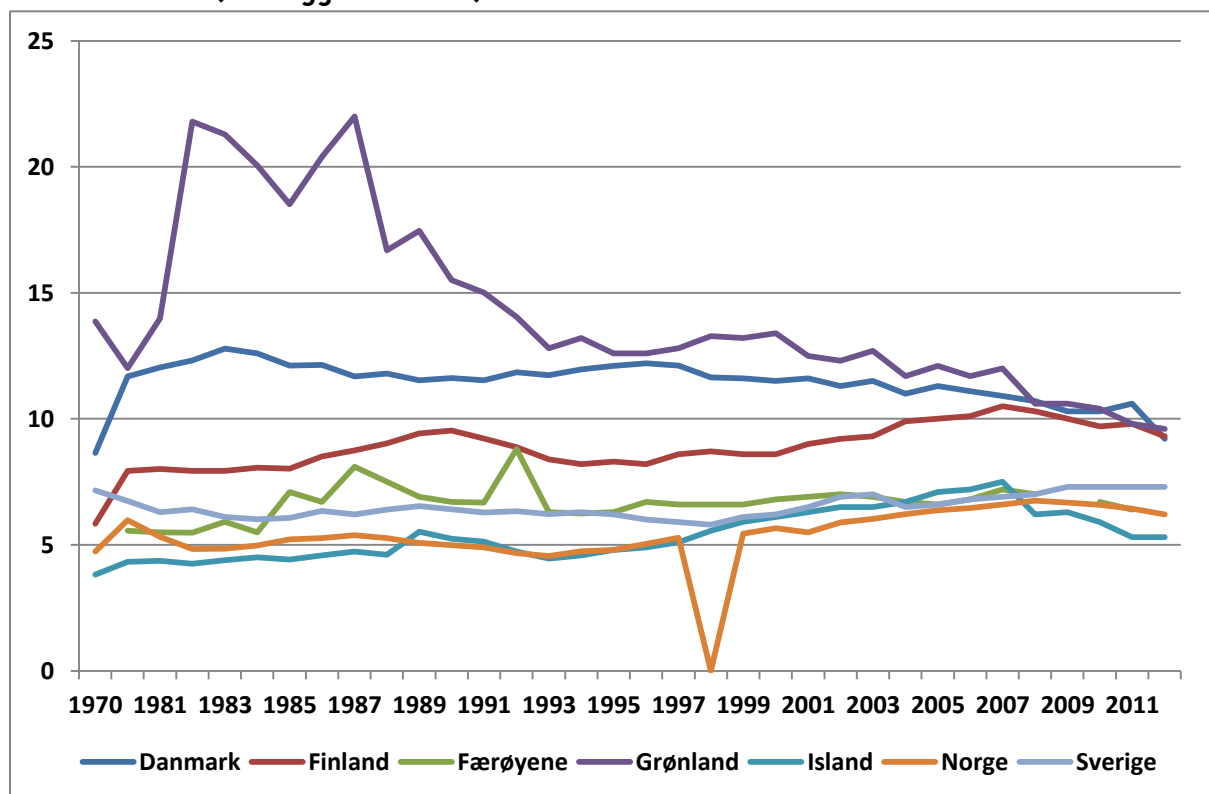
Inntil 1989 omfattet alkoholsalget i **Island** vin og brennevin, mens det ikke var tillatt å selge sterkere øl enn lettøl. Da ble det imidlertid også tillatt å selge øl gjennom den statlige monopolordningen, og per 2012 var det 49 slike alkoholutsalg (www.nordicwelfare.org).

I **Sverige** hadde man inntil 1954 en rasjoneringsordning for salg av brennevin, det såkalte motbok-systemet. En måtte ha en rasjoneringsbok som ga anledning til å kjøpe en viss mengde brennevin i løpet av en viss periode. Fra 1977 er salg av øl i dagligvarebutikker begrenset til øl med alkoholstyrke inntil 3,5 volumprosent, mens salg av sterkere øl ble lagt til Systembolaget. På samme måte som i Finland har Sverige redusert alkoholavgiftene etter at landet ble medlem av EU, og har måttet oppheve grensene for turistimport for reisende fra andre EU-land. Ved utgangen av 2012 hadde det svenske systembolaget 420 utsalg, mens øl inntil 3,5 volumprosent kunne kjøpes i 7 100 dagligvarebutikker. Antall skjenkesteder i Sverige ved utgangen av 2012 var 13 628 (Nygren, 2013, www.nordicwelfare.org).

Fram til 1980 foregikk det ingen innenlands alkoholomsetning på **Færøyene**. Dersom man ønsket å kjøpe alkohol måtte dette bestilles fra Danmark, og gjennom en rasjoneringsordning var det satt kvoter for hvor mye den enkelte kunne kjøpe. I 1980 ble det gitt adgang for bryggeriene til å selge mellomsterkt øl direkte til forbrukerne, mens sterkøl, vin og brennevin fremdeles måtte bestilles fra Danmark. Skjenking var heller ikke tillatt, men forbudet ble dels omgått ved at det ble etablert private klubber hvor disse sto for innkjøpet av alkohol på medlemmenes rasjoneringskort, og hvor skjenkingen fant sted. Ved en ny alkohollov som trådte i kraft i 1992, ble det åpnet adgang til omsetning av alkohol, gjennom spesielle salgssteder og ved at enkelte bevertningssteder fikk bevilling til skjenking (www.nordicwelfare.org).

Grønland hadde inntil 1954 en rasjoneringsordning som innebar at bare danske borgere og grønlandske statsfunksjonærer kunne kjøpe alkohol. Fra 1955 fikk imidlertid Grønland de samme regler for alkoholomsetning som Danmark, slik at alkohol ble tilgjengelig i vanlige dagligvarebutikker og serveringssteder. Opphør av kvotesystemet sammen med økt levestandard førte til en sterk økning i alkoholomsetningen. Etter en folkeavstemning ble det innført en kvoteordning som varte fra august 1979 til april 1982, med begrensninger for hvor mye alkohol den enkelte kunne kjøpe innen et visst tidsrom. Dette førte til en reduksjon i omsetningen av alkohol. Ordningen ble likevel opphevet i 1982 og alkoholforbruket steg til nye høyder (ibid).

Figur 2.5: Omsetning av alkohol i de nordiske land målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år+ 1970- 2012 (Vedleggstabell 2.6)



Kilde: Nomesco- Yearbook of Nordic Statistics /www.statistikbanken.dk/ www.thl.fi/ www.statice.is/ www.folkhalsomyndigheten.se

Figur 2.5 viser utvikling i omsetning av alkohol per innbygger i de nordiske land. Selv om alkoholstatistikken er forbundet med svakheter og derfor må tolkes med en viss varsomhet, er det likevel grunn til å tro at den gir et relativt godt uttrykk for forskjellene i forbruksnivå mellom landene. I både Danmark, Finland, Norge og Sverige var det en til dels sterk økning i alkoholomsetningen fram til 1980. Omsetningen gikk så noe ned eller holdt seg stabil fram til midten av 1990-årene, da den igjen skjøt fart i Finland, Norge og Sverige, men gikk noe ned i

Danmark. Omsetningen av alkohol på Island var mer eller mindre stabil på 1980- og 1990-tallet, mens det har vært en økning etter årtusenskiftet. Ser vi på Færøyene økte alkoholomsetningen på 1980-tallet, mens den har vært relativt stabil i årene etter 1990. Som vi allerede har vært inne på var det en sterk økning i omsetningen av alkohol på Grønland på 1980-tallet, mens det deretter har vært en nedgang.

2.6.2 Europa

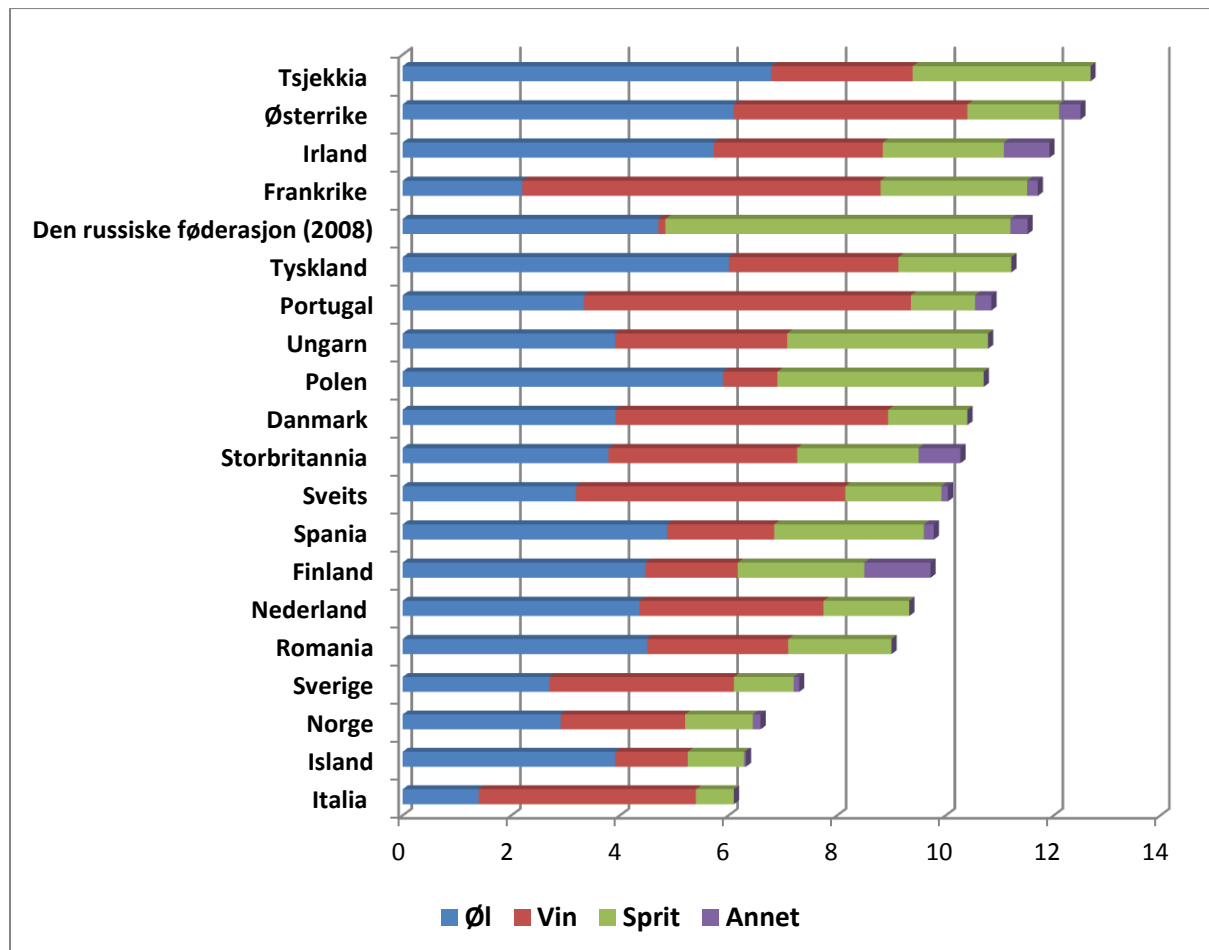
Figur 2.6 viser omsetning av ulike alkoholholdige drikke i utvalgte europeiske land i 2010. Som det framgår av figur 2.6 ligger omsetningen per innbygger av både brennevin, vin og øl vesentlig lavere i Norge enn i de fleste europeiske land.

Omsetningen av alkohol i en del søreuropeiske land som Frankrike, Italia og Portugal, som tradisjonelt har hatt et høyt alkoholforbruk, viste en klar nedgang fra 1970 til 2000 (Vedleggstabell 2.7). Etter årtusenskiftet har ikke nedgangen vært like markant, men det er fremdeles en tendens til at forbruket går ned i disse landene. Utviklingen i de nordiske landene som tradisjonelt har hatt et lavt alkoholforbruk, har på sin side vært økende. Dette har medført at forskjellene i alkoholomsetning mellom landene sør i Europa og de nordiske land er mindre enn tidligere.

Det framgår av figur 2.6 at det er til dels store variasjoner mellom landene om hvor stor andel de ulike alkoholholdige drikkene utgjør av det samlede registrerte forbruket. Mens øl utgjør den største andelen av alkoholforbruket i land som Tyskland, Tsjekkia, Polen og Island, er vin den dominerende drikkensorten i Frankrike og Portugal. Når det gjelder hvor mye brennevin utgjør av det registrerte alkoholforbruket, skiller Russland seg klart ut ved at brennevin utgjør mer enn halvparten.

Utvikling i årlig omsetning av de ulike drikkensortene i utvalgte europeiske land framgår av vedleggstabell 2.8 – 2.10. Vi ser her at selv om vin fremdeles dominerer alkoholforbruket i middelhavslandene, har det vært en dramatisk nedgang i vinforbruket i land som Italia, Frankrike, Portugal og Spania.

Figur 2.6: Omsetning av alkoholdige drikker i liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre i utvalgte europeiske land. 2010 (Vedleggstabell 2.7 – 2.10)



Kilde: WHO

2.7 Spørreskjemaundersøkelser

Det registrerte alkoholforbruket forteller hvor mye alkohol som selges og skjenkes (se kap 2.4). Slike data gir imidlertid ikke informasjon om hvordan bruk av alkohol fordeler seg i ulike grupper av befolkningen som blant kvinner og menn, i forskjellige aldersgrupper, osv.. For å få vite noe om dette må vi ty til ulike former for spørreskjemaundersøkelser.

Beregninger av alkoholforbruk ut fra spørreskjemaundersøkelser viser erfaringsmessig et lavere forbruk enn det som framkommer fra omsetningstall. Dette er ikke nødvendigvis bevisst underrapportering fra de som inngår i undersøkelsen, men det kan være at personen ikke husker hvor mye han eller hun har drukket. Videre vil trolig de som drikker aller mest være mindre tilbøyelige enn andre til å delta i denne typen undersøkelser. Informasjon fra

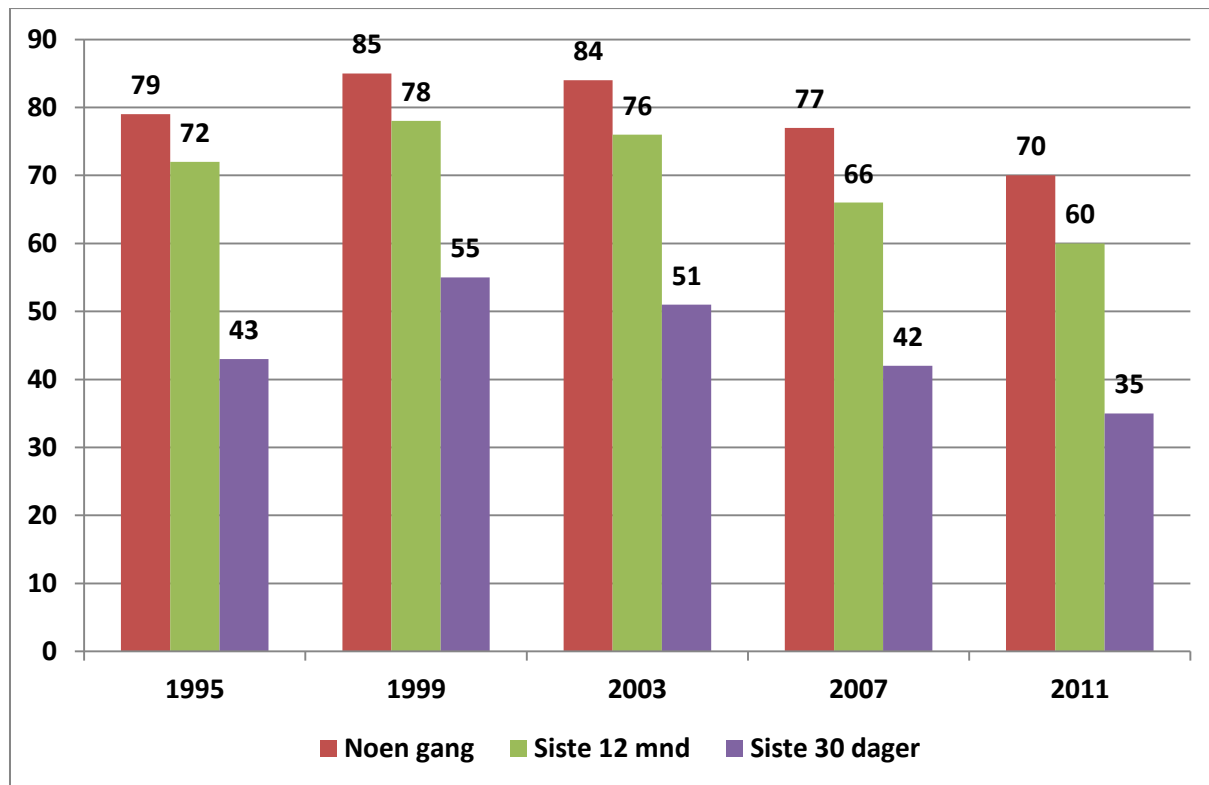
spørreskjema-undersøkelser må derfor ses på som et supplement til opplysningene vi har om hvor mye som omsettes av ulike alkoholsorter. I det følgende presenterer vi resultater fra noen slike undersøkelser.

2.7.1 Ungdom 15-16 år - ESPAD

En slik spørreskjemaundersøkelse er den store europeiske skoleundersøkelsen – ESPAD som er foretatt i 1995, 1999, 2003, 2007 og 2011. Figur 2.7 viser andelen blant de norske ungdommene som i de respektive år oppga at de hadde drukket alkohol henholdsvis noen gang hittil i livet, i løpet av de siste 12 månedene og i løpet av de siste 30 dagene. Som det framgår har det i alle de fem undersøkelsesårene vært et klart flertall av 15-16 åringene som oppgir å ha drukket alkohol *noen gang*. Vi vet imidlertid ikke hvorvidt de bare så vidt har smakt på en alkoholholdig drikk, eller om de har drukket noen større mengde. De fleste oppgir også å ha drukket i løpet av de *siste 12 måneder* før undersøkelsestidspunktet, men denne andelen er noe mindre enn hva gjelder å ha drukket noen gang. Ser vi på andelen som oppgir å ha drukket i løpet av de *siste 30 dagene*, noe som kan illustrere hvorvidt den unge er «aktiv» alkoholbruker, er denne andelen klart lavere enn andelen som oppgir å ha drukket noen gang og i løpet av siste 12 måneder. Det er jevnt over liten eller ingen forskjell mellom gutter og jenter.

Ser vi på utvikling over tid, finner vi at det var en liten økning i andel som oppgir å ha drukket alkohol fra 1995 til 1999/2003, mens det så har vært en nedgang. Dette gjelder så vel andel som oppgir å ha drukket *noen gang*, i løpet av de *siste 12 måneder* og i løpet av de *siste 30 dager*. Vi ser eksempelvis at mens det var en økning fra 43 til 55 prosent fra 1995 til 1999 i andelen som oppgir å ha drukket i løpet av de siste 30 dager, har det så vært en jevn nedgang til 35 prosent i 2011.

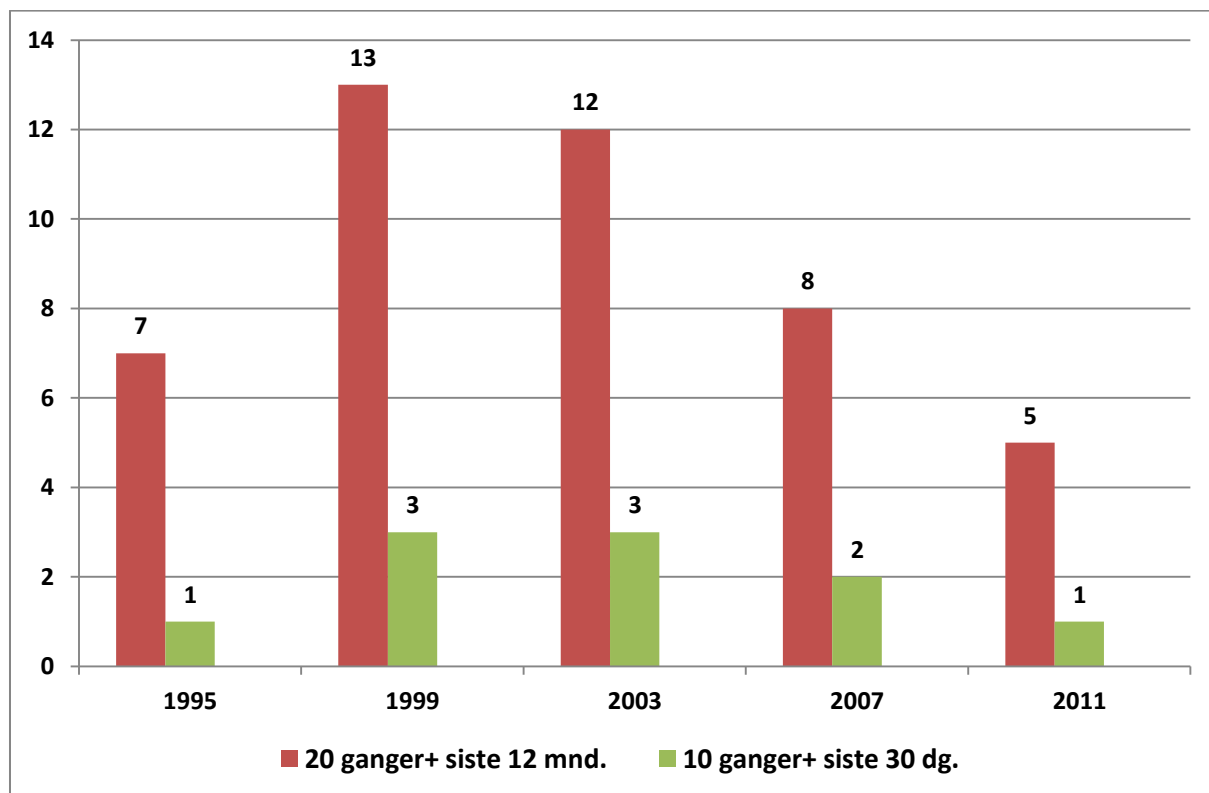
Figur 2.7: Andel 15-16-åringer som har drukket alkohol noen gang siste 12 mnd og siste 30 dager



Kilde: SIRUS

Hvor stor andel av 15-16-åringene som er «aktive» alkoholbrukere kan illustreres ved figur 2.8 som viser andelen 15-16-åringer som på de ulike undersøkelsestidspunktene oppgir å ha drukket alkohol 20 ganger eller mer i løpet av de siste 12 måneder, og andel som har drukket 10 ganger eller mer i løpet av de siste 30 dager. Heller ikke her er det noen store forskjeller mellom gutter og jenter. På samme måte som i det foregående ser vi også her at det var en økning fra 1995 til 1999, og at det så har vært en klar nedgang fram til 2011.

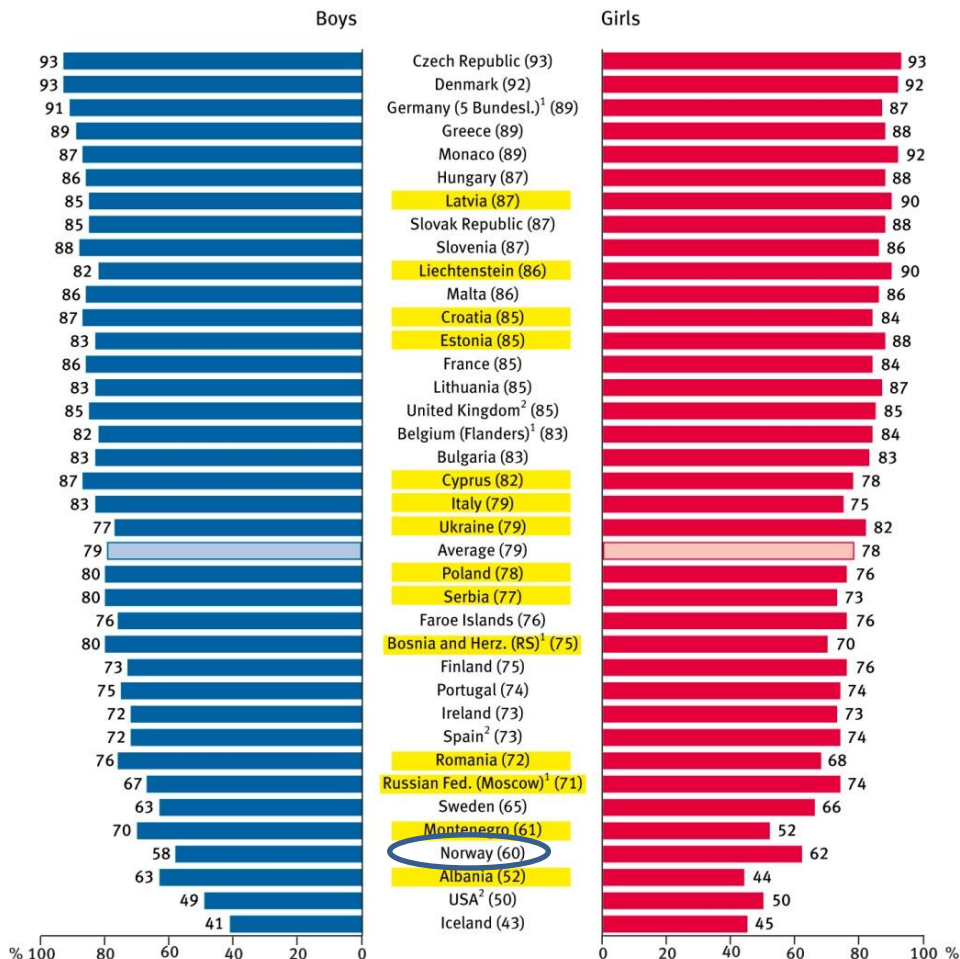
Figur 2.8: Andel 15-16-åringer som har drukket alkohol henholdsvis 20 ganger+ siste 12 mnd. og 10 ganger+ siste 30 dager



Kilde: SIRUS

Det kan være av interesse å se på bruk av alkohol blant norsk ungdom sammenlignet med ungdom i andre land. Gjennomgående finner vi at norske 15-16-åringer befinner seg i det nedre sjikt når det gjelder andel som har drukket alkohol. Eksempelvis er det en relativt lav andel av norske 15-16 åringer som oppgir å ha drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder, sammenlignet med andre land. Mens denne andelen var mer enn 90 prosent i land som Tsjekkia og Danmark i 2011, var den 60 prosent i Norge (figur 2.9).

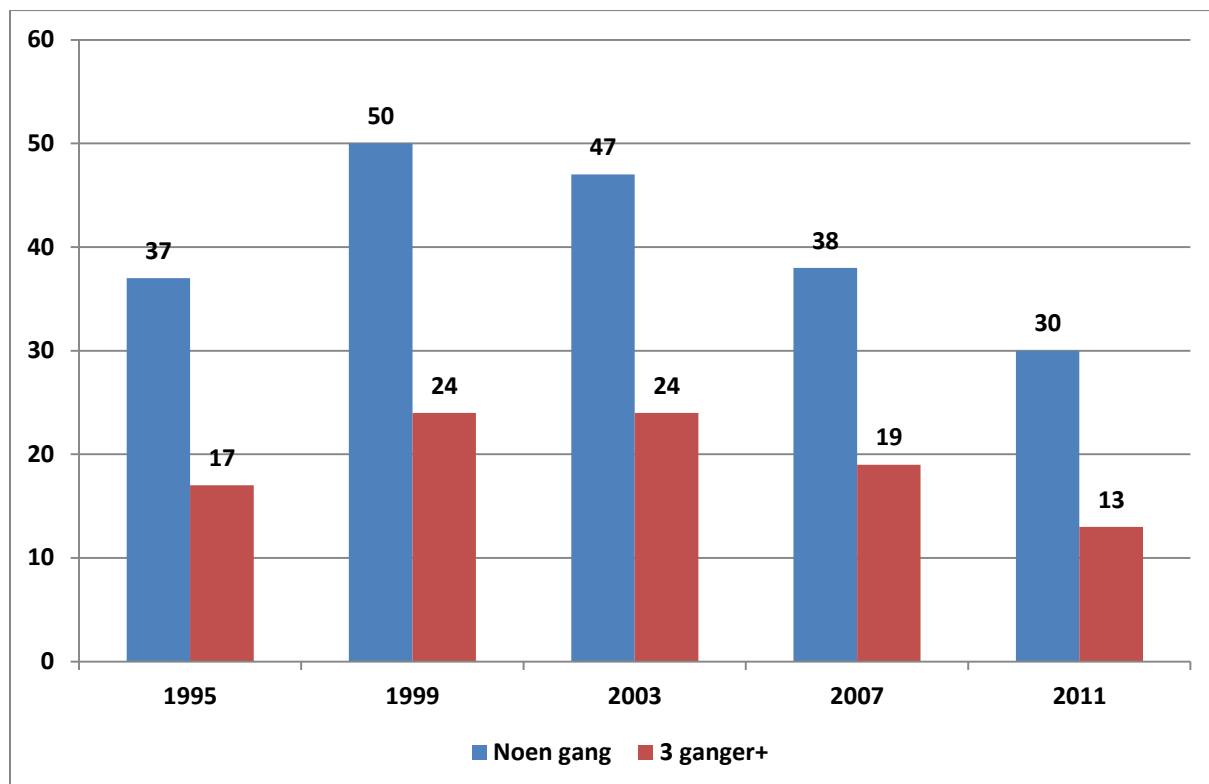
Figur 2.9: Andel 15-16-åringer i ulike land som har drukket alkohol i løpet av de siste 12 mnd. 2011



Kilde: Hibell et al. 2012

Selv om Norge har et lavt alkoholforbruk sammenlignet med andre land, har vi et drikkemønster som er kjennetegnet av at det drikkes relativt store kvantum når det drikkes. Dette gjelder naturlig nok også for ungdom. På spørsmål om hvorvidt de unge hadde drukket fem eller flere «drinker» (definert som en flaske/boks øl/cider, ett glass/15 cl vin, ett glass/4 cl brennevin) ved samme drikkesituasjon, svarte 30 prosent i 2011-undersøkelsen at de hadde gjort dette noen gang, mens 13 prosent svarte at de hadde drukket så mye tre ganger eller mer (fig 2.10). Også her ser vi at det var det en økning fra 1995 fram til 1999, mens det så har vært en nedgang fram til 2011.

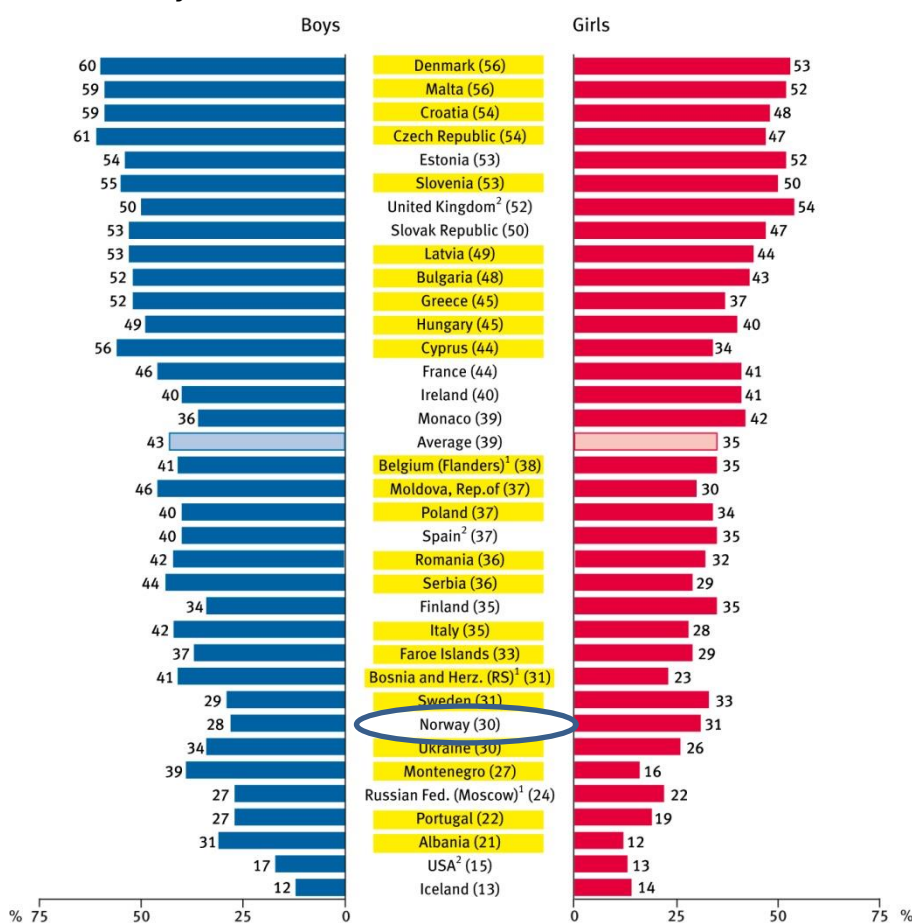
Figur 2.10: Andel 15-16-åringer som i løpet av siste 30 dager har drukket fem drinker+ ved samme drikkesituasjon henholdsvis noen og tre ganger eller mer



Kilde: SIRUS

Figur 2.11 viser andelen 15-16-åringer i ulike land som i 2011 oppga at de i løpet av de siste 30 dagene hadde drukket fem drinker eller med ved samme drikkesituasjon. Selv om norske 15-16 åringer her kommer noe dårligere ut enn hva gjelder andel som har drukket, er det en klart lavere andel enn i land som f. eks. Danmark, Tsjekkia og Storbritannia.

Fig 2.11: Andel 15-16-åringere i ulike land som har drukket fem drinker+ ved samme drikkesituasjon. 2011



Kilde: Hibell et al. 2012

For flere resultater fra den europeiske skoleundersøkelsen, ESPAD, henvises til Hibell et al. 2012: «The 2011 ESPAD report» som finnes på www.espad.org.

2.7.2 Befolkningsundersøkelse (16-79 år)

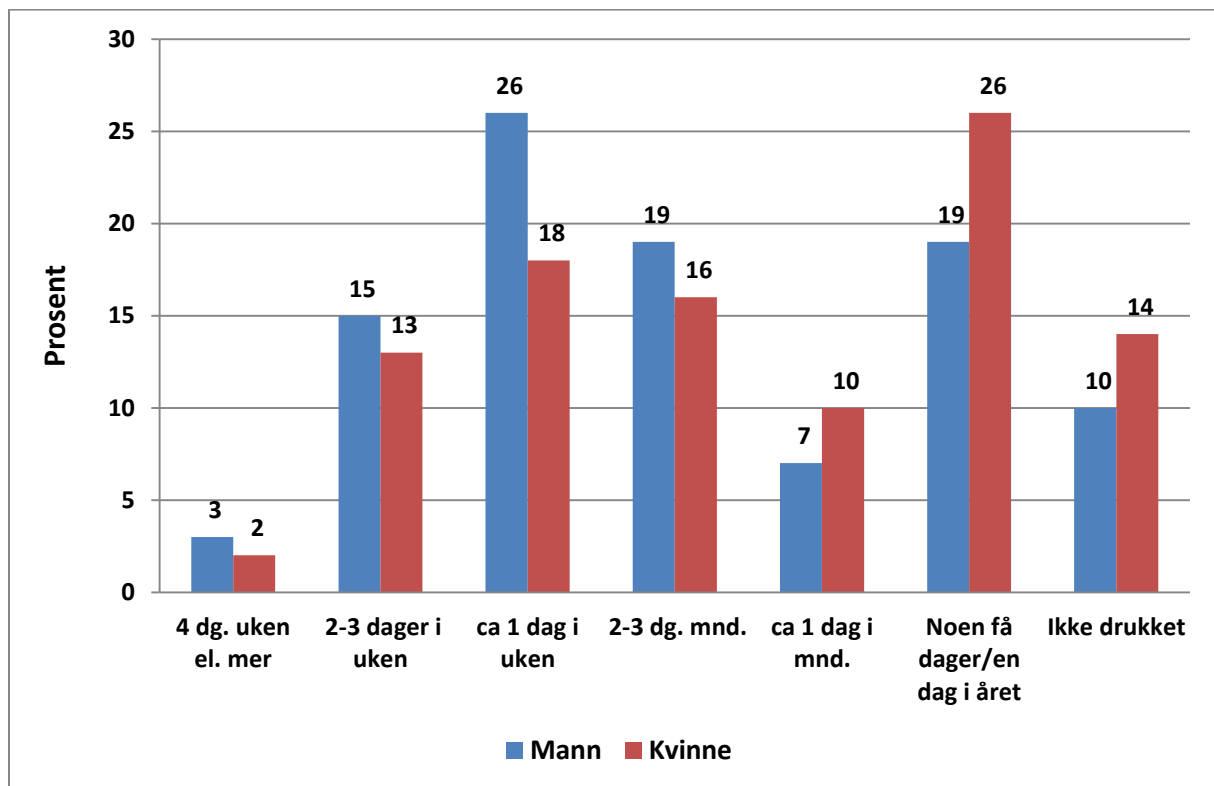
SIRUS foretar regelmessige befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (se kapittel 1). Vi gjengir her noen hovedfunn om bruk av alkohol fra 2012-undersøkelsen som utgjør starten på en ny tidsserie.

Det store flertall (88 prosent) oppga å ha drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder. Andelen menn som oppga å ha drukket, var noe større (90 prosent) enn andelen kvinner (86 prosent). Når det gjelder alder var det en noe lavere andel som oppga å ha drukket blant de som var 65 år og eldre (80 prosent) enn i de yngre aldersgruppene (87-92 prosent).

Respondentene ble spurt om hvor ofte de hadde drukket alkohol siste 12 måneder. I gjennomsnitt rapporterte menn flere drikkedager (51) enn kvinner (40). Av figur 2.12 ser vi at

drøyt fire av ti menn og tre av ti kvinner oppga at de har drukket ukentlig siste 12 måneder, mens svært få hadde drukket fire dager i uken eller mer.

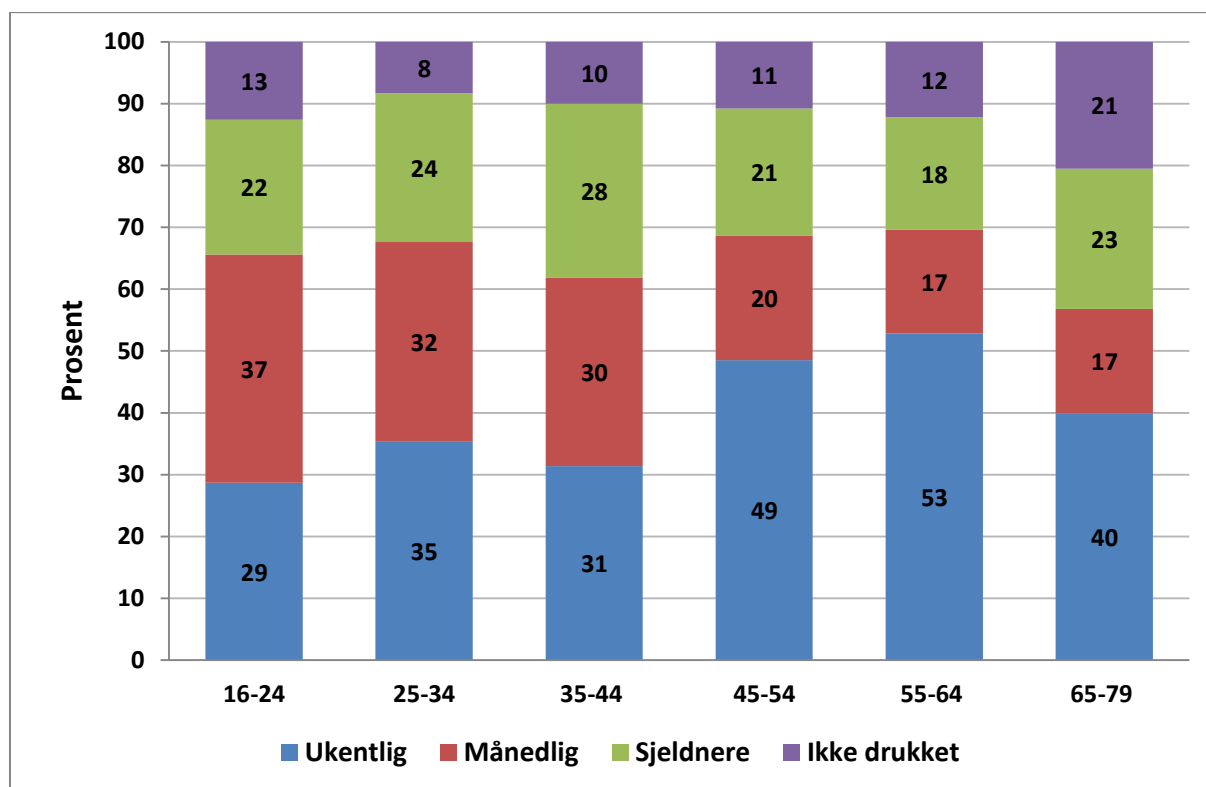
Figur 2.12: Drikkefrekvens siste 12 måneder blant menn og kvinner



Kilde: Bye et al. 2013

Av figur 2.13 ser vi at ukentlig drikking er mer utbredt i de eldre enn i de yngre aldersgruppene. Det var eksempelvis mer enn halvparten i alderen 55-64 år som oppga å ha drukket ukentlig sammenlignet med omkring 30 prosent av de som var i alderen 16-24 år.

Figur 2.13: Drikkefrekvens siste 12 måneder i ulike aldersgrupper

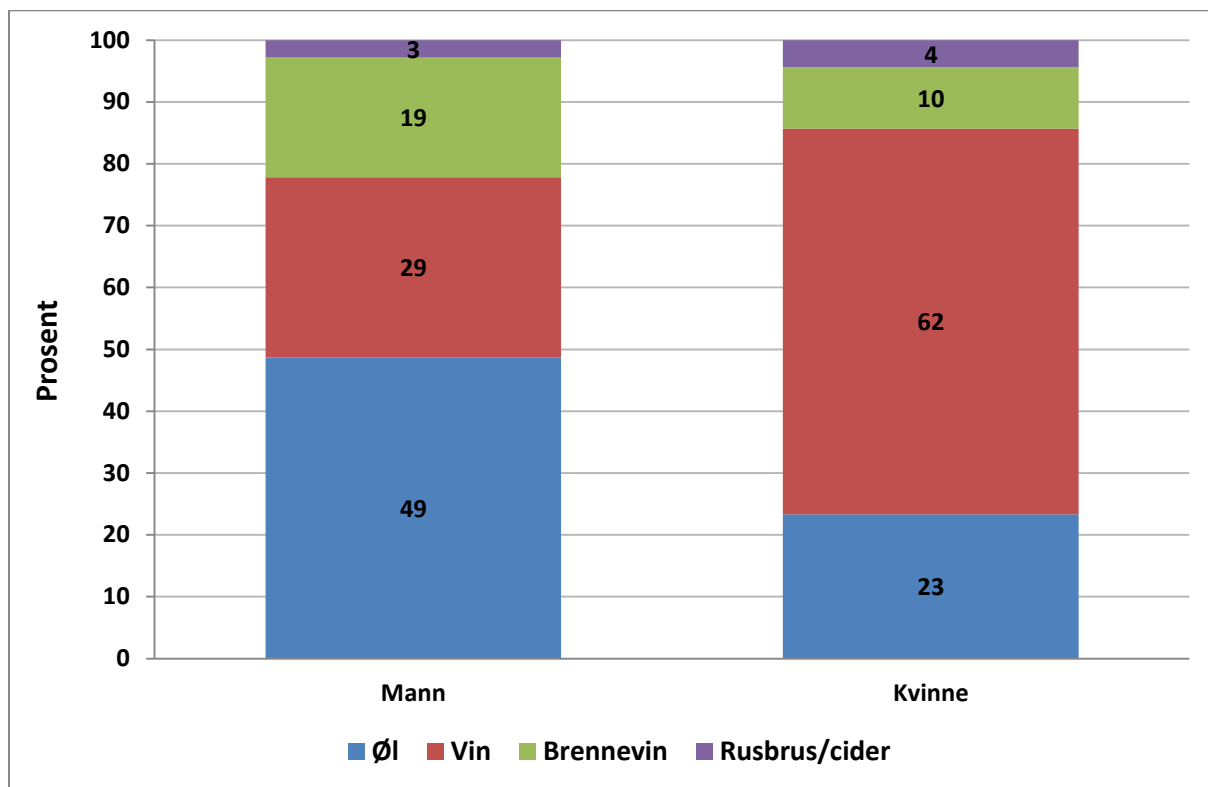


Kilde: Bye et al. 2013

Med utgangspunkt i respondentenes selvrapporterte alkoholbruk siste fire uker, er det beregnet et gjennomsnittlig totalkonsum for siste 12 måneder. Ut fra dette finner vi at forbruket blant menn var mer enn dobbelt så høyt som blant kvinner. Likeledes var det beregnede alkoholforbruket størst i aldersgruppa 16-24 år, mens den eldste aldersgruppa, dvs. de som er 65 år eller eldre, hadde det laveste forbruket.

Ser vi hvor mye de ulike drikkesortene utgjør av det totale alkoholforbruket for kvinner og menn, finner vi at det er klare kjønnsforskjeller (figur 2.14). For menn utgjør øl halvparten av alkoholforbruket, mens i overkant av 60 prosent av kvinnenenes alkoholforbruk kommer fra vin.

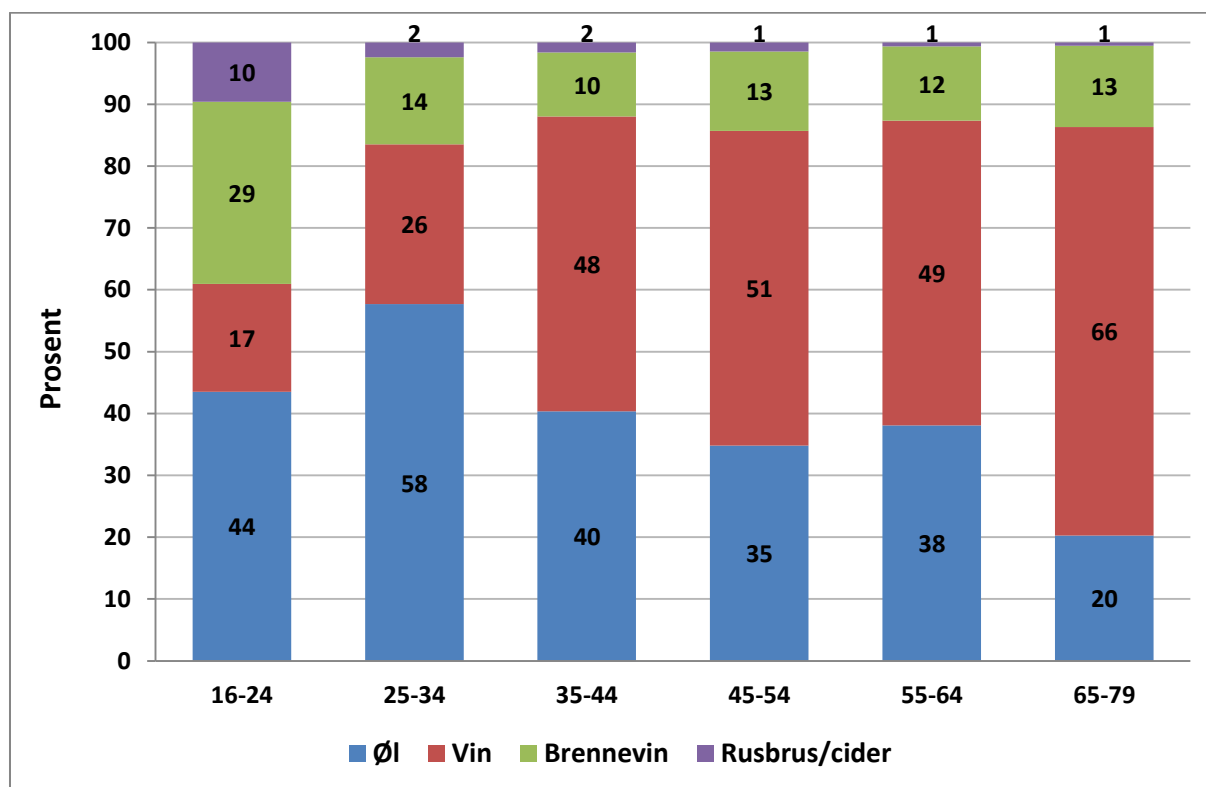
Figur 2.14: Andel drukket alkohol fra ulike drikkesorter for kvinner og menn



Kilde: Bye et al. 2013

Tilsvarende finner vi at alkoholforbruket blant de yngste hovedsakelig består av øl, mens vin dominerer i de eldre aldersgruppene. I aldersgruppene 16-24 og 25-34 år kommer henholdsvis 44 og 58 prosent av det beregnede alkoholforbruket fra øl, mens 66 prosent i den eldste aldersgruppen kommer fra vin (figur 2.15).

Figur 2.15: Andel drikket alkohol fra ulike drikkesorter i ulike aldersgrupper

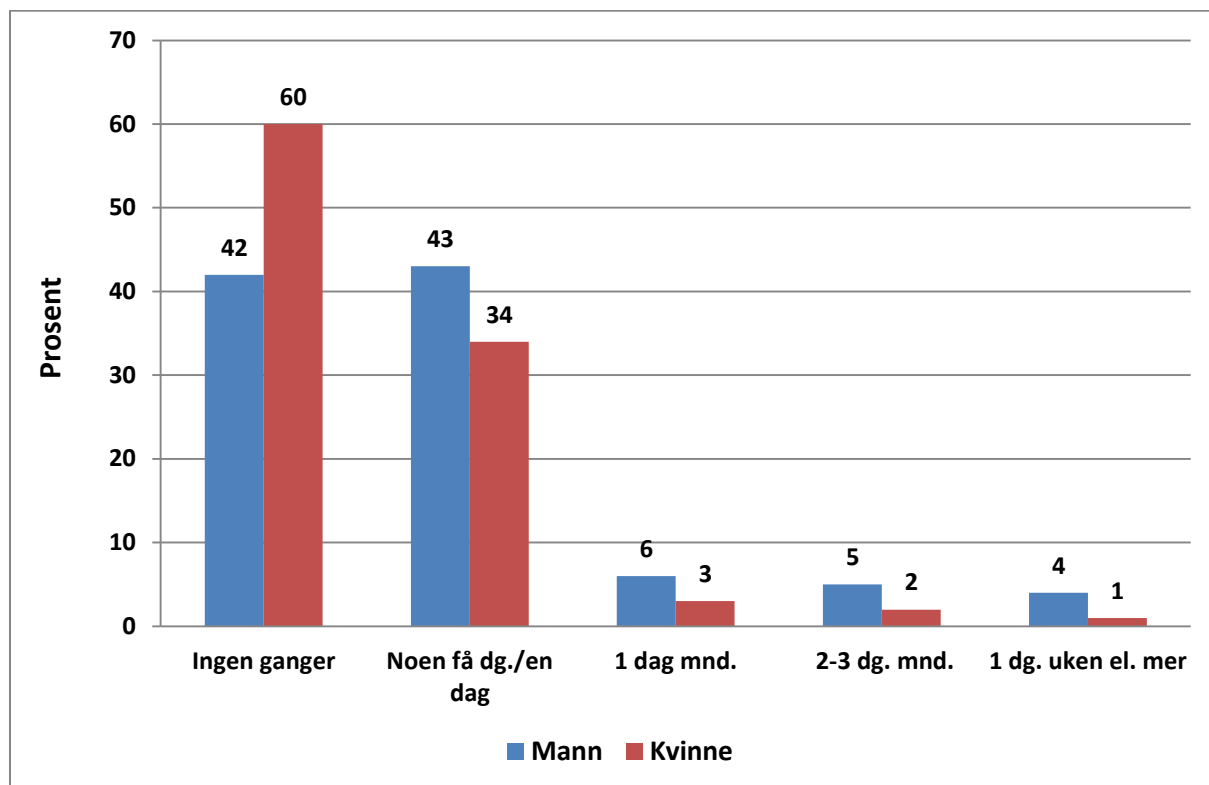


Kilde: Bye et al. 2013

2.7.3 Beruselse

Beruselse inngår som del av det nordiske drikkemønsteret. Det er derfor av interesse å få et bilde av respondentenes beruselsesfrekvens. Dette ble gjort gjennom spørsmålet: «I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket så mye alkohol at du har følt deg tydelig beruset?». Omkring halvparten oppgir å ha vært beruset minst én gang siste 12 måneder, og det er bare en liten andel som rapporterer om hyppig beruselse (fig 2.16). En større andel menn enn kvinner oppgir at de har vært beruset siste 12 måneder. 15 prosent av mennene oppgir at de har vært beruset én dag i måneden eller oftere, mens det samme gjelder seks prosent av kvinnene. Vi ser også at mens seks av ti kvinner oppgir at de aldri har vært beruset siste 12 måneder, gjelder dette fire av ti menn. Omregnet til gjennomsnittlig antall ganger beruset siste 12 måneder, har menn (6,1) om lag dobbelt så mange beruselsessituasjoner som kvinner (3,4).

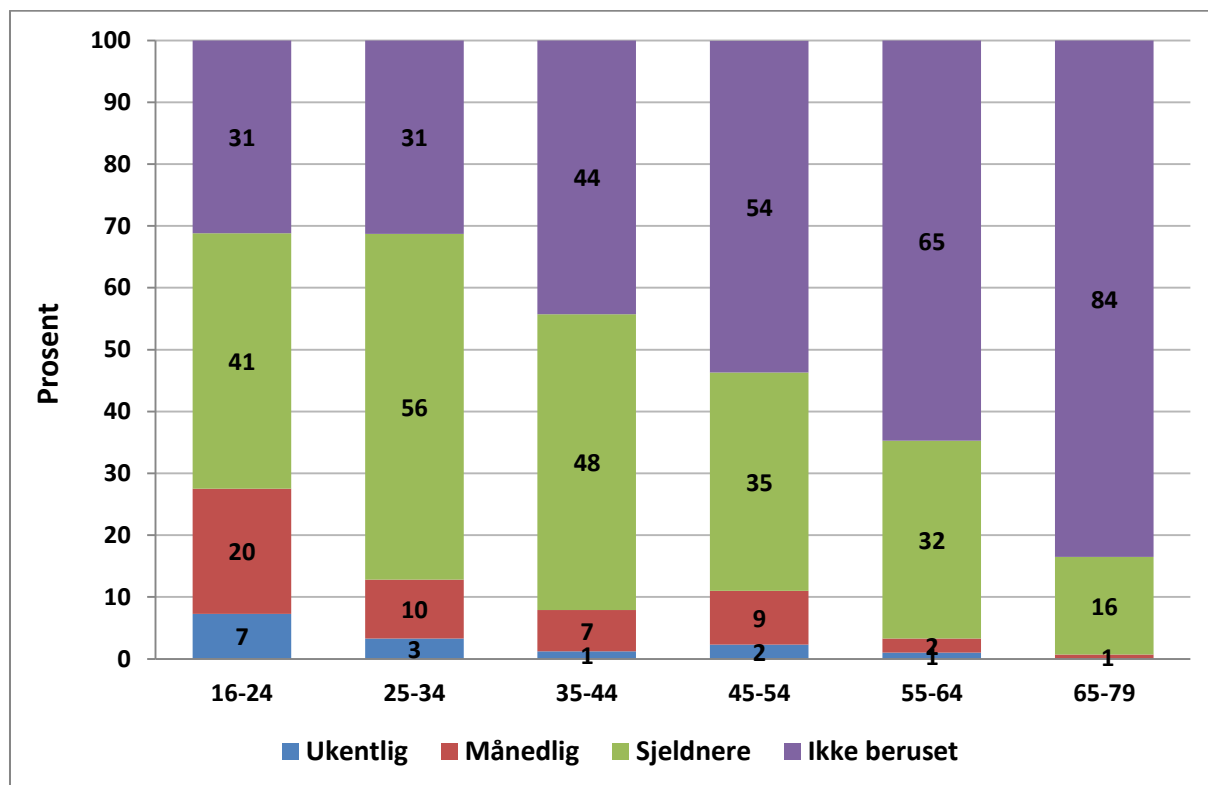
Figur 2.16: Beruselsesfrekvens blant menn og kvinner siste 12 måneder



Kilde: Bye et al. 2013

Av figur 2.17 ser vi at beruselse er vanligst i de yngste aldersgruppene ved at syv prosent i alderen 16-24 år oppga å ha vært beruset ukentlig siste 12 måneder. I den eldste aldersgruppen oppgir hele åtte av ti at de ikke har vært beruset. Omregnet til gjennomsnittlig beruselsesfrekvens siste 12 måneder, finner vi at beruselsesfrekvens avtar med synkende alder. Mens gjennomsnittet for aldergruppen 16-24 og 25-34 år er henholdsvis 11,6 og 6,6 ganger i året, er det tilsvarende gjennomsnittet 1,7 ganger for 55-64 år og 0,5 ganger for 65-79 år.

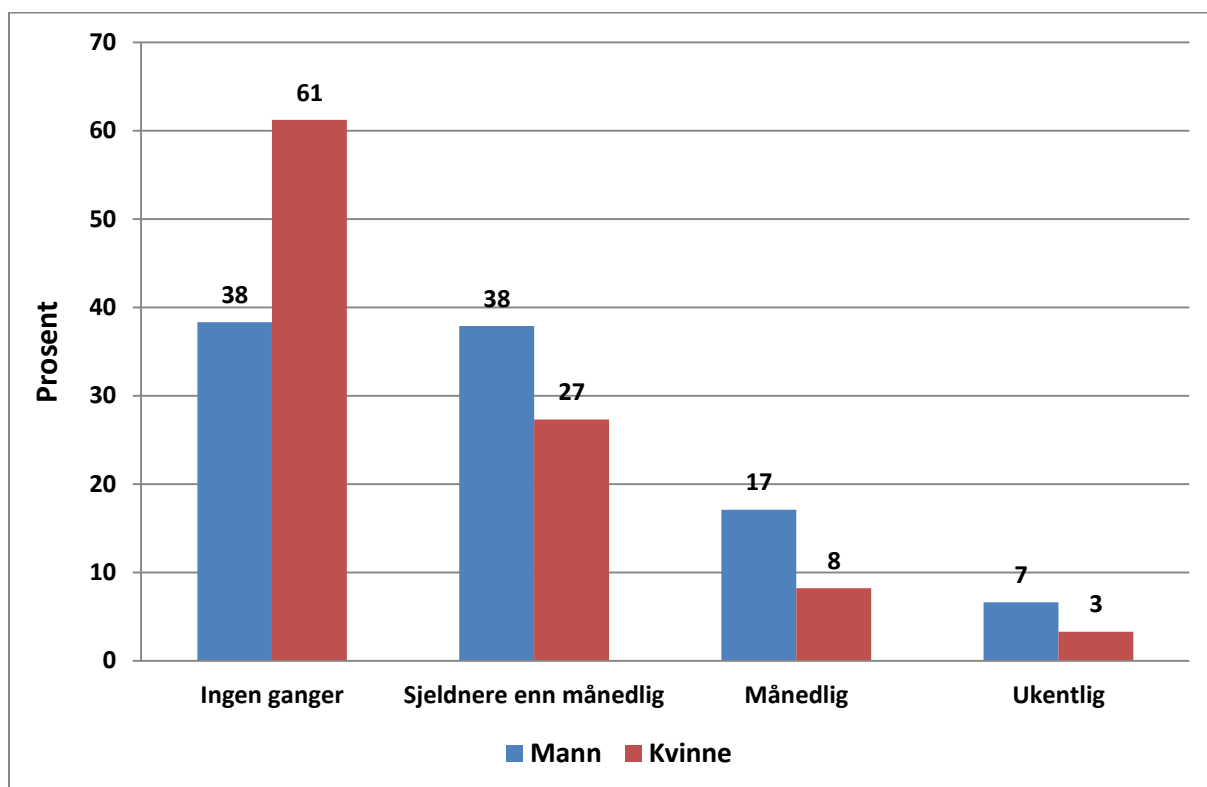
Figur 2.17: Beruselsesfrekvens i ulike aldersgrupper siste 12 måneder



Kilde: Bye et al. 2013

Det ble i undersøkelsen stilt spørsmålet: «I løpet av det siste året, hvor ofte har du drukket seks alkoholenheter eller mer ved en og samme anledning?». En alkoholenhet tilsvarer en flaske (0,33 l) med øl eller cider/rusbrus, ett glass vin (1,5 dl) eller en drink brennevin (4 cl). Omlag seks av ti kvinner og fire av ti menn oppga aldri å ha drukket 6+ enheter ved en og samme anledning siste år (fig 2.18). Av de som oppga å ha drukket 6+ enheter ved samme anledning, var det en større andel menn (23 prosent) enn kvinner (12 prosent). En må her ta i betraktning at de fleste kvinner tåler mindre alkohol enn menn.

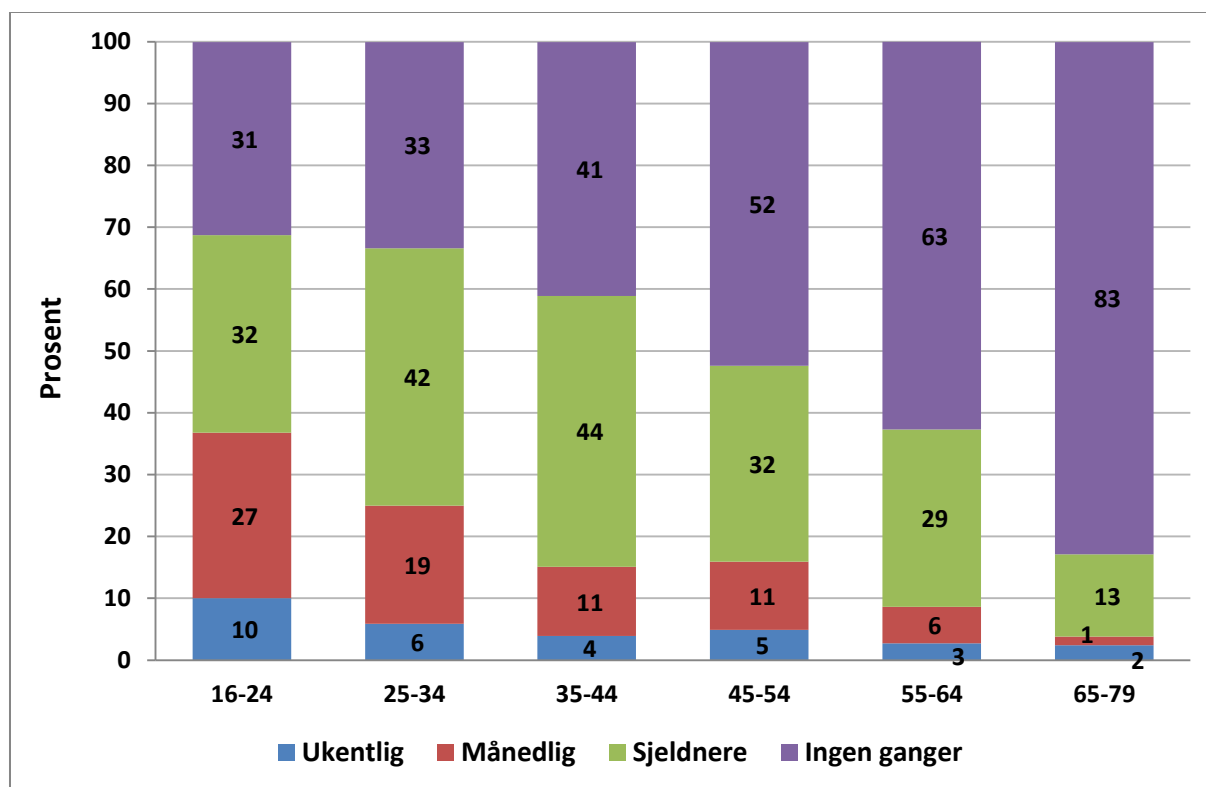
Figur 2.18: Andel kvinner og menn (16-79 år) som har drukket 6 enheter alkohol eller mer ved en og samme anledning siste 12 måneder



Kilde: Bye et al. 2013

Ser vi på andelen som har drukket 6+ enheter i ulike aldersgrupper, får vi samme mønster som for beruselse. Andelen som har drukket så mye ved samme anledning månedlig/ukentlig faller ved økende alder (figur 2.19). I aldersgruppen 16-24 år oppga 10 prosent å ha drukket 6+ enheter ukentlig, mot omkring to prosent i den eldste aldersgruppen.

Figur 2.19 Andel i ulike aldersgrupper som har drukket 6 enheter alkohol eller mer ved en og samme anledning siste 12 måneder



Kilde: Bye et al. 2013

2.8 Salgs- og skjenkebevillinger - kommunenes forvaltning av alkoholoven

Ved siden av vinmonopolordningen er bevillingssystemet for omsetning av alkohol et viktig virkemiddel i norsk alkoholpolitikk. Dette er ordninger som begge bidrar til å begrense den fysiske tilgangen til alkohol.

Alkoholoven setter de ytre rammene for bevillingssystemet. Det er imidlertid kommunene som har ansvar for den løpende forvaltning av loven. Dette fordi det er kommunen som i all hovedsak gir bevilling for salg og skjenking av alkohol. Unntatt er skjenkebevillinger på tog, fly, skip og Forsvarets befalsmesser, der det gis statlig bevilling etter alkoholoven kapittel 5. Kommunen har også muligheter til å regulere salgs- og skjenketider. Kommunene har med andre ord et stort handlingsrom i og med at det er den enkelte kommune som bestemmer hvor mange salgs- og skjenkebevillinger som skal gis, hvem som skal få slike bevillinger, og innen hvilke tidsrammer salg og skjenking skal finn sted. Alkoholoven pålegger imidlertid også kommunene å føre kontroll med at bevillingshaverne driver i henhold til lov og forskrift. I tillegg er kommunen pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan (alkoholoven § 1-

7d). Med henvisning til påviste sammenhenger mellom bruk av alkohol og andre rusmidler, oppfordres imidlertid kommunene til å utarbeide en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som tar opp alle de rusmiddelpolitiske utfordringene kommunen står overfor (Sosial- og helsedepartementet 1999). De langt fleste kommuner oppga i 2012 å ha en alkoholpolitisk og/eller rusmiddelpolitisk handlingsplan.

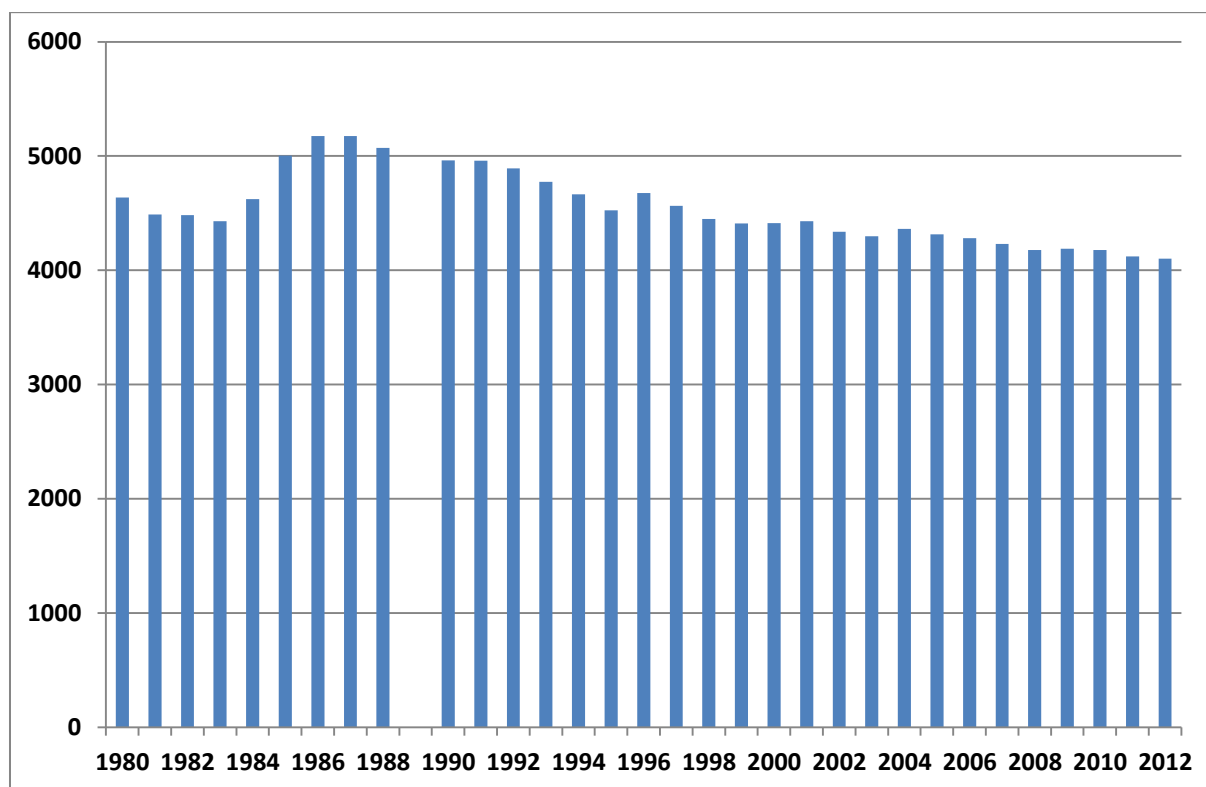
2.8.1 Salgsbevillinger

Salgsbevillinger – alkoholgruppe 1

Når det gjelder antall salgsbevillinger for alkoholholdig drikk i gruppe 1 (øl, cider, «rusbrus»), har det vært en gradvis nedgang i de siste 20-25 årene (figur 2.20). Dette har sammenheng med strukturendringene i handelsnæringen som har ført til at antall dagligvarebutikker etter hvert er redusert. Selv om antall salgssteder er redusert, har det i årene fra 2003 vært mulig å kjøpe alkohol i gruppe 1 i alle landets kommuner. Dette til forskjell fra 1980, da omkring halvparten av kommunene ikke hadde utsalgssted for alkohol.

Salget foregår stort sett gjennom dagligvarebutikker, men det selges også øl/cider/«rusbrus» gjennom ølutsalg. Fram til nylig ble det også solgt øl gjennom såkalte ølmonopol i kommunal eller privat regi. Det siste kommunalt drevne ølmonopolet, som var i Hareid i Møre og Romsdal, ble avviklet i 2009. De siste private ølmonopolene som var i Førde i Sogn og Fjordane, Vefsn og Fauske i Nordland, ble avviklet i 2011. Private ølutsalg er i all hovedsak utsalg som drives av bryggerier. I 2012 var det 47 slike utsalg.

Figur 2.20: Antall utsalgssteder alkoholgruppe 1 (Vedleggstabell 2.11)*



* Det foreligger ikke tall for antall salgssteder for øl for 1989

Kilde: SSB, Vinmonopolet, SIRUS

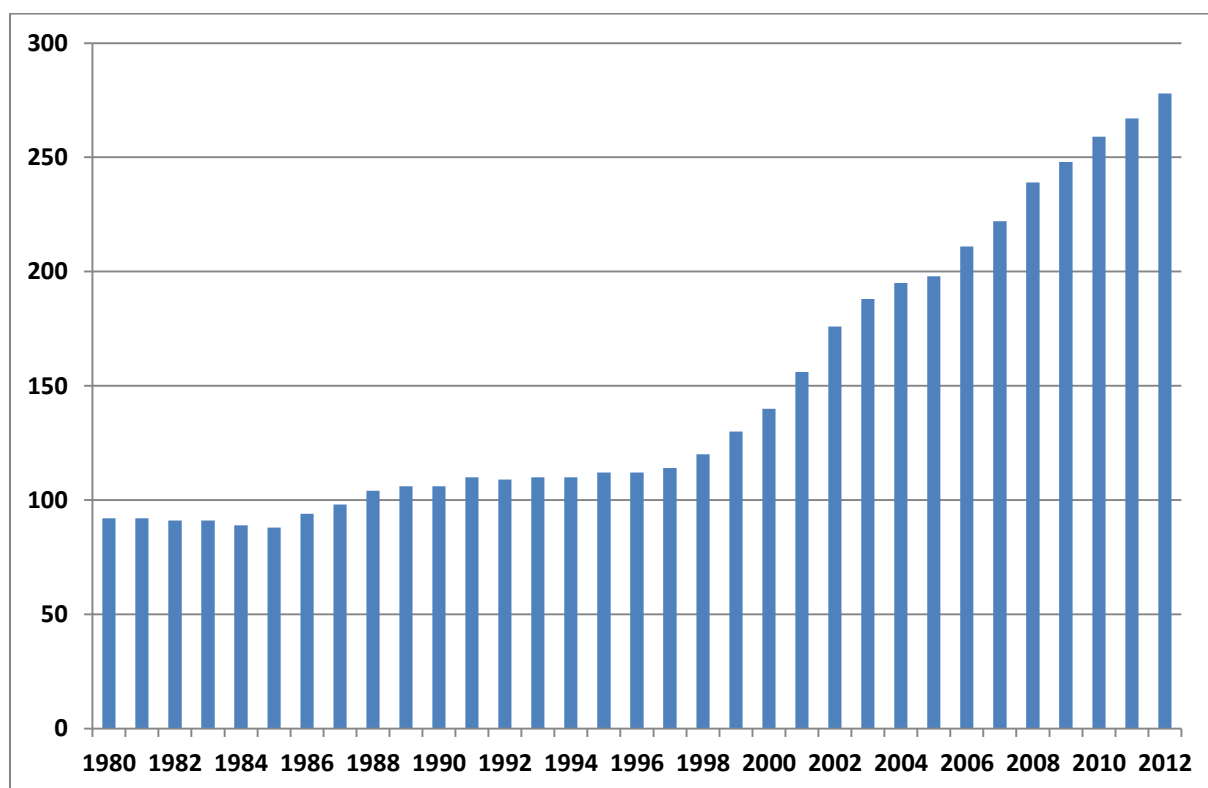
Vedleggstabell 2.12 viser utvikling i antall salgssteder for alkoholgruppe 1 (over 2,5 og høyst 4,7 volumprosent alkohol) fra 2000 -2012 fordelt på fylke. Det framkommer her at den største nedgangen i antall salgssteder har vært i Hordaland ved at det i 2012 var 62 færre salgssteder for øl i klasse 1 enn tilfellet var i 2000. Det har også vært en relativt stor nedgang i Østfold, Hedmark og Oppland med en reduksjon på omkring 40 færre salgssteder fra 2000 til 2012. Fylker som har hatt en liten økning er Nordland, Rogaland og Vest-Agder.

Salgsbevillinger– alkoholgruppe 2 & 3 – Vinmonopolet AS

Monopolordningen omfatter salg av alkoholholdige drikkevarer i gruppe 2 og 3. Det har skjedd flere store endringer i Vinmonopolet i de siste 10-20 år. Mens det tidligere var et mål å ha få utsalgssteder for å begrense tilgangen på vin og brennevin, ble det etter hvert sett på som viktig å bedre tilgjengeligheten for det store flertall av befolkningen. Som resultat har det i de senere år vært en relativ stor økning i antall vinmonopolutsalg. Mens det i 1990 var 106 slike utsalg, var antallet ved utgangen av 2012 økt til 278 (figur 2.21). Det er den enkelte kommune som gir bevilling til AS Vinmonopolet om å etablere utsalgsted etter søknad, men initiativet til å opprette vinmonopolutsalg kan også komme fra kommunen. Foruten den store økningen i antall vinmonopolutsalg, er også overgangen fra disksalg til selvbetjening en viktig endring.

De første selvbetjente vinmonopolutsalgene ble innført i 1999, og i 2011 ble alle utsalgene selvbetjente.

Figur 2.21: Antall vinmonopolutsalg 1980 -2012 (Vedleggstabell 2.11)



Kilde: Vinmonopolet

Vedleggstabell 2.13 viser utvikling i antall vinmonopolutsalg fordelt på fylke fra 1998-2012. Vi ser her at det har vært en økning i alle fylker. Den største økningen har vært i Møre og Romsdal (fra 4 i 1998 til 14 i 2012) og Akershus (fra 11 i 1998 til 24 i 2012).

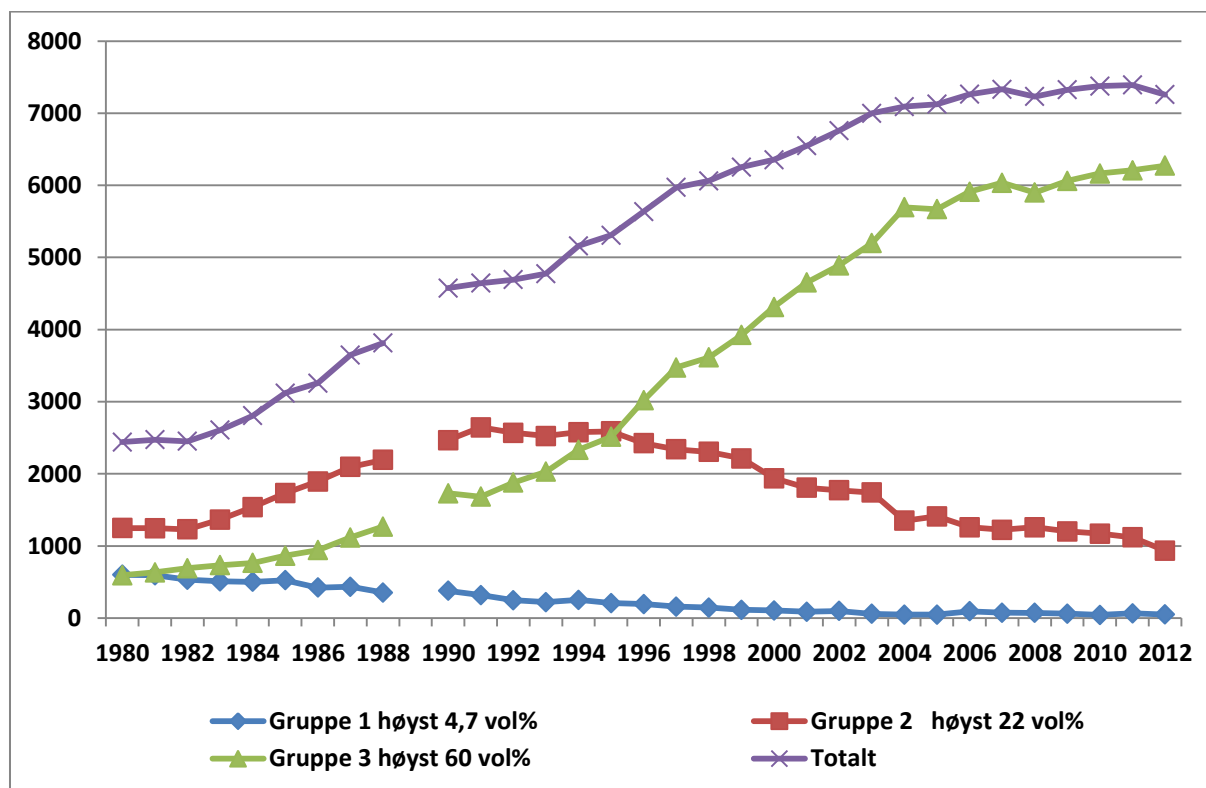
2.8.2 Skjenkebevillinger

Skjenkebevilling gis av kommunen. Som allerede nevnt gir imidlertid staten bevilling til skjenking av alkohol på innenlands fly, tog og skip og forsvarets befalsmesser. Dette har i de senere år dreid seg om i underkant av 100 skjenkebevillinger til befalsmesser, og omkring 70 til passasjerskip. Skjenkebevilling kan gis med rett til å skjenke all alkoholholdig drikk, eller den kan begrenses til bare å gjelde drikkevarer i gruppe 1 eller til gruppe 1 og 2.

Antall skjenkesteder med kommunal bevilling er så godt som tredoblet i løpet av de siste 30 år, fra noe under 2 500 i 1980 til noe under 7 500 i 2012 (figur 2.22). Mens det i 1980 var 111 kommuner som ikke hadde skjenkested for alkohol, var antallet i 2012 redusert til 4. Det ser ellers ut til at antall skjenkesteder har stabilisert seg i de senere år. De langt fleste har

bevilling til å skjenke alkohol i gruppe 3, det vil si at de gir anledning til å skjenke både øl, vin og brennevin.

Figur 2.22: Antall skjenkesteder 1980 – 2012 (Vedleggstabell 2.14)



Kilde: SIRUS

Vedleggstabell 2.15 viser skjenkesteder fordelt på bevillingskombinasjon og fylke for 2012. Oslo hadde, ikke overaskende, fleste skjenkesteder, med 1002, mens Hordaland som nummer to hadde 591. Det må sies å være noe overaskende at Nordland kommer på en tredje plass med 520 skjenkesteder, mens Sør-Trøndelag hadde 472, Oppland 459, Akershus 458 og Rogaland 449. Fylkene som hadde det laveste antall skjenkesteder var Finnmark med 177, Aust-Agder med 192, Vest-Agder og Nord-Trøndelag, begge med 195.

Selv om alle landets kommuner nå gir anledning til å selge øl, og så godt som alle har gitt bevilling for skjenking, er det ikke alle som søker om bevilling som får sin søknad innvilget. Mens det har vært en jevn nedgang den siste 10-årsperioden i antall kommuner som har gitt avslag på salgsbevilling for alkohol, har antall kommuner som har gitt avslag på skjenkebevillinger variert fra år til år. I 2012 var det 35 kommuner som oppga at de hadde gitt avslag på søknad om skjenkebevilling, og den vanligste grunnen synes å være at krav til økonomisk vandel ikke er oppfylt.

2.8.3 Salgs- og skjenketider

Alkoholloven angir «normaltid» og «maksimaltid» for salg og skjenking av alkohol (se tabell 2.3 og 2.5). Normaltid for salg alkoholgruppe 1 tilsvarer maksimaltid for AS Vinmonopolets utsalg (alkoholgruppe 2 & 3). Dersom kommunen ikke har vedtatt salgs- og skjenketider som går utover normaltid, er det denne som skal gjelde. Kommunen har også anledning til å differensiere ved at ikke alle bevillingshavere får samme salgs- og skjenketid. Salg og utlevering av alkohol i gruppe 1 kan ikke skje på søn- og helligdager og på valgdager.⁵

Tabell 2.3: Alkohollovens tidsrammer for salg (§ 3-4 og § 3-7)

	Alkoholgruppe 1 (hverdager)	Alkoholgruppe 1 (lørdag og dag før helligdager)	Alkoholgruppe 2 & 3 (hverdager)	Alkoholgruppe 2 & 3 (lørdag og dag før helligdag*)
Normaltid	08:00 – 18.00	08:00 – 15: 00		
Maksimaltid	08:00 – 20.00	08:00 – 18.00	08:30 – 18:00	08.30 – 15.00

*Gjelder ikke dag før Kristi Himmelfartsdag.

Som det framgår av tabell 2.3 kan salg fra AS Vinmonopolets utsalg skje fra 08.30 – 18.00, med unntak av dager før søn- og helligdager der salget skal opphøre kl 15.00 (alkoholloven § 3-4). Åpningstider for AS Vinmonopolets utsalg kan imidlertid ikke være lengre enn den tiden kommunen har fastsatt for salg av alkoholgruppe 1. Salg fra AS Vinmonopolets utsalg er ikke tillatt på søn- og helligdager, 1. og 17. mai, nyttårs-, påske- og pinseften og på valgdager.⁶

De fleste kommunene har valgt å legge maksimaltid til grunn for salg av alkohol i gruppe 1, det vil si til kl. 20.00 på hverdager og til kl. 18.00 på dag før helligdag (tabell 2.4).

Tabell 2.4: Antall kommuner med ulik salgstid alkoholgruppe 1 i 2012

Salg til kl	Hverdager	Lørdager/dag før helligdag
14.00		12
15.00		15
16.00		8
17.00	1	0
18.00	13	363
19.00	3	
20.00	374	

Når det gjelder tidsrom for skjenking av alkohol, skiller alkoholloven mellom skjenketid for alkoholgruppe 1 og 2 (alkohol med høyst 22 volumprosent alkohol) og alkoholgruppe 3 (alkohol mellom 22 og 60 volumprosent alkohol) slik det vises i tabell 2.5.

⁵ Per februar 2014 har regjeringen på høring forslag om å tillate salg av alkohol på valgdager.

⁶ Per februar 2014 har regjeringen på høring forslag om å tillate salg fra AS Vinmonopolet på nyttår-, pinse- og påskeften og på valgdager.

Tabell 2.5: Alkohollovens tidsrammer for skjenking (§ 4-4)

	Alkoholgruppe 1 & 2	Alkoholgruppe 3
Normaltid	08:00 – 01.00	13:00 – 24:00
Maksimaltid	06:00 – 03:00	13:00 – 03:00

Noen kommuner velger å ha ulik skjenketid for ukedager og helg. Tabell 2.6 viser antall kommuner med ulik tid for skjenking for fredag/lørdag.

Tabell 2.6. Antall kommuner med ulik maksimaltid for skjenking, 2012.

Skjenking til kl.	Alkoholgruppe 1 og 2	Alkoholgruppe 3
00:00	1	33
00:30	0	3
01:00	47	91
01:30	37	29
02:00	221	157
02:30	35	28
03:00	48	44

Kilde: SIRUS

Som vi ser av tabellen er det langt mindre vanlig at kommuner tar i bruk lovens maksimaltid for skjenking enn for salg (jf. tabell 2.4). For 2012 oppgir 48 kommuner at de hadde brukt lovens maksimaltid for skjenking i alkoholgruppe 1 og 2 og 44 når det gjelder alkoholgruppe 3. Rundt halvparten av kommunene som bruker lovens maksimaltid for skjenkebevillinger, opererer med differensierte skjenketider. Dette innebærer at ikke alle skjenkesteder kan skjenke til kl. 03.00.

Selv om det er få kommuner som gjør bruk av lovens maksimaltid for skjenking, gir de fleste likevel anledning til å skjenke lenger enn lovens normaltid, som er til kl. 01:00 for alkoholgruppe 1 og 2, og til midnatt for alkoholgruppe 3. Vedleggstabell 2.16 gir en oversikt over salgs- og skjenketider i de 30 største byene.

2.8.4 Kontroll med salgs- og skjenkebevillinger

Kommunen har også ansvar for kontroll med utøvingen av de kommunale salgs- og skjenkebevillingene jf. alkoholloven § 1-9 og Forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv., kapittel 9. I henhold til forskrift skal salgs- og skjenkestedene kontrolleres så ofte som behovet tilsier. Hvert sted skal imidlertid kontrolleres minst én gang årlig, og kommunen skal årlig utføre minst tre ganger så mange kontroller som den har salgs- og skjenkesteder.

De fleste kommuner engasjerer private vakselskap til å utføre salgs- og skjenkekontroll. I 2012 gjelder dette 310 kommuner. Flere av de største kommunene har imidlertid egne kontrollører, dette gjelder eksempelvis Oslo, Bergen og Trondheim. Det er også mange kommuner som samarbeider om gjennomføring av salgs- og skjenkekontroll, enten ved å bruke kommunalt ansatte kontrollører, eller at de går sammen om å engasjere vakselskap.

Som nevnt er kommunene pliktig til å kontrollere alle bevillinger minst én gang i året, samt at det totalt sett skal utføres minst tre ganger så mange kontroller som det er salgs- og skjenkebevillinger. Opplysninger om kontroller som framkommer i den årlige kommuneundersøkelsen, framstår imidlertid som mangelfull, noe som først og fremst gjelder mindre kommuner. Det er derfor ikke mulig å gi en oversikt som omfatter alle kommunene. Når det gjelder de største kommunene der det foreligger informasjon om antall kontroller, ser det imidlertid ut til at de stort sett overholder pålegget om minst tre årlige kontroller per bevilling.

Overtrdelser og reaksjoner

Formålet med kontrollvirksomheten er å se til at bevillingshavere følger de gitte bestemmelser om salg og skjenking av alkohol. Selv om det bare er et mindretall av kommunene som rapporterer at kontrollene har avdekket slike overtrdelser, er antallet økende. At flere kommuner enn tidligere rapporterer om overtrdelser har trolig sammenheng med at Helsedirektoratet har gitt økt oppmerksomhet til kontrollvirksomheten, noe som kan ha ført til flere og mer målrettede kontroller. Det er gjennomgående flere kommuner som rapporterer om at det er avdekket overtrdelser knyttet til skjenkebevillinger, enn hva gjelder salgsbevillinger. Mens det for 2012 var 105 kommuner som rapporterte å ha avdekket 627 overtrdelser knyttet til salgsbevilling, var det tilsvarende antall for skjenkebevillinger 1937 overtrdelser fordelt på 146 kommuner.

Det mest vanlige bruddet som blir rapportert, er mangel på internkontroll. Dette gjelder både for salg- og skjenkebevillinger. I 2012 gjaldt dette nesten to tredjedeler av overtrdelsene knyttet til salgsbevillinger og nesten halvparten knyttet til skjenkebevillinger. Når det gjelder andre avdekkede overtrdelser knyttet til salgsbevillinger, ble det i 2012 rapportert 107 brudd på reglene om plassering av alkoholholdig drikk, 21 brudd på reklamebestemmelsene, åtte salg til mindreårige, åtte salg utover tillatt salgstid og ni salg til person som var beruset. For skjenkebevillinger, ble det i 2012 rapportert om 227 tilfeller av skjenking til åpenbart påvirkede personer, 47 tilfeller av mangel på alkoholfrie drikkealternative, 35 tilfeller av skjenking utover tillatt skjenketid og 22 tilfeller av skjenking til mindreårige. I 2012 ble det ellers rapportert om 519 avdekkede uspesifiserte overtrdelser.

Som reaksjon på brudd på alkoholovens bestemmelser om salg og skjenking, kan kommunen inndra bevillingen for resten av bevillingsperioden eller et bestemt tidsrom (alkoholoven § 1-8). Lov og forskrift gir imidlertid ikke klare retningslinjer for hva som skal ligge til grunn

utover at overtredelsens art og grovhet kan vektlegges, og hvorvidt bevillingshaver kan klandres for overtredelsen. Hvorvidt et avdekket brudd skal føre til inndragning, vil derfor langt på vei være avhengig av hvordan kommunen vurderer alvorlighetsgraden i bruddene som blir avdekket. Kommunene rapporterer imidlertid om relativt få inndragelser. I 2012 var det således syv kommuner som rapporterte om til sammen 10 inndragelser av *salgsbevilling* og 39 kommuner som rapporterte om til sammen 106 inndragninger av *skjenkebevillinger*. Dette er omtrent på samme nivå som de foregående år. Den viktigste grunnen til inndragning av salgsbevilling i 2012 var salg av alkohol til mindreårige, mens det for skjenkebevilling var skjenking til åpenbart berusede personer. Mange kommuner gir advarsel om inndragning når det er avdekket brudd. I 2012 var det 20 kommuner som til sammen ga 66 advarsler om inndragning av salgsbevilling og 57 kommuner som til sammen ga 214 advarsler om inndragning av skjenkebevilling.

2.8.5 Bartenderes møte med berusede gjester

Som del av et prosjekt om utelivet i Oslo sentrum ble det i 2011 og 2012 gjort undersøkelser om overskjenking på utesteder i deler av Oslo sentrum. Den viktigste datakilden var såkalte testkjøp, som innebærer at skuespillere spiller beruset mens de bestiller øl på serveringsstedet. Dette for å skape en situasjon som etter alkoholloven skal føre til serveringsnekt. I 2011 ble det til sammen utført 89 testkjøp på 39 ulike serveringssteder fredager og lørdager. I 83 (93 prosent) av kjøpsforsøkende fikk testkjøperen servering. Av de 92 testkjøpene som ble gjennomført i 2012, endte 79 prosent med servering. Nedgangen fra 2011 har trolig sammenheng med økt oppmerksomhet omkring problemene med overskjenking i Oslo sentrum.

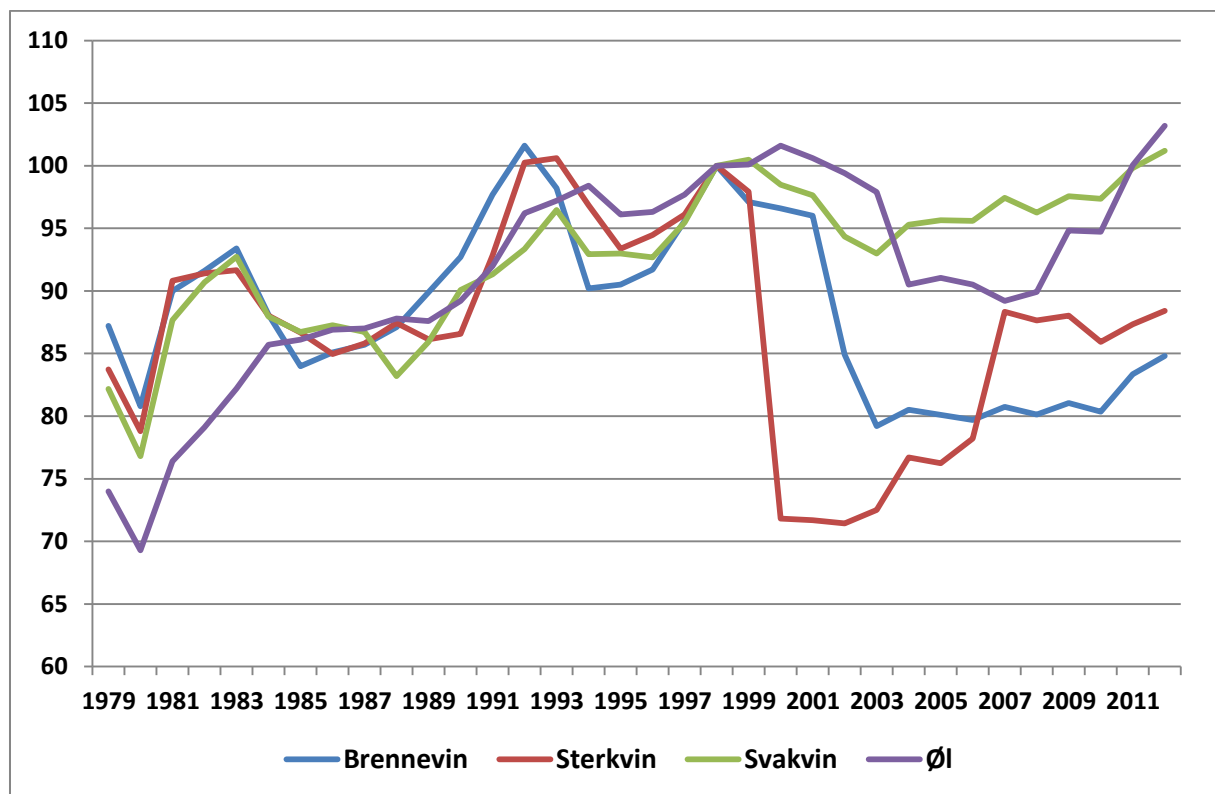
Selv om det på serveringsstedene som fikk besøk av testkjøpere, så ut til å være lett å få servering selv om en tilsynelatende var beruset, kan vi imidlertid ikke si noe om omfanget av overskjenking totalt sett. Den høye andelen overskjenking som ble kartlagt, er likevel overraskende sammenlignet med hva som framkommer av den kommunale skjenkekontrollen. Av de 5402 skjenkekontroller som ble gjennomført i Oslo kommune i 2011, ble det bare rapportert om overskjenking i 2 prosent (Buvik & Baklien 2012).

2.9 Økonomi

2.9.1 Prisindekser

For å måle utvikling av pris på alkohol over tid, beregner Statistisk sentralbyrå og AS Vinmonopolet nominelle indekser basert på utsalgsprisene på ulike typer alkohol. Det er tatt utgangspunkt i prisene for 1998 justert for konsumprisindeks slik at figur 2.23 og vedleggstabell 2.17 viser utvikling i realpriser på alkoholdrikker.

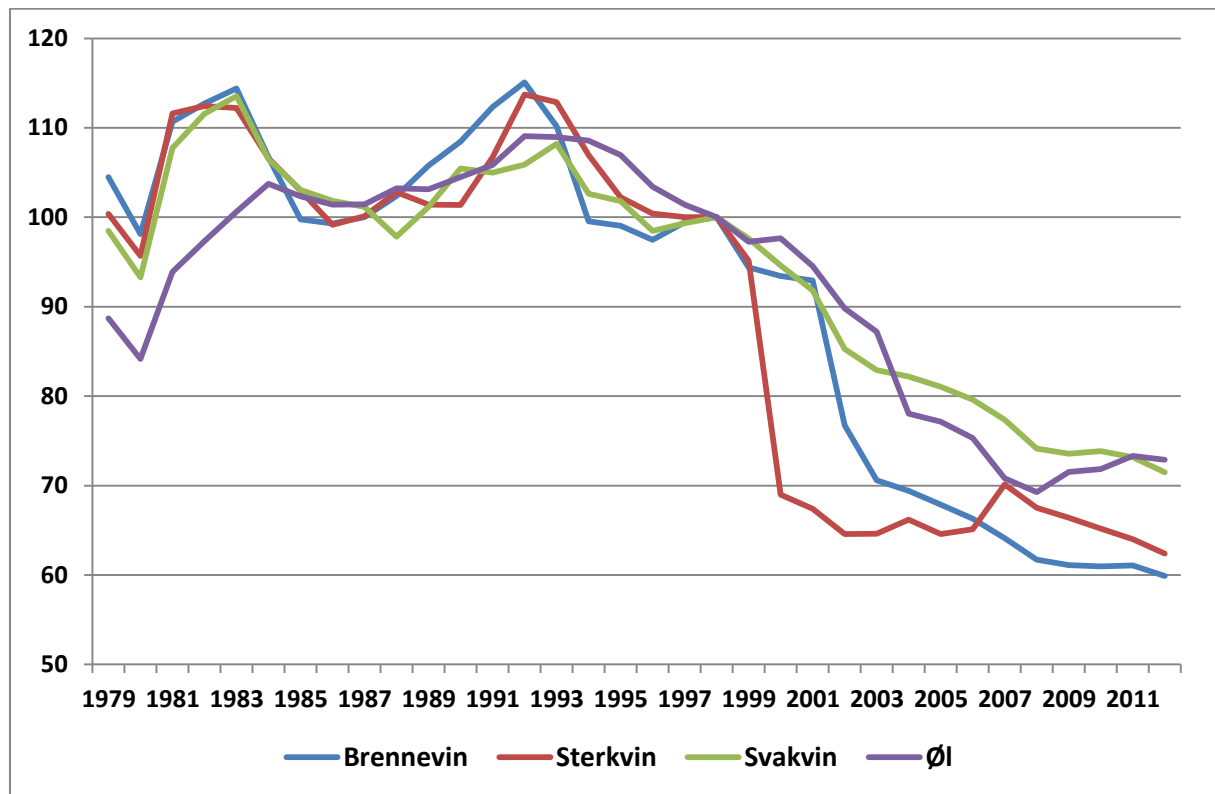
Figur 2.2:3 Realprisindekser for brennevin, sterkvin, svakvin og øl 1979 – 2012 (1998=100.)
(Vedleggstabell 2.17)



Kilde: SSB, AS Vinmonopolet og SIRUS

I tillegg til realprisindekser er det beregnet indekser for forholdet mellom pris på de forskjellige alkoholtypene og gjennomsnittlig lønn per normalårsverk for lønnstakere (figur 2.24). Indeksene uttrykker hvordan prisene på alkohol har utviklet seg i forhold til folks kjøpekraft. Ettersom lønningene har økt mer enn prisene på alkohol, er alkohol blitt «billigere» målt i arbeidstid. Dette gjør seg mest utslag i den relative prisutviklingen for sterkvin og brennevin på grunn av avgiftsnedsettelse i henholdsvis 2000 og 2002/2003.

Figur 2.24: Indeks for forholdet mellom nominell prisindeks for ulike drikkesorter og indeks for lønn per normalårsverk fra Nasjonalregnskapet 1979-2012 (1998=100). (Vedleggstabell 2.18)



Kilde: SSB, AS Vinmonopolet og SIRUS

2.9.2 Avgift til statskassen

Alkohol er ilagt betydelige avgifter til statskassen. Brennevin og vin (over 7 volumprosent alkohol) ble inntil 1994 ilagt både en grunnavgift fastsatt som et bestemt beløp per volumprosent alkohol per vareliter, og en verdiavgift beregnet som en viss prosent av utsalgsprisen. Fra 1995 ble verdiavgiften opphevet og i stedet ble grunnavgiften forhøyet tilsvarende.

Inntil januar 1994 var det fire ulike avgiftsklasser for øl, basert på alkoholstyrke. Fra og med 1995 ble det en ytterligere oppsplitting til syv avgiftsklasser. Inntil 1. juli 1999 var det høyest tillatte alkoholinnhold i øl 7 volumprosent. I dag finnes det imidlertid ingen øvre grense for alkoholinnhold i øl. Fra 1. januar 1991 ble vin, og fra 1. juli 1993 også brennevin inntil 7 volumprosent alkohol, avgiftsbelagt på linje med øl, mens brennevin mellom 7 og 22

volumprosent alkohol ble beskattet likt med vin. Etter 1. januar 2004 ble alt brennevin over 0,7 volumprosent alkohol beskattet som brennevin. Etter avgiftsnedsettelsen på sterkvin i 2000 ble det innført lik alkoholavgift på svakvin og sterkvin. Utviklingen i avgift på vin, brennevin og øl framgår av vedleggstabell 2.19 og 2.20.

Statens nominelle inntekter fra de ulike alkoholavgiftene har i perioden 1980 – 2012 økt fra i overkant av 3,8 til 17,5 milliarder (vedleggstabell 2.21). Tallene bygger på opplysningen i statsregnskapet over innbetalte avgifter.

2.10 Alkoholrelatert kriminalitet

Alkoholrelatert kriminalitet kan deles inn i to hovedgrupper. Den ene gruppen vil være ulovlig produksjon, innførsel og omsetning av alkohol (se 2.4). Den andre er ulike lovbrudd begått under påvirkning av alkohol. For lovbrudd/kriminalitet begått under påvirkning av alkohol foreligger det ikke systematiske data om vinnings-/voldskriminalitet begått av personer som er påvirket av alkohol/andre rusmidler. Det vi har, er informasjon om bilførere som er testet for positive prøver for alkohol og/eller andre rusmidler.

2.10.1 Kjøring under påvirkning

Det finnes flere lovbestemmelser som gjør det straffbart å føre eller tjenestegjøre på ulike motordrevne transportmidler i påvirket tilstand. Den uten sammenligning viktigste er veitrafikkloven § 22: *«Ingen må føre eller forsøke å føre motorvogn når han er påvirket av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel.»*

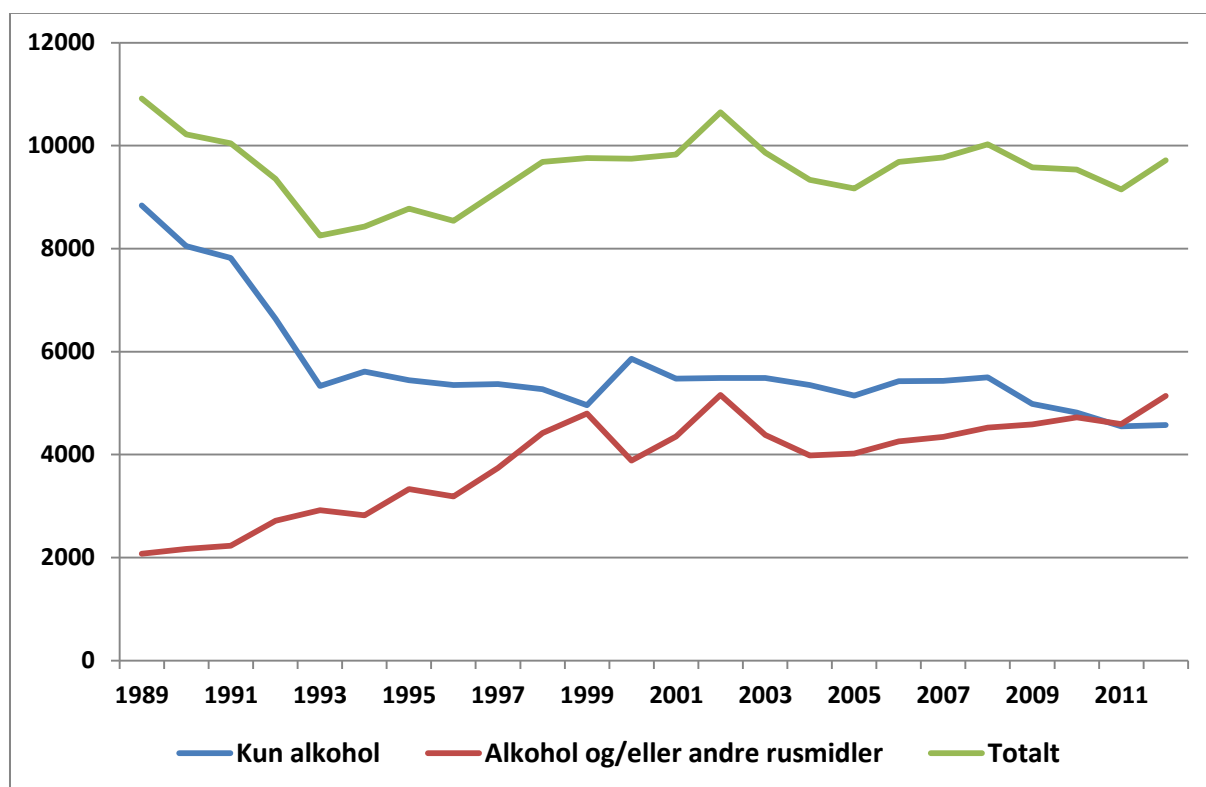
Norge innførte i 1936 en promillegrense på 0,5 og i 2001 ble den redusert til 0,2. For ulovlige narkotiske stoffer og rusgivende legemidler, har en tidligere ikke hatt slike faste konsentrasjonsgrenser, men med virkning fra 1. februar 2012 er det innført faste konsentrasjonsgrenser også for 20 andre stoffer som fører til påvirkning. Dette gir en likere lovgivning for påvirkning av alkohol og andre rusmidler. Straffbarhetsgrensen tilsvarer konsentrasjoner på 0,2 promille for alkohol, og straffeutmålingsgrensene tilsvarer 0,5 og 1,2 promille for de fleste av stoffene loven omfatter. På samme måte som for alkohol tas det ikke hensyn til toleranse. Konsentrasjonsgrensene gjelder ikke i tilfeller der påviste verdier skyldes inntak av potensielt farlige rusmidler som er forskrevet av lege. Det vises ellers til www.fhi.no/rusmidler.

I tabeller og figurer som omfatter kjøring under påvirkning, kan inndelingen i bilførere mistenkt for påvirkning av kun alkohol og påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler, virke litt merkelig. Grunnen er at det er den som stopper bilen på veien og tar prøven, som avgjør om den skal sjekkes for bare alkohol eller for både alkohol og andre rusmidler.

Figur 2.25 viser utvikling i det totale antall prøver innsendt til Folkehelseinstituttet for blodalkoholanalyse og utåndingsprøver hvor politiet har hatt mistanke om kjøring i påvirket

tilstand. Det var en nedgang i antall slike prøver i første halvdel av 1990-tallet, mens det deretter har steget noe. De siste 10-15 år har det vært et relativt stabilt nivå med omkring 9-10 000 slike prøver. Som det framgår av figuren har det vært en nedgang i antall prøver der mistanken er knyttet til alkohol alene, mens det har vært en økning i antall prøver der det også er mistanke om påvirkning av andre rusmidler.

Figur 2.25: Prøver fra bilførere etter mistanke om påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler 1989-2012 (Vedleggstabell 2.22)



Kilde: FHI

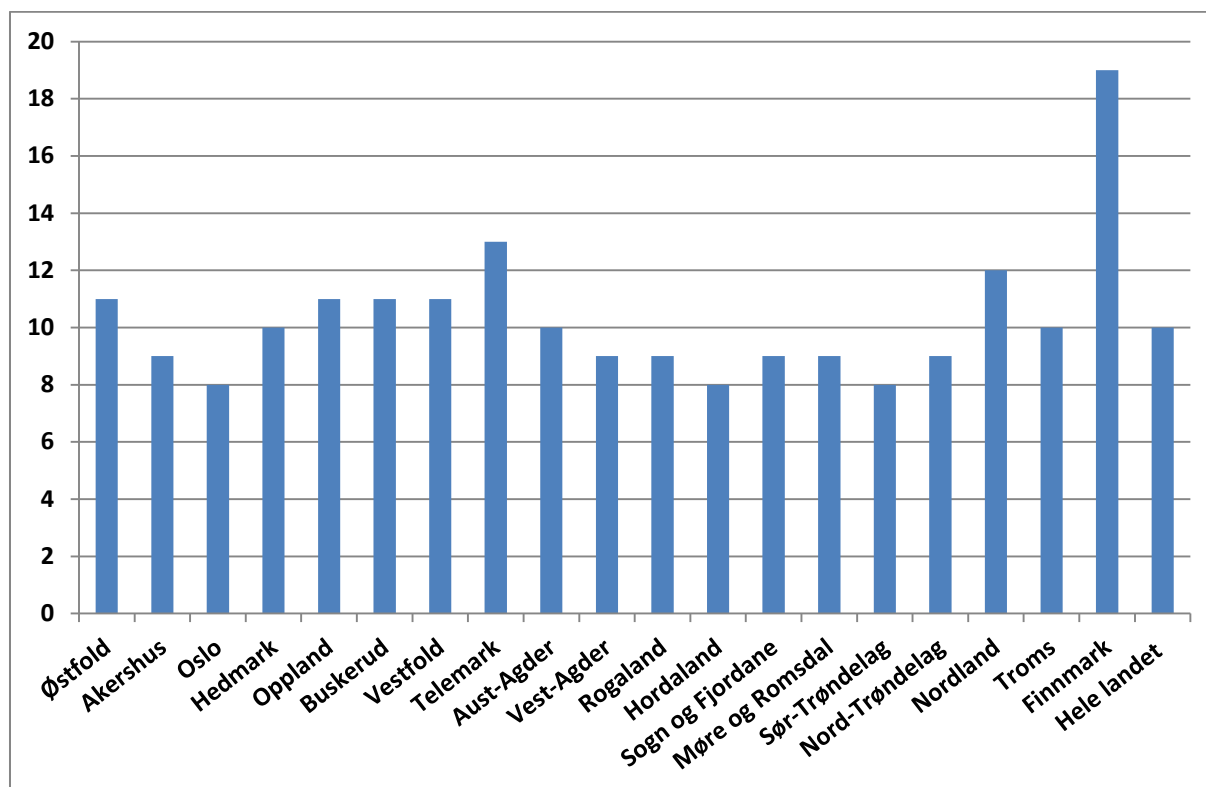
Vedleggstabell 2.23 viser utvikling i prøver etter mistanke om påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler fordelt på kjønn. Vi ser her at andelen kvinnelige bilførere mistenkt for påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler har vært 12-14 prosent i de senere årene.

Vedleggstabell 2.24 viser utvikling i reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler i prosent av alle reaksjoner på veitrafikkforseelser. Antall slike reaksjoner har de siste årene vært på et lavere nivå enn tilfellet var på 1980- og 1990-tallet, både i absolutte tall og som andel av det totale antall veitrafikkforseelser.

Vedleggstabell 2.25 viser utvikling i reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler fordelt på fylke, mens figur 2.26 viser den fylkesvise fordeling av slike reaksjoner per 10 000 innbyggere over 18 år for 2011. Som det framgår er det betydelige forskjeller mellom fylkene. For 2011 finner vi eksempelvis det laveste antall slike reaksjoner i

Oslo, Hordaland og Sør-Trøndelag (8 per 10 000), mens Finnmark hadde det høyeste (19 per 10 000). Forskjellene kan skyldes reelle forskjeller i drikkevaner og kjøring underpåvirkning, eller distriktsvise forskjeller i oppdagelsesrisiko og prioriteringer hos politiet.

Figur 2.26: Reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler per 100 000 innbygger over 18 år fordelt på fylke, 2011 (Vedleggstabell 2.26)



Kilde: SSB

2.11 Alkoholrelatert død, sykdom og skade

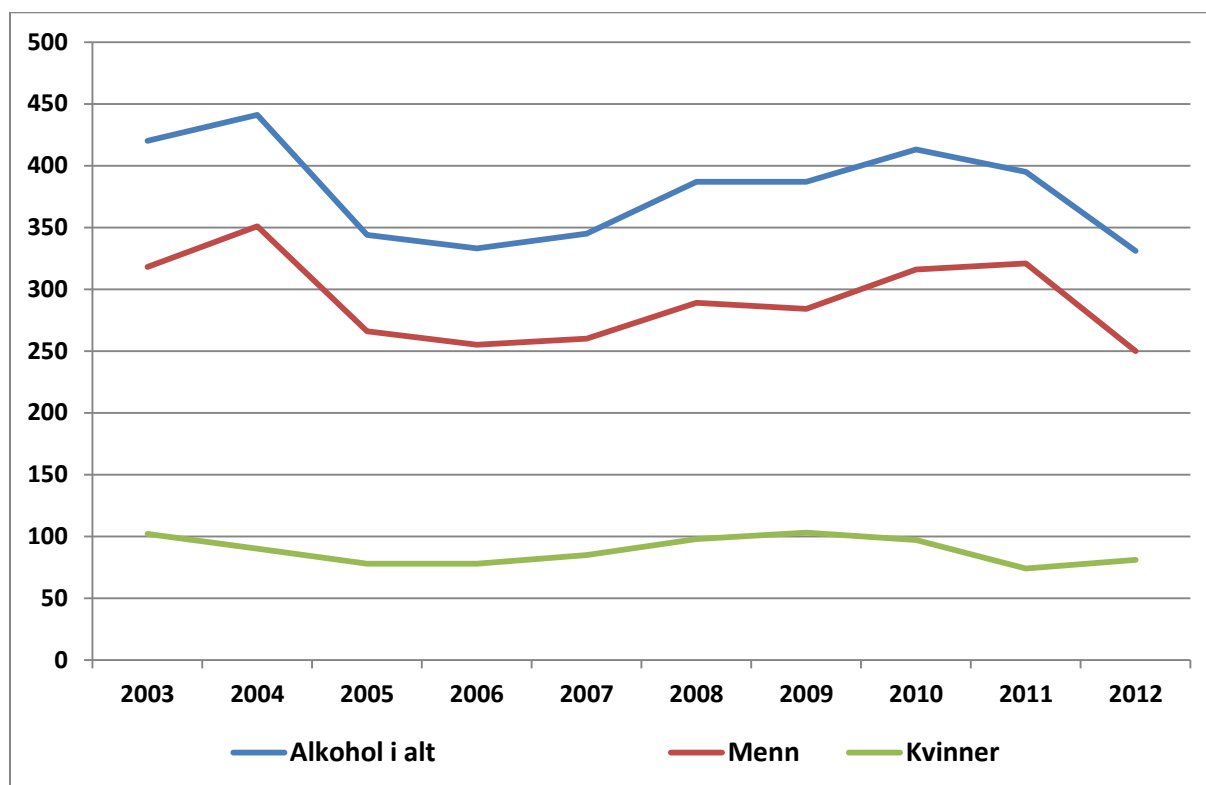
Bruk av alkohol (og/eller andre rusmidler) kan være en direkte eller indirekte årsak til en rekke helsemessige og sosiale skader. Data fra Norsk pasientregister (NPR) gir et bilde av antall sykehusinnleggelser der alkoholbruk er direkte knyttet til ulike hoveddiagnoser. Det vil si at diagnosen kan knyttes direkte til bruk av alkohol. For dødsfall som direkte kan knyttes til alkohol, har vi informasjon fra dødsårsaksregisteret. I tillegg til de sykdommer og dødsfall som direkte kan knyttes til alkoholbruk, vil alkohol også være en medvirkende årsak til mange andre sykehusinnleggelser og dødsfall. Dette gjelder eksempelvis mange voldsskader, ulykkestilfeller og selvpåførte skader, uten at dette framkommer i den innrapporterte diagnosen. Det vil også være en rekke andre sykdommer og dødsfall som kan ha sammenheng med alkoholbruk. Dette gjelder eksempelvis ulike kreftformer og hjerte-karsykdommer.

Dødsårsaksregisteret bygger på dødsmeldinger fra leger og i noen tilfeller på rettsmedisinske obduksjonsrapporter. Klassifiseringen bruker betegnelsen underliggende og medvirkende dødsårsak, der den underliggende dødsårsaken regnes som hovedgrunnen til dødsfallet. Tilsvarende har også sykehusinnleggelser registrert i NPR, en hoveddiagnose og eventuelt en eller flere bidiagnoser. Data som vi her gjengir for alkoholrelaterte dødsfall og alkoholrelaterte sykehusinnleggelser, omfatter bare de tilfeller hvor alkohol er hoveddiagnosen eller den underliggende årsaken til sykdomstilfellet eller dødsfallet. Det vil som nevnt også være en rekke andre sykdomstilfeller og dødsfall hvor alkoholbruk har vært en utløsende eller medvirkende årsak, men disse er ikke medregnet. Tallene som presenteres gir med andre ord ikke et helhetlig bilde av antall dødsfall og sykehusinnleggelser som skyldes bruk av alkohol. Trolig representerer de bare «toppen av isfjellet».

2.11.1 Alkoholrelatert død

Figur 2.27 viser utviklingen i antall dødsfall hvor bruk av alkohol anses som underliggende årsak, eller det man kan betegne som hovedårsak. Ved tolkning av utvikling over tid må en ta hensyn til økningen i folketallet, noe som innebærer at utvikling i dødelighetsrate stiger mindre enn antall dødsfall. Ser vi på enkeltdiagnoser er det også slik at det for flere er få dødsfall per år, slik at det for disse kan forekomme betydelige svingninger fra år til år.

Figur 2.27: Utvikling antall alkoholrelaterte dødsfall for kvinner og menn. 2003-2012 (Vedleggstabell 2.27)



Kilde: SSB

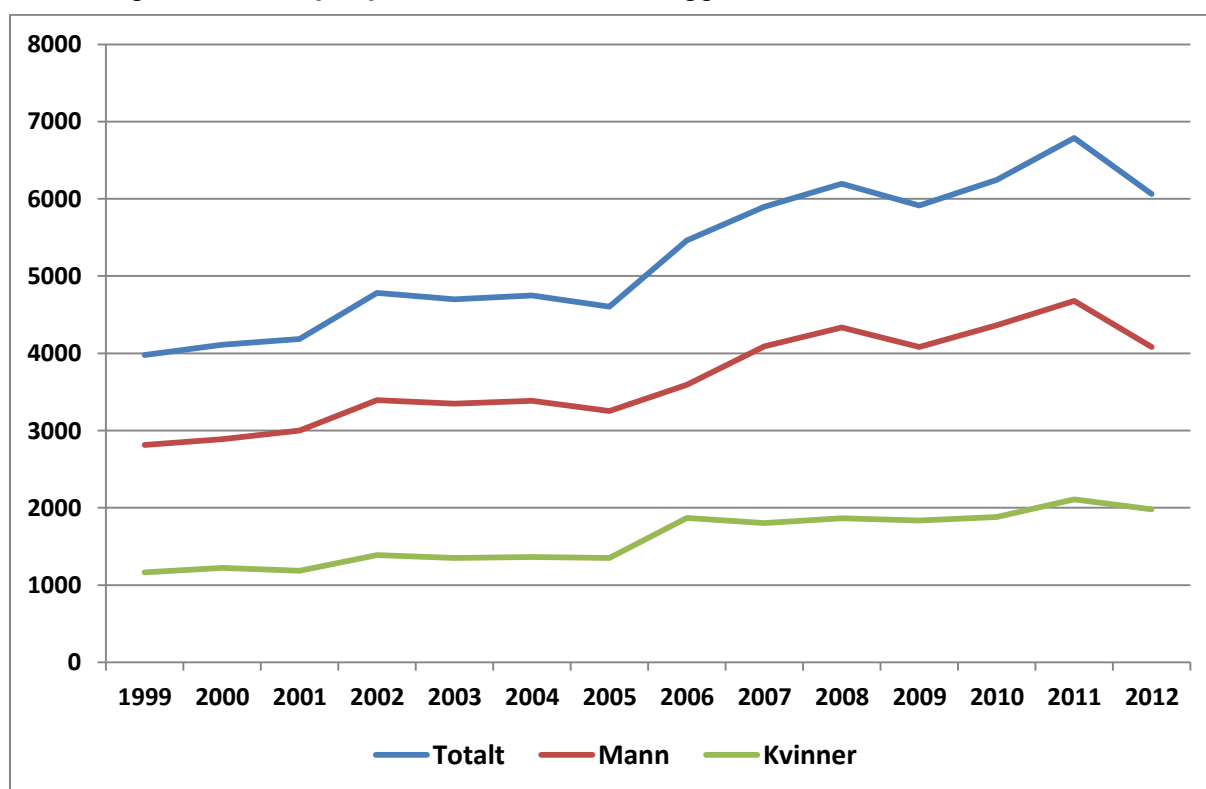
Vedleggstabell 2.27 viser fordelingen på dødsårsak for ulike diagnoser. Det framgår her at de viktigste alkoholrelaterte dødsårsakene er psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse av alkohol/akutt forgiftning og alkoholisk cirrose.

Som vi ser av figur 2.27 er forekomsten av alkoholrelaterte dødsfall mer enn tre ganger så høy blant menn som blant kvinner. Det er også slik at de fleste slike dødsfall skjer etter fylte 45 år (se vedleggstabell 2.28). Som allerede nevnt utgjør dødsfall med en alkoholrelatert underliggende årsak, bare en del av alle alkoholrelaterte dødsfall.

2.11.2 Sykehusinnleggelser

Utviklingen i antall innleggelser i somatisk sykehus med hoveddiagnose som tilskrives bruk av alkohol, vises i figur 2.28. Som vi ser har antall sykehusinnleggelser som skyldes alkohol, økt betraktelig i de senere år. Samtidig ser vi at antallet slike innleggelser er vesentlig høyere for menn enn for kvinner. De oppgitte tallene angir antall innleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose, og ikke antall personer, da en og samme person kan ha vært innlagt med samme diagnose flere ganger i løpet av samme år. Dette innebærer at en mulig økt tendens til flere og kortere sykehusopphold for kroniske sykdomstilfeller og befolkningsøkningen i noen grad kan ha bidratt til den relativt store økningen. Det er samtidig viktig å huske at de sykdomstilfellene med alkoholrelatert hoveddiagnose som behandles i spesialisthelsetjenesten, bare utgjør en liten del av den totale alkoholrelaterte sykeligheten.

Figur 2.28: Utvikling antall innleggelser i somatisk sykehus med alkoholrelatert hoveddiagnose fordelt på kjønn. 1999-2012. (Vedleggstabell 2.29)



Kilde: Norsk pasientregister

Vedleggstabell 2.29 gir en oversikt over innleggelser for de ulike alkoholrelaterte diagnosene. På samme måte som for alkoholrelaterte dødsfall, er det psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse av alkohol/akutt forgiftning og alkoholindusert leverskade som utgjør de største alkoholrelaterte hoveddiagnosene for innleggelser i somatiske sykehus.

2.11.3 Andre alkoholrelaterte skader

Bruk og misbruk av alkohol kan også føre til andre typer skader enn død og sykehusinnleggelser. Dette gjelder både for brukeren selv og for andre (passiv drikking – tredjepartskader). Dette gjelder blant annet barn som skadelidende av foreldres alkoholbruk, vold, promillekjøring, negative konsekvenser for arbeidsliv og opplevd ubehag av andres drikking.

2.12 Historisk oversikt

Bruk av alkohol har lange tradisjoner og er uten sammenligning det mest utbredte rusmidlet i Norge. Selv om bruk av alkohol for de aller fleste er en kilde til hygge, har en gjennom alle tider vært klar over at alkoholbruk også kan ha negative konsekvenser. Dette kan være negative konsekvensene for brukeren selv eller for andre som på ulike måter kan plages av noens alkoholbruk. For å motvirke uheldige og uønskede skadevirkninger av alkohol har en derfor gjennom tidene tatt i bruk ulike politiske virkemidler for å regulere bruken.

I det følgende gis en oversikt over viktige hendelser og beslutninger på alkoholfeltet i årene etter at Norge i 1814 fikk sin egen grunnlov. Som det framgår var det brennevinspolitikken som i de første årene utgjorde alkoholpolitikken. Reguleringer for øl og vin kom så etter hvert.

1816 Produksjon og salg av brennevin ble frigitt ved at kjøpstedenes enerett til brenning av brennevin opphørte (brennevinslovene av 1816). Frigivelsen var begrunnet med at brennevinsbrenningen ville bedre de økonomiske forholdene på landsbygda ved at det ville tjene både fedrift og åkerdyrking. Frigivelsen førte med seg en omfattende brennevinsdriking med påfølgende sosiale skadevirkninger for den fattigste delen av befolkningen, og økt motstand mot brennevinsdrikingen.

1827 Brennevinsbrenningen ble forsøkt begrenset ved å endre grunnlaget for brennevinsavgiften fra matrikkelen (eiendomsregisteret) til brennevinskjelene og deres rominnhold (dvs. antall og volum). Dette bidro til en reduksjon i antall brennevinskjeler. Det nye avgiftssystemet i landdistriktene favoriserte ellers overgangen fra såkalt husbrenning til fabrikkbrenning. Det ble også innført en bestemmelse om at bøndene som produserte brennevin ikke kunne selge mindre kvanta enn om lag 3 liter (3 potter), mens det minste tillatte solgte kvantum i byene ble 20 liter. Ved lovendringen i 1827 ble det også åpnet adgang til å gi særskilt bevilling for skjenking av brennevin, og det var de lokale myndighetene som skulle se til at det ikke ble for mange skjenkerettigheter. Det ble også forbud mot å skjenke folk beruset, og mot å skjenke barn, læregutter og unge tjenestefolk.

1837 Produksjonsprosessen for brennevin ble stadig forbedret slik at produksjonen ble mindre avhengig av kjelenes størrelse. De produksjonstekniske forbedringene førte til at kvaliteten ble bedre samtidig som effektiviseringen gjorde at brennevinet ble billigere å kjøpe, noe som gjorde at brennevinsforbruket holdt seg oppe, selv om husbrenningen ble redusert. Salg av brennevin foregikk på denne tiden først og fremst fra de som produserte brennevin, og som automatisk hadde rett til å selge til hvem de ville. På landsbygda hadde også enkelte landhandlere rett til å selge brennevin. I byene kunne alle som hadde handelsborgerskap selge brennevin i tillegg til de som produserte slik drikke. Når det gjaldt skjenking av brennevin, var denne knyttet til en bevilling for å drive vertshus eller gjestgiveri.

Lovgivningen for salg og skjenking av brennevin ble skilt fra lovgivningen for brennevinsproduksjon. Dette gjorde det mulig å innføre en egen avgift på småsalg av brennevin, slik at også forbruket og ikke bare produksjonen av brennevin ble beskattet. Avgiften ble i første omgang satt til salg i mindre kvanta enn 5 potter, og avgiften skulle gå til fattigkassen. For å unngå å betale avgiften ble det imidlertid ofte slik at flere gikk sammen om å kjøpe et kvantum som oversteg reglene for småsalg. Ved innføring av formannskapsloven i 1837 ble den lokale myndigheten lagt til formannskapet, som i samråd med fattigkommisjonen skulle bestemme hvor mange skjenkebevillinger det skulle være i kommunen. Lovendringen førte til at gjestgiverier på landet mistet den automatiske retten gjestgiveribevillingen hadde gitt til salg av brennevin. Det krevdes nå en egen bevilling for skjenking av brennevin. I byene hadde imidlertid handelsborgerne fortsatt rett til å drive salg av brennevin i smått i kraft av sine borgerbrev. Loven av 1837 innførte to av de mest sentrale virkemidlene i norsk alkoholpolitikk: Særagifter på salg og bevilling for salg og skjenking.

1842 De negative konsekvensene av brennevinsdrikkingen var fortsatt gjenstand for heftig debatt, og som del av dette spørsmålet om privatøkonomiske interesser i handelen med brennevin. Fram til 1842 var imidlertid alkoholpolitikken dominert av et næringsliberalt grunnsyn. I 1842 vedtok imidlertid Stortinget en lov som ville ført til at det ble ulovlig å produsere brennevin i Norge i løpet av en tiårsperiode, men loven trådte aldri i kraft, fordi kong Carl Johan nektet å sanksjonere den.

1845 For å begrense brennevinsproduksjonen vedtok Stortinget i 1845 forbud mot å benytte kjeler mindre enn 100 potter. Det ble samtidig nedlagt forbud mot å brenne om sommeren – fra 1. mai til 30. september.

Kommunal bevilling ble utvidet til også å gjelde byene med en ordning der enhver bevilling for salg i smått også omfattet skjenking. De som hadde løst handelsborgerskap før 1845 fikk beholde sin rett til småsalg av brennevin.

Grensen for avgiftsfritt salg ble hevet fra 5 potter til 40 potter, tilsvarende et brennevinsanker. Formålet var å utvide avgiftsgrunnlaget for brennevinssalget, og gjøre det vanskeligere for folk å unndra seg salgsavgiften. Det var imidlertid fortsatt vanlig at folk gikk sammen om å kjøpe et brennevinsanker slik at de slapp avgiften.

1848 Sommerforbudet mot brenning ble utvidet til et halvt år, og avgiften på brennevinsproduksjon ble så høy at den kunne ses som et forbud mot hjemmebrenning. Dette førte til at antall brennerier ble redusert fra omkring 700 til 40 på to år.

1851 I årene 1851-69 ble brennevinsproduksjonen ytterligere forsøkt redusert ved å øke produksjonsavgiften fra 4 til 12 shilling per pott brennevin med alkoholstyrke 40 prosent.

- 1854** Forbudt å skjenke brennevin mellom kl. 19 på lørdager og kl. 24 på søndager. Stortinget vedtok at kommunene kunne legge en avgift på salg og skjenking av øl og vin i landdistrikter.
- 1857** Forbudt å skjenke brennevin før kl. 08.00. Det ble vedtatt en lov som la avgift på mengden malt som ble brukt ved brygging av øl. Det førte til en betydelig prisøkning på øl.
- 1859** Den første totalavholdsforening ble stiftet i Stavanger av kvekeren Asbjørn Kloster.
- 1860** Stortinget vedtok at kommunene kunne legge en avgift på skjenking av øl også i byene.
- 1863** Fattigloven ga bestemmelse om fengselsstraff eller tvangsarbeid for drikkfeldige som påførte fattigstyret utgifter ved ikke å tjene til livets opphold.
- 1866** Bevillingsretten til å selge og skjenke brennevin ble begrenset til å gjelde for fem år, mens den tidligere hadde vært gitt for livstid.
- 1869** Lovendring som innførte bevillingsordning for skjenking av øl, vin, mjød og sider både i byene og på landet og for småsalg av vin (under 40 potter) på landet. Formannskap/kommunestyret ble også gitt mulighet til å stille vilkår for skjenking, og bevillingen skulle bare gjelde for ett år i gangen. Det ble også gitt mulighet for å begrense skjenketidene for øl og vin, men begrensningene kunne ikke gå lenger enn de som gjaldt for brennevin.
- 1871** Stortinget vedtok en endring i brennevinsloven som ga anledning til å opprette såkalte samlag for salg og skjenking av brennevin. Samlagene var resultat av et system der bevilling for salg og skjenking av brennevin ble gitt til et spesielt opprettet selskap der overskuddet gikk til allmenntilgode formål. Det første brennevinssamlaget ble etablert i Kristiansand.
- 1872** Brennevinssamlagene kunne også gis bevilling til omsetning av øl og vin.
- 1875** Salg av øl på landet ble gjort avhengig av kommunal bevilling. Det Norske Totalavholdsselskap (DNT) ble stiftet.
- 1876** Adgang til å etablere egne spesielle samlag for omsetning av øl og vin.
- 1881** Stortinget vedtok en lov som gjorde det mulig for byene å forlange innløst rettighetene for skjenking av øl og vin som var gitt før loven av 1869, og som i prinsippet var gitt for livstid.
- 1882** Kommunestyrene ble gitt mulighet til å iverksette en bevillingsordning for småsalg av øl og vin i byene.

1894 Avholdsbevegelsen fikk gjennomslag for en ny lov som sa at bevilling til omsetning av brennevin bare skulle skje gjennom samlag. Hvorvidt det i en by skulle opprettes samlag skulle avgjøres ved folkeavstemning, der også kvinner hadde stemmerett. Loven omfattet småsalg og skjenking, mens partisalgs over 250 liter var unntatt.

1900 Lov om løsgjengeri, drukkenskap og betleri ble vedtatt. Trådte i kraft i 1907. Dette var en lov som kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av alkoholistsorgen i de følgende 70 år. Loven ga bestemmelser om straff for beruselse på offentlig sted og for offentlig forstyrrelse i beruset tilstand. Loven innebar at det for mer «kronisk» løsgjengeri og personer som var «forfalt til drukkenskap», kunne idømmes anbringelse i tvangsarbeidshus eller kuranstalt. Loven innførte også 18-års aldersgrense for salg og skjenking av brennevin.

1904 Stortinget vedtok ny alkohollov. Mens bestemmelsene om de forskjellige alkoholdrikkene tidligere hadde vært spredt i forskjellige lover, vedtok Stortinget en samlet alkohollov som skulle gjelde både i byene og på landet, både for øl, vin og brennevin og både for partisalgs, småsalgs og skjenking. Ellers skulle samlagsordningen bestå, og som før var det opp til kommunestyrene å avgjøre om salg av øl og vin skulle være gjenstand for bevilling.

1909 Det første kursted for alkoholmisbrukere ble opprettet av Blå Kors (Eina). Opprettelsen kan ses som en reaksjon mot at det først og fremst var de mest langtkomne og sosialt utslåtte alkoholmisbrukerne som sto i fokus for den offentlige innsatsen. I årene som fulgte ble det også opprettet kursteder i regi av Lægeforeningen (Ørje 1910) og Hvite Baand (Jeløy for kvinner 1913).

1910 Statistisk Sentralbyrå utga det første bindet av alkoholstatistikken – Alkoholstatistikk I – en oversikt over den beregnede tilgang på alkohol i Norge fra 1814 fram til 1909. I årene som fulgte fortsatte Statistisk Sentralbyrå å utgi ulike former for alkoholstatistikk fram til 1983. Deretter har SIFA/Rusmiddeldirektoratet og fra 2001 SIRUS utgitt slik alkoholstatistikk.

1915 Opstad tvangsarbeidshus for å ta imot alkoholmisbrukere som var dømt etter løsgjengerloven, ble ferdigstilt.

1916 En alkoholkommisjon som var nedsatt i 1910 avga sin innstilling. Et flertall på seks avviste avholdsbevegelsens ønske om totalforbud mot alkoholomsetning og gikk inn for fortsatt legal omsetning under sterk offentlig kontroll. Et mindretall på to forsvarte avholdsbevegelsens tradisjonelle linje med en regulert omsetning, og et mål om å oppnå totalavhold – i første omgang av brennevin - gjennom lokale folkeavstemninger. Et mindretall på én – Johan Scharffenberg - gikk inn for et landsomfattende totalforbud mot all alkoholomsetning.

Som del av kriselovene under 1. verdenskrig ble det ved utgangen av 1916 forbud mot

omsetning av brennevin. Dette for å hindre at viktige matvarer som korn og poteter ble brukt i alkoholproduksjon.

1917 Forbud mot omsetning av vin over 15 volumprosent, som så ble senket til 12 volumprosent. Samtidig ble det forbud mot bakkøl, bayerøl og pils.

1918 Ny lov om salg og skjenking av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød. Loven slo fast at all import og omsetning av brennevin skulle foregå i regi av samlagene og at samlagenes overskudd i sin helhet skulle tilfalle statskassen. Det vil si at de privatøkonomiske interessene nå var helt ute av brennevinssalget, men brennevinsproduksjonen kunne fremdeles foregå i privat regi.

1919 Med utgangspunkt i de positive erfaringene fra alkoholforbudet under 1. verdenskrig, fikk avholdsbevegelsen gjennomslag for at det skulle avholdes folkeavstemning om hvorvidt det skulle være tillatt med salg av brennevin og hetvin. Folkeavstemningen ga et klart flertall for et slikt forbud (62 prosent for og 38 prosent mot). Den vedtatte alkoholoven av 1918 ble dermed satt ut av spill. Pils og bayerøl (mellomsterkt øl) kom tilbake i salg fra mars 1919. Avholdsbevegelsen kan sies å være på sitt høydepunkt med et oppgitt medlemstall på 257 000 av en samlet befolkning på 2,6 mill.

1920 Bakkøl kom tilbake i salg.

Staten overtar Ørje kursted fra Lægeforeningen.

Ordningen med herberger vokste fram. Herbergene ble opprettet for å gi husville tak over hodet og kom etter hvert til å bli en kvantitativt viktig del av alkoholistsorgen.

1921 Stortinget vedtok en lov som gjorde at en måtte ha statlig bevilling for å kunne tilvirke brennevin. Loven gjaldt også for de eksisterende brenneriene. På grunn av brennevinsforbudet fikk loven først senere sin viktigste betydning, selv om det også i forbudstiden skjedde en viss legal produksjon av brennevin til medisinsk- og sprit til teknisk bruk.

Samme år ble det også vedtatt en lov som sa at innførsel og salg av alkoholdrikker skulle kunne legges inn under staten eller et godkjent selskap. Bakgrunnen var enighet mellom avholdsbevegelsen og forbudsmotstandere om at all import av vin skulle skje gjennom et statlig monopol. De såkalte vinlandene gikk imidlertid mot at salg av vin skulle skje gjennom samlagsordningen, da de fryktet at samlagene kunne bli nedlagt. Vinlandene ønsket at staten skulle garantere for at det skulle selges vin i Norge.

1922 Vinmonopolet ble etablert. Vinmonopolet fikk enerett på innførsel og partisalg av brennevin, vin, importert øl og innenlandsk øl over 4,75 volumprosent. Vinmonopolet ble også overlatt detaljsalget etter bevilling fra kommunestyret dersom slik bevilling ikke ble gitt til et samlag. I løpet av forbudstiden kjøpte Vinmonopolet opp de private brennevinsprodusentene.

1923 Forbudet mot hetvin ble opphevet og salget lagt under Vinmonopolet.

1926 Folkeavstemning om brennevinsforbudet (56 prosent for oppheving, 44 prosent mot). Regjeringen oppnevnte et utvalg (Edruelighetskomitéen av 1926) som skulle vurdere oppbyggingen av en behandlingsorganisasjon for alkoholmisbrukere.

1927 Stortinget vedtok en ny alkohollov som formelt opphevet brennevinsforbudet. All innførsel av alkohol ble underlagt Vinmonopolet. Vinmonopolet og samlagene var nå de eneste som hadde rett til å kjøpe vin og sprit fra produsenter og importører. Bevilling for salg av vin og brennevin til forbruker kunne bare gis til Vinmonopolet eller samlagene. Opprettelse eller nedleggelse av vinmonopolutsalg i en kommune kunne bare skje etter at det var avholdt folkeavstemning i kommunen. Heving av aldersgrense for salg og skjenking av brennevin ved at salg eller skjenking av brennevin ikke må skje til noen som «åpenbart er under 21 år».

1928 Edruelighetskomitéen av 1926 avga sin innstilling.

1932 Stortinget vedtok en endringslov til alkoholloven som tilsa at samlagenes virksomhet ikke skulle fortsette etter 30. juni 1938.

Innføring av aldersgrense på 18 år for salg og skjenking av vin, fruktvin og mjød. For salg og skjenking av øl ble det først satt aldersgrense i 1956 (18 år).

Edruskapsloven, som hadde sitt grunnlag i innstillingen fra det regjeringsoppnevnte utvalget fra 1926, ble vedtatt. Ga bl. a. hjemmel for opprettelse av kommunale edruskapsnemnder og anledning til å legge inn pasienter på kursted under tvang. En av edruskapsnemndenes oppgave var å ta seg av alkoholmisbrukere og treffe bestemmelse om anbringelse i sykehus eller kursted.

1936 Statens edruelighetsråd ble opprettet som forvaltningsorgan for edruskapsloven.

Innføring av promillegrense på 0,5 for kjøring av motorkjøretøy

1938 Samlagene opphører og Vinmonopolet fikk enerett på salg av vin og brennevin.

1939 Edruskapsloven, vedtatt i 1932, trådte i kraft. Loven innebar bestemmelser om oppnevning av kommunale edruskapsnemnder som bl.a. hadde til oppgave å drive forebyggende arbeid for å bedre edrueligheten. Loven hjemlet også muligheten til å foreta tvangsinnleggelse i kuranstalt i inntil to år.

1940 Vinmonopolutsalgene ble stengt da tyskerne i april invaderte Norge. Utsalgene ble åpnet igjen i juli samme år og det ble innført kvoteordninger som med visse innstramninger varte til krigens slutt.

Stans i brygging og salg av bakkøl på grunn av begrensninger i import av malt.

1941 Stans i produksjon og salg av bayerøl og pils. Det eneste ølet som var i handelen var såkalt lagerøl eller landsøl, som var datidens lettøl.

1942 NS-regimet innfører en krigstilleggsavgift på vin og brennevin. Avgiften utgjorde først 30 prosent av salgsprisen, men ble i 1943 hevet til 40 prosent og fra 1945 til 50 prosent.

1946 Pilsnerøl og bayerøl kom igjen i salg. Rasjoneringen av vin- og brennevin opphørte. Krigstilleggsavgiften ble beholdt, men nå under navnet krisetilleggsavgift. I tillegg ble det innført et sosialt regulerings tillegg for brennevin og vin på 50 prosent av salgsprisen før avgifter. For svakvin ble det sosiale regulerings tillegg opphevet i september. Sosialdepartementet fikk anledning til å utstede bevilling til skjenking av vin og brennevin fra turist- og høyfjellshoteller.

1947 Det sosiale regulerings tillegg blir en del av krisetilleggsavgiften på brennevin og sterkvin.

Stortinget oppnevner en Alkoholistforsorgskomiteé.

1948 AA åpnet sin første poliklinikk.

1949 Sterkt øl i form av eksportøl kom i handelen innenlands.

Stillingen som overlege for alkoholistforsorgen ble opprettet. Overlegen avgjorde søknader om innleggelse på statens kursteder og private kursteder når søknaden kom gjennom edruskapsnemndene, utskrivinger og viktige saker angående disiplinærforseelser. Dette var avgjørelser som tidligere ble foretatt av Sosialdepartementet. Overlegen var samtidig styrer på Bjørnebekk kursted.

1950 Krisetilleggsavgiften på brennevin og sterk vin økte med 50 prosent. Dermed var avgiften på brennevin og sterk vin tredoblet siden krigens slutt.

1951 Den første A-klinikk i regi av AA ble opprettet. Tok sikte på medisinsk korttidsbehandling. Det kom etter hvert flere slike A-klinikker som var mer orientert mot en medisinsk behandling av alkoholmisbruk enn de tradisjonelle kurstedene. A-klinikkene ble lagt under Helsedirektoratet og fikk en høyere status enn kurstedene og tilsynshjemmene som var underlagt Sosialdepartementet.

1953 Det første tilsynshjemmet ble opprettet (Kameratheimen Stavanger). Målet med tilsynshjem var å gi hjelp på et tidligere stadium enn hva gjaldt behandling i kursted. Klientene skulle helst være i arbeid. Ble etter hvert brukt mest i ettervern etter klinikk-/kuropphold.

1956 Det ble gitt adgang til å holde bindende folkeavstemning om salg og skjenking av øl og vin, men folkeavstemning var ikke et vilkår for kommunal bevilling. Innføring av 18 års grense for salg og skjenking av øl. Før denne tid var det ingen slik nedre

grense.

Statistisk Sentralbyrå og Norsk Gallupinstitutt gjennomførte den første norske intervjuundersøkelsen om bruk av alkohol og holdninger til alkoholpolitikken.

1959 En utvalgssinnstilling om den videre utbyggingen av alkoholistforsorgen understreket betydningen av virksomheten drevet av ideelle organisasjoner, men at dette ikke fritok staten for et overordnet ansvar (St. meld. 59 for 1959 Om den videre utbygging av alkoholistforsorgen)

1960 Statens institutt for alkoholforskning – SIFA – ble etablert.

1963 Arbeidslivets Komite mot Alkoholisme og Narkomani, AKAN, ble etablert. Det ble nedsatt en rusdrikklovkomité som skulle foreslå endringer i alkoholloven.

1967 Ot.prp. nr 38 (1966-67) Om lov om endringer i lov av 5. april 1927 om innførsel og omsetning av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød. Det ble gitt adgang til å åpne vinmonopolutsalg i alle landets kommuner, ikke bare i bykommuner med mer enn 4000 innbyggere slik det ble fastslått i 1918. Reglene for folkeavstemning for salg/skjenking av øl, vin og brennevin ble likestilt slik at det ikke lenger var en betingelse for å få kommunal bevilling at det på forhånd var avholdt bindende folkeavstemning for salg/skjenking av brennevin.

Statens bevillingsnemnd for brennevinsomsetning ble opprettet. Bevillingsnemndas oppgave var å avgjøre hvorvidt det i en kommune kunne opprettes brennevinsutsalg (Vinmonopol). Nemnda hadde ikke selv bevillingsmyndighet, men fungerte som siliingsinstans før kommunestyret behandlet bevillingssøknaden.

1969 Statens edruskapsdirektorat avløste Statens edruehetsråd. Direktoratet hadde til oppgave å skape enhet i offentlig edruskapsarbeid, fremme opplysning og undervisning om alkoholproblemer og være rådgiver for offentlige organer i alkoholspørsmål.

1970 Stortinget vedtok vesentlige endringer i løsgjengerloven ved at §§ 16 og 18 ble opphevet. Dermed opphørte muligheten for tvangsanbringelse i det som ble kalt arbeidshus og det var ikke lenger forbudt å være beruset på offentlig sted. Gjennom endringene i løsgjengerloven ble ansvaret for såkalte løsgjengere overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet. Det ble oppnevnt et «rådgivende aksjonsutvalg» (Birkelundutvalget - alkoholistsorgsutvalget) som skulle utrede tiltak som burde settes i verk etter endringene i løsgjengerloven. For å møte den aktuelle gruppens behov for ulike former for omsorgstiltak ble det etter hvert opprettet avrusningsstasjoner og vernehjem. Landets første avrusningsstasjon ble opprettet i Oslo i 1970. Vernehjemmene var et tilbud til eldre hjemløse alkoholmisbrukere.

1971 Ot. prp. nr. 60 (1971-72) Om lov om endringer i lov av 5. april 1927 om innførsel og omsetning av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød.

Ble vedtatt at det kunne skjenkes brennevin i kommuner uten vinmonopolutsalg.

Statens økende engasjement i alkoholistomsorgen fikk sin start.

Stillingen som overlege for alkoholistomsorgen ble overført fra Bjørnebekk kursted til Statens edruskapsdirektorat.

1972 Alkoholistomsorgsutvalgets hovedutredning ble lagt fram. Utvalget tok til ord for at det burde være en A-klinikk i de største byene og at en etablerte poliklinikker i de 20 største byene/tettstedene. I tillegg til etablering av vernehjem og avrusningsstasjoner, ble det foreslått en utbygging av hybelhus og vernede boliger.

1973 Stortingsmelding nr 88 (1972-73) Om alkoholproblemet og tiltak for å fremja edruskapen - slår fast at høye priser på alkohol er og skal være et av grunnprinsippene i norsk alkoholpolitikk.

Utvidelse av salgs- og skjenketider for brennevin utover kvelden, tillatt å skjenke brennevin på lørdager, 2. juledag, 2. påskedag og 2. pinsedag. Aldersgrensen for å kjøpe brennevin ble senket fra 21 til 20 år.

Kommunene ble gitt adgang til å holde folkeavstemning om skjenking av brennevin.

Stortinget vedtar at det skal settes i verk et reklameforbud.

1975 St. meld. nr. 17 (1975-76) Om alkoholistomsorgen la opp til en integrering og utbygging av tilbudet utenfor institusjon. Samtidig ble det lagt opp til en regionalisering av institusjonstilbudet slik at hvert fylke ble ansvarlig for å dekke sitt behov for institusjonsbehandling. Det ble også lagt opp til en satsing på poliklinikker, avrusningsstasjoner og andre former for korttidsbehandling som ikke fjerner pasientene for mye fra bo- og arbeidsmiljø.

Reklameforbudet mot alkoholholdig drikk trådte i kraft.

1977 I Stortingsmelding nr. 58 (1977-78) Om alkoholavgiftene - ble det foreslått en viss omlegging av avgiftene slik at man i større grad lar disse følge alkoholinnholdet i de respektive alkoholdrikker framfor å favorisere de alkoholsvake drikkene.

1979 St. meld. nr. 24 (1979-80) Om tiltak for å fremme alkoholfrie miljøer. Gikk blant annet inn for en ordning med driftstøtte i forbindelse med igangsetting av alkoholfrie etablissementer/arrangementer og innskjerping av serveringsstedenes plikt til å føre alkoholfrie drikker.

Et utvalg av statssekretærer (Nyhusutvalget) la fram en plan for økt innsats mot alkoholproblemet (Vedlegg til St.meld.nr 24 (1980-81)). Statssekretærutvalget foreslo blant annet å redusere alkoholinnholdet i øl i skattekasse 2 fra 4,75 til 3,5 volumprosent, forbud

mot øl i skatteklasser 3 og 4 og å innføre en heving av aldersgrensen ved omsetning av øl og vin fra 18 til 20 år.

1980 St. meld. nr. 24 (1980-81) Om alkoholpolitikken har sitt grunnlag dels i statssekretærutvalgets innstilling fra 1979, dels i en rapport fra WHO som henstilte medlemslandene å sette inn sterkere virkemidler for å bekjempe alkoholproblemene. Det trekkes fram i meldingen at alkoholforskning i den senere tid empirisk har kunnet påvise at det på en rekke områder er en sammenheng mellom det samlede alkoholforbruk i en befolkning og omfanget av alkoholskader (totalkonsummodellen). Det kanskje mest kontroversielle forslaget fra statssekretærutvalget om å redusere alkoholinholdet i øl i skatteklasser 2, ble ikke tatt til følge. Det samme gjaldt utvalgets forslag om hevet aldersgrense ved omsetning av øl og vin. Departementet sa seg imidlertid enig i utvalgets forslag om forbud av øl i klasse 3. Dette fikk ikke tilslutning i Stortinget.

1984 Prøveordning i ett år med lørdagslukning på Vinmonopolets utsalg.

1985 Prøveordningen med lørdagslukning på Vinmonopolet oppheves. Fylkeskommunene fikk et utvidet ansvar for alkoholistinstitusjonene (Ot. prp. nr 42 (1982-83)). Bakgrunnen var uoversiktlige og kompliserte ansvarsforhold og finansieringsordninger. Ut fra at synet på rusmiddelskader og rusmiddelavhengighet hadde endret seg fra en helsefaglig til en mer sosialfaglig forståelse, ble det vedtatt at spesialinstitusjonene for personer med alkoholproblemer skulle defineres som sosialinstitusjoner og at man i prinsippet bare sondret mellom behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner på den ene siden og omsorgsinstitusjoner på den andre siden.

Ble satt i gang et femårig prøvefylkeprosjekt i Nordland og Østfold med mål om å bygge ut funksjonelle hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukere i et samarbeid mellom fylkeskommune og kommune.

1987 St. meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse. Har som utgangspunkt at forskning har gitt nye erkjennelser og mer viten om alkoholens skadevirkninger. Det blir framhevet at det særlig er forskning om skader som resultat av mer tilfeldig alkoholbruk som gir bakgrunn for ny vurdering av alkoholpolitiske tiltak. Det understrekes at det har skjedd en forskyvning i vektleggingen av årsakene til alkoholens skadevirkninger. Det påpekes at mens en tidligere la en hovedvekt på kjennetegn ved brukeren, blir det nå lagt en hovedvekt på forholdet mellom totalforbruk, antall storforbrukere, drikkemønsteret og skaderisiko (totalkonsummodellen). En reduksjon av totalforbruket med 25 prosent innen år 2000 i overensstemmelse med WHOs anbefaling, settes opp som det viktigste mål.

Antall vinmonopolutsalg begrenses til 110 i kommende to-årsperiode, mens Vinmonopolet utarbeider en landsplan for den framtidige utvikling av salgsnettet med mål om sikre en større likhet i tilgjengelighet uten at det totale antall vinmonopolutsalg endres vesentlig.

Vektlegging av polikliniske behandlingstilbud framfor behandling i institusjon for personer med alkoholproblemer, blant annet for å nå en videre målgruppe enn de mest langtkomne og synlige problemdrikkere.

1988 Rusmiddeldirektoratet ble etablert og avløste det tidligere Statens Edruskapsdirektorat.

1989 Ot. prp. nr. 31 (1988-89) Om lov om omsetning av alkoholholdig drikk, medførte en rekke endringer i alkoholloven.

Aldersgrense for salg og skjenking av brennevin: 20 år

Aldersgrense for salg og skjenking av øl og vin: 18 år

Unntak aldersgrense for skjenking: servitør med fagbrev.

Adgangen til å holde bindende folkeavstemning for salg/skjenking av alkoholholdige drikkevarer ble avskaffet.

Åpningstiden for Vinmonopolets butikker ble utvidet til 08.30 -18.00 på hverdager, 08.30 - 13.00 dag før helligdag. Ordningen med landsplan for A/S Vinmonopolet gjorde ordningen med statlig bevillingsnemnd for brennevinsomsetning overflødig. Ordningen ble derfor avviklet. Sosial- og helsedepartementet ble gitt anledning til å fastsette et tak på antall vinmonopolutsalg og fordelingen av disse.

Bevillingsordningen ved skjenking av brennevin ble endret slik at bevilling til skjenking av brennevin heretter skulle kunne gis til person over 20 år i likhet med det som gjaldt øl og vin. Tidligere var bevilling gitt til Vinmonopolet, som utøvte bevillingen ved en ansatt skjenkebestyrer.

Kommunene ble gitt adgang til å opprette egne ølutsalg.

Avgiftene på salgs- og skjenkebevillinger skal tilfalle kommunene i stedet for Edruskapsfondet som avvikles.

Ved kommunale skjenkebevillinger kunne skjenking av brennevin skje fra kl 13.00 – 24.00, mens skjenking av øl og vin fulgte skjenkestedets åpningstid. Kommunen ble imidlertid gitt anledning til å vedta innskrenkninger innenfor de gitte rammer.

1990 Ikke lenger tillatt med selvbetjeningssalg av sterkt øl (01.07).

1992 St. meld. nr. 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmisbrukere. Viser til den vedtatte sosialtjenesteloven og fastslår at særomsorgen for rusmiddelmisbrukere dermed er avviklet og grunnlaget lagt for å utvikle et differensiert og helhetlig tiltaksapparat på fylkeskommunalt, kommunalt og lokalsamfunnsnivå. Det framheves at behandlingen av alle typer rusmidler bør ses i sammenheng. Hjelpe- og behandlingstiltakene bør differensieres etter oppgaver og behov som i hovedsak knytter seg til alder, forholdet til arbeidsliv, familie og sosialt nettverk.

1993 Sterkt øl ble bare tillatt solgt gjennom Vinmonopolet (01.03).

Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) trer i kraft og erstatter lov om sosial omsorg, lov om edruskapsvern og lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner (Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.). Fylkeskommunen får dermed et samlet generelt ansvar for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere. Behandling i døgninstitusjon finansieres gjennom en delt betaling mellom kommune og fylkeskommune. Kommunen får ansvar for sosiale tjenester, herunder omsorgsbaserte boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kapittel 6 omhandler særlige tiltak for rusmiddelmisbrukere. § 6-2 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder. Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke skal fremmes av sosialtjenesten i kommunen og fremmes for Fylkesnemnda for sosiale saker. Grunnlag for å fremme sak om tilbakeholdelse: «dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i opptil tre måneder». § 6-3 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke i inntil tre uker.

De første (av til sammen syv) regionale kompetansesentrene på rusmiddelfeltet blir etablert.

1994 EØS-avtalen trer i kraft.

Etter vedtak i Stortinget ble det utarbeidet en landsplan for utvikling av Vinmonopolets salgsnett. Målet var «å sikre en større likhet i tilgjengelighet uten at det totale antallet på salgssteder ble vesentlig endret». Landsplanen ble utarbeidet av ansvarlig departement og ga ramme for antall utsalg Vinmonopolet kunne etablere. Den første landsplanen gjaldt perioden 1994-97 der Sosial- og helsedepartementet satte et tak på 114 utsalg.

Regjeringen oppnevnte et alkoholpolitisk utvalg som skulle vurdere innholdet i norsk alkoholpolitikk.

1995 Ot. prp nr 51 (1994-95) Om lov om endringer i alkoholloven (ny bevillingsordning for engrossalg av alkoholholdig drikk m.m. lov 23. juni 1995 nr 42).

St prp nr 49 (1995-95) Om deling av A/S Vinmonopolet.

Bakgrunnen for at de to proposisjonene ble fremmet før det alkoholpolitiske utvalget hadde avgitt sin innstilling, var at EFTAs overvåkingsorgan ESA hadde uttalt seg negativt om mulighetene for at det norske alkoholmonopolet kunne bestå innenfor EØS-samarbeidet, og fordi Sverige, Finland og Island hadde vedtatt å oppgi sine import- og engrosmonopol for alkoholdrikker. Privatiseringen av importen og engrosomsetningen av vin og brennevin og delingen av A/S Vinmonopolet ble så vedtatt ved Stortingets behandling av de to proposisjonene i juni 1995.

1995 NOU: 1995 Alkoholpolitikken i endring? Innstilling fra det alkoholpolitiske utvalget oppnevnt i 1994. I innstillingen peker utvalget på konsekvensene den internasjonale utviklingen har for norsk alkoholpolitikk og understreker nødvendigheten av innsats på særlig tre felt: 1. internasjonalt samarbeid, 2. opplysning, informasjon og forskning, 3. punktavholdstrategien. Utvalget foreslo at Vinmonopolet skulle gis adgang til å opprette såkalte utleveringssteder for kommuner som ønsker det, og at det ikke lenger skal være noen grense for antall vinmonopolbutikker. Det ble videre sagt at den igangsatte moderniseringen i detaljmonopolets virksomhet burde fortsette, at kommunene burde utarbeide kommunale planer for alkoholpolitikken. Det framkommer ellers at det var uenighet i utvalget om virkemidler som f. eks. åpning- og skjenketider, promillegrenser ved bilkjøring og hvorvidt Vinmonopolets eneretter til detaljsalg av brennevin, vin og sterkøl skulle opprettholdes.

1996 Som resultat av at import- og engrosmonopolet til A/S Vinmonopolet var i strid med EFTA- reglene, ble det etablert et eget statlig selskap, Arcus AS, som overtok import- og engrosmonopolet, mens Vinmonopolet fortsatte som detaljmonopol.

1996 Sosialtjenesteloven § 6-2a, om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide inntil barnet er født, trer i kraft.

1997 Det blir fastslått at ordningen med A/S Vinmonopolet som detaljmonopol ikke strir mot EØS-avtalen.

Stortinget vedtar endringer i alkoholloven (Ot prp nr 7 (1996-97) Om lov om endringer i alkoholloven.

Landsplanen for A/S vinmonopolet for 1994-97 utvidet til to nye utsalg i 1997 og til også å omfatte 1998 med åtte nye utsalg.

Innføring av normal- og maksimaltider for salg og skjenking av alkohol:

Normalsalgstid for salg av øl: til kl 18.00 på hverdager og kl 15.00 på lørdager.

Maksimaltid for salg av øl: til kl 20.00 på hverdager og kl 18.00 på lørdager.

Normal skjenketid for øl og vin: fra kl 08.00 til kl 01.00

Maksimal skjenketid for øl og vin: fra kl 06.00 til kl 03.00

Normal skjenketid for brennevin: fra kl 13.00 til kl 24.00

Maksimal skjenketid for brennevin: fra kl 13.00 til kl 03.00

Oppheving av forbudet mot skjenking av brennevin på søn- og helligdager.

Den øvre ramme for salgstid for Vinmonopolet utvidet til kl 18.00 på hverdager og kl 15.00 på lørdager.

Kommunene pålegges å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan.

1998 Regjeringen legger fram handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (St prp nr 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000)). Det sies at selv om narkotika- og alkoholpolitikken har noe ulike mål ettersom alkohol er en lovlig vare, mens bruk av narkotika er illegalt, er det likevel behov for å se rusmiddelpolitiske tiltak i

sammenheng. Brorparten av de 20 tiltakene i planen omfatter ut fra dette begge rusmidler, eksempelvis oppnevning av et rusmiddelpolitisk råd, økt samarbeid med foreldre, økt innsats i skolen, støtte til frivillige organisasjoner osv.

For alkoholpolitikken blir målet om å avgrense de samfunnsmessige og individuelle skadene som kan følge bruk og misbruk, understreket. Av tiltak som spesifikt gjelder alkohol, er innsats mot smugling og hjemmebrenning, evaluering av kommunenes forvaltning av alkoholloven og utvidet informasjonsinnsats fra A/S Vinmonopolet.

Sosial- og helsedepartementet vedtar at det som del av landsplan for A/S Vinmonopolet kan opprettes 40 nye vinmonopolutsalg i perioden 1999-2002.

1999 Forsøksordning med selvbetjente vinmonopolutsalg i seks kommuner.

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet la fram tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere (de såkalt Nesvåg-rapportene).

2000 Promillegrensen for førere av motorkjøretøy ble satt ned fra 0,5 til 0,2.

2001 Sosial- og helsedepartementet vedtar at det som tillegg til landsplan for A/S Vinmonopolet for 1999-2002, kan etableres 20 nye vinmonopolutsalg i distriktene. Påbudet om disksalg i A/S Vinmonopolets utsalg oppheves. Det vil si at Vinmonopolet ble stilt fritt til å etablere selvbetjente utsalg. Hensynet monopolordningens legitimitet i befolkningen ble tillagt avgjørende vekt.

Forbudet mot alkoholholdig drikk som gevinst eller premie i privat sammenheng ble opphevet.

SIRUS etableres ved en sammenslåing av SIFA og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. Rusmiddeldirektoratet beholder forvaltningsoppgaver under alkoholloven, ansvar for oppfølging av frivillige organisasjoner på rusmiddelfeltet og ansvar for informasjon om rusmiddelspørsmål.

2002 Omsetning av «rusbrus» (opp til 4,75 volumprosent alkohol) ble etter avgjørelse i EFTA-domstolen, gitt samme vilkår som øl med tilsvarende alkoholinnhold. Det vil si at det ble tillatt å selge «rusbrus» i dagligvarebutikker.

RUSTelefonen, en bekymringstelefon der ungdom, pårørende og andre kan få råd og hjelp i risikosituasjoner, blir opprettet.

Sosial- og helsedirektoratet opprettes. Rusmiddeldirektoratets gjenværende oppgaver (forvaltning av og tilsyn med alkoholloven, informasjon om rusmiddelspørsmål, holdningsdannende tiltak, oppfølging av rusmiddelpolitiske organisasjoner, etc.) overtas av det nyopprettede direktoratet.

Omkring 20 personer døde som følge av at et parti smuglersprit inneholdt metanol.

2003 Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Det sies innledningsvis at Regjeringens visjon for rusmiddelpolitikken er frihet fra

rusmiddelproblemer og at hovedmålet er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk. De strategiske mål for alkoholpolitikken som nevnes er: redusere totalforbruket av alkohol, endre skadelige drikkemønstre, redusere ulovlig omsetning av alkohol, heve debutalder, øke oppslutning om alkoholfrie soner. I tråd med at handlingsplanen omfatter rusmiddelproblemer generelt, er innsatsområdene rettet mot så vel alkohol som narkotika; økt kontroll og beskyttelse, utvikle målrettede og samordnende forebyggende tiltak på kommunalt nivå, utvikle det forebyggende samarbeidet på nordisk, europeisk og globalt nivå, tidlig intervensjon for rusmiddelproblemer, og bedre behandlings-, omsorgs- og skadereduserende tilbud.

A/S Vinmonopolet gis adgang til å etablere 10 nye utsalg (6 ordinære utsalg og 4 testutsalg med begrenset utvalg for å bedre tilgjengeligheten i utkantstrøk).

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. Utredning fra en kommisjon nedsatt av Sosial- og helsedepartementet for å oppsummere kunnskapen på rusmiddelfeltet. Utredningen gir en oversikt over internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet.

2004 Rusreformen trår i kraft. Reformen innebar at behandling for rusmiddelmisbruk blir en del av den statlige spesialisthelsetjenesten. Stortingets behandling av reformen hadde sitt utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner (Ot. prp. nr 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere og Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)). I den første proposisjonen foreslo Regjeringen overføring av sektoransvar fra fylkeskommune til stat for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere som ble vurdert til å yte spesialiserte helsetjenester (Rusreform I). I den andre proposisjonen foreslo Regjeringen at fylkeskommunens ansvar for behandlingssenheter som ble vurdert til å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, skulle overføres til kommunene (Rusreform II). Stortinget ga sin tilslutning til Rusreform I (jf. Innst. O. nr 51 (2002-2003)), men gikk imot Regjeringens forslag til Rusreform II (jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004)), og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene. Ved at behandlingsinstitusjoner ble hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, fikk pasienter rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste ved opphold på minst 3 måneder.

2005 Flere 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 m.v. og enkelte andre lover). Kommunene gis større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid. Fruktdrikk som er tilsatt brennevin blir definert som brennevin og ilegges brennevinsavgift. Det fører til en betydelig prisøkning på «rusbrus». Som følge av domsavsigelse i ESA/EØS-domstolen ble regelverket for salg av og skjenking av alkohol endret til å gjelde alkoholstyrke og ikke

alkoholtype.

Bevillingssystemet for import og engrossalg avvikles og erstattes av en registreringsplikt i regi av toll- og avgiftsetaten.

Ordningen med landsplan for Vinmonopolet avvikles. Bestemmelsen om at ansvarlig departement kan fastsette høyeste antall vinmonopolutsalg ble imidlertid opprettholdt.

Det åpnes for avgiftsfritt salg av alkoholholdig drikk ved ankomst fra utlandet til norske flyplasser.

Innføring av promillegrense på 0,8 for førere av fritidsbåter.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Visjon og hovedmål er de samme som for handlingsplanen 2003-2005. Som nye strategiske mål for alkoholpolitikken kommer: redusere ulovlig omsetning av alkohol og redusere skadene for tredjepart, særlig barn av rusmiddelmisbrukere. De prioriterte områdene som nevnes er: forebygging og tidlig intervensjon, helhetlig rehabilitering og behandling, forskning samt nordisk og internasjonalt samarbeid.

2006 Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde de som er i kommunal rusomsorg.

Taxfree-kvoten økes til 1 liter brennevin og 1,5 liter vin, alternativt 3 liter vin.

2007 A/S Vinmonopolet vedtar å prøve ut en ordning med filialutsalg med begrenset vareutvalg.

2008 Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010. Planen ble senere utvidet til å gjelde ut 2012. Heter her at: Regjeringens politikk på rusmiddelfeltet har som overordnede mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål: Tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling, økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Under disse målene er det til sammen satt opp 147 konkrete og til dels omfattende tiltak. Reduksjon av totalforbruket av alkohol inngår som del av planens folkehelseperspektiv og virkemidlene som nevnes i den forbindelse er: styrke oppslutningen om alkoholpolitikken, føre en restriktiv alkoholpolitikk, videreutvikle A/S Vinmonopolet, effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger, styrke kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger, styrke oppslutningen om alkoholfrie soner og målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol.

Sosial- og helsedirektoratet skifter navn til Helsedirektoratet.

2009 Alkoholloven gir adgang til at privatpersoner kan importere alkoholholdig drikk til personlig bruk.

Det siste kommunale ølmonopolet ble avviklet (fremdeles syv ølmonopol i privat regi).

2011 De siste vinmonopolutsalgene med disksalg blir ombygget til selvbetjente butikker.

2012 Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid) og ny helse- og omsorgstjenestelov (helse- og omsorgstjenesteloven) trer i kraft (Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m). Den nye helse- og omsorgsloven erstatter den tidligere sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Tiltak for rusmiddelmisbrukere omhandles i ulike kapitler. Et eget kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige (kap 6 i den tidligere sosialtjenesteloven).

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping. Fem områder som særlig vektlegges: 1) forebygging og tidlig innsats, 2) samhandling – tjenester som jobber sammen, 3) økt kompetanse og bedre kvalitet, 4) hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall, 5) innsats for pårørende og mot passiv drikking.

2.13 Kilder og referanser

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

Buvik, . & Baklien, B. (2012). Fri flyt. Bartenderes møte med berusede gjester. SIRUS rapport 1/2012.

Bønes, Bergsvein (1978). Alkoholistsorg i Norge. En historisk oversikt. Statens institutt for alkoholforskning.

Bye, E.K. (2012). Bruk av alkohol og cannabis blant ungdom - Utvikling i perioden 1995-2011. Tidsskrift for Ungdomsforskning,12(2):89–101.

Bye, Elin K.; Amundsen, Ellen J. & Lund, Marianne (2013). [Bruk av tobakk, rusmidler og vanedannende legemidler i Norge - hovedfunn fra SIRUS' befolkningsundersøkelse i 2012, SIRUS rapport SIRUS-rapport 6/2013](#)

Folkehelseinstituttet (2013). Rusmiddelstatistikk. Funns i blodprøver mistenkt for påvirket kjøring. 2012.

FOR 2005-06-08 nr 538: Forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv.

Hauge, Ragnar (1986). Alkoholpolitikken i Norge. Edruskapsdirektoratet.

Helsedepartementet (2004). Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier.

Hibell, B. et al. (2012). The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN. Stockholm.

Innst. O.nr 51 (2002-2003). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere).

Inns. O. nr.4 (2003-2004). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1991 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Institutet för hälsa och välfärd (2012). Statistisk årsbok om alkohol och narkotika. Helsingfors, 2013

Lov 1965-06-18-4; Lov om vegtrafikk.

Lov 1989-06-02 nr 27: Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v.

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping

NOU 1995:24. Alkoholpolitikken i endring?

NOU 2003:4. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.

Nygren, J. (2013). Nordic alcohol statistics 2007-2012. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 6:2013

Ot.prp. nr 38 (1966-67) Om lov om endringer i lov av 5. april 1927 om innførsel og omsetning av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød.

Ot. prp. nr. 60 (1971-72) Om lov om endringer i lov av 5. april 1927 om innførsel og omsetning av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød. Ot. prp. nr 42 (1982-83) (om organisering av alkoholistsorgen).

Ot. prp. nr. 31 (1988-89) Om lov om omsetning av alkoholholdig drikk.

Ot.prp. nr 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven).

Ot. prp nr 51 (1994-95) Om lov om endringer i alkoholloven (ny bevillingsordning for engrossalg av alkoholholdig drikk m.m. lov 23. juni 1995 nr 42).

Ot prp nr 7 (1996-97) Om lov om endringer i alkoholloven.

Ot. prp. nr 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991. m.v. 81 om sosiale tjenester m.v. r og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere, Rusreform I).

Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester

m. v. (Rusreform II og rett til individuell plan).

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

Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008.

Sosial- og helsedepartementet (1999). Hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere

—

delrapport 1-3.

Sosial- og helsedepartementet (1999). Veiledende mal for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Sosial- og helsedepartementet (2008). Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010.

Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/statsikkbanken

St. meld. 59 for 1959 Om den videre utbygging av alkoholistsorgen.

Stortingsmelding nr 88 (1972-73) Om alkoholproblemet og tiltak for å fremme edruskapen.

St. meld. nr. 17 (1975-76) Om alkoholistsorgen.

Stortingsmelding nr. 58 (1977-78) Om alkoholavgiftene.

St. meld. nr. 24 (1979-80) Om tiltak for å fremme alkoholfrie miljøer.

St. meld. nr. 24 (1980-81) Om alkoholpolitikken.

St. meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse.

St. meld. nr. 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmissbrukere.

St prp nr 49 (1995-95) Om deling av A/S Vinmonopolet.

St prp nr 58 (1997-98). Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid.

Storvoll, E. E.& Halkjelsvik, T. (2013). Changes in Norwegian opinion on alcohol policy. 2005-2012. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 6:2013.

Toll- og avgiftsdirektoratet.

Vinmonopolet AS.

WHO (2013). Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013.

www.fhi.no/rusmidler

www.lovdata.no

www.nordicwelfare.org

www.vinmonopolet.no

2.14 Vedleggstabeller

Vedleggstabell 2.1: (figur 2.1): Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre i vareliter og i liter ren alkohol 1980-2012***

År	Vareliter				Liter ren alkohol				
	Brennevin	Vin	Øl	Frukt-drikk**	Totalt	Brennevin	Vin	Øl	Frukt-drikk**
1980	5.8	5.7	61.9	-	6.0	2.5	0.8	2.8	-
1981	4.9	5.4	57.4	-	5.3	2.1	0.7	2.6	-
1982	3.7	4.4	60.0	-	4.8	1.6	0.6	2.7	-
1983	3.9	5.1	57.5	-	4.9	1.6	0.7	2.6	-
1984	3.9	5.5	59.0	-	5.0	1.6	0.7	2.7	-
1985	4.3	6.4	59.5	-	5.2	1.8	0.8	2.6	-
1986	3.9	6.5	63.5	-	5.3	1.6	0.8	2.8	-
1987	4.0	7.4	63.9	-	5.4	1.6	0.9	2.8	-
1988	3.6	8.0	64.9	-	5.3	1.5	1.0	2.8	-
1989	3.3	8.1	63.9	-	5.1	1.3	1.0	2.8	-
1990	3.0	7.9	64.6	-	5.0	1.2	1.0	2.8	-
1991	2.7	8.0	65.4	-	4.9	1.1	0.9	2.9	-
1992	2.5	7.8	62.8	-	4.7	1.0	0.9	2.8	-
1993	2.4	7.8	61.5	-	4.6	1.0	0.9	2.7	-
1994	2.5	8.4	63.7	-	4.7	1.0	1.0	2.8	-
1995	2.5	8.8	63.5	-	4.8	1.0	1.0	2.8	-
1996	2.6	9.4	64.3	0.4	5.0	1.0	1.1	2.9	0.0
1997	2.7	10.8	67.2	0.8	5.3	1.0	1.3	3.0	0.0
1998*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	2.7	12.6	64.7	1.2	5.5	1.1	1.5	2.8	0.1
2000	2.7	13.6	64.9	1.5	5.7	1.1	1.6	2.9	0.1
2001	2.5	13.5	63.8	1.5	5.5	1.0	1.6	2.8	0.1
2002	2.8	15.2	65.3	1.6	5.9	1.1	1.8	2.9	0.1
2003	3.1	15.4	62.4	4.9	6.0	1.2	1.8	2.8	0.2
2004	3.2	15.8	67.9	2.4	6.2	1.3	1.9	3.0	0.1
2005	3.3	16.6	67.2	2.4	6.4	1.3	2.0	3.0	0.1
2006	3.3	17.0	67.9	2.4	6.5	1.3	2.1	3.0	0.1
2007	3.4	17.5	67.8	2.6	6.6	1.4	2.1	3.0	0.1
2008	3.4	17.9	68.7	2.9	6.8	1.3	2.2	3.1	0.1
2009	3.4	18.4	66.3	3.0	6.7	1.3	2.3	3.0	0.1
2010	3.2	18.5	64.9	2.9	6.6	1.3	2.3	2.9	0.1
2011	3.0	18.5	63.4	3.0	6.4	1.2	2.3	2.8	0.1
2012	2.9	18.4	59.6	3.1	6.2	1.1	2.3	2.7	0.1

* Statistisk sentralbyrå publiserte ikke omsetningstall i 1998.

** Inkluderer "rusbrus"

*** Tallene omfatter registrert omsetning av alkohol. Det uregistrerte forbruket i form av hjemmeproduisert alkohol, turistimport og smuglervarer inngår ikke. Omsetningstallene inkluderer lettøl, slik at tallene avviker fra tall i tabell 1.5.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (ssb.no)

Vedleggstabell 2.2: Årlig omsetning av alkohol i Norge totalt i 1 000 vareliter og i 1 000 liter ren alkohol 1980-2012***

År	1 000 vareliter				1 000 liter ren alkohol				
	Brennevin	Vin	Øl	Frukt-drikk**	I alt	Brennevin	Vin	Øl	Frukt-drikk**
1980	18 376	17 979	196 097	-	18 944	7 791	2 373	8 780	-
1981	15 494	17 107	183 389	-	16 994	6 570	2 221	8 203	-
1982	11 926	14 174	193 328	-	15 556	5 045	1 832	8 679	-
1983	12 574	16 529	185 819	-	15 793	5 306	2 123	8 364	-
1984	12 710	18 132	193 591	-	16 332	5 325	2 321	8 686	-
1985	14 229	21 212	197 001	-	17 278	5 848	2 714	8 716	-
1986	13 021	21 541	211 593	-	17 541	5 351	2 750	9 440	-
1987	13 462	24 739	214 718	-	18 154	5 506	3 151	9 497	-
1988	12 041	26 973	220 369	-	17 839	4 925	3 284	9 630	-
1989	11 097	27 815	218 583	-	17 353	4 539	3 310	9 504	-
1990	10 384	27 231	221 753	-	17 139	4 248	3 257	9 634	-
1991	9 450	27 484	225 307	-	16 882	3 857	3 214	9 811	-
1992	8 477	27 131	217 202	-	16 163	3 465	3 162	9 536	-
1993	8 268	27 256	213 673	-	15 813	3 330	3 200	9 283	-
1994	8 678	29 315	222 083	-	16 507	3 476	3 443	9 588	-
1995	8 761	30 759	222 463	-	16 776	3 504	3 648	9 624	-
1996	8 986	33 124	229 868	1 522	17 733	3 579	3 952	10 122	80
1997	9 578	37 927	237 125	2 851	18 885	3 803	4 515	10 416	151
1998*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	9 491	44 855	230 456	4 252	19 403	3 730	5 313	10 135	225
2000	9 578	48 762	232 676	5 295	20 292	3 764	5 794	10 496	238
2001	9 132	48 579	229 730	5 556	19 762	3 589	5 778	10 146	250
2002	10 234	54 953	236 391	5 884	21 298	4 034	6 547	10 452	265
2003	11 243	56 160	227 088	17 732	21 963	4 432	6 691	10 042	798
2004	11 631	57 842	249 099	8 725	22 816	4 587	6 976	10 860	393
2005	11 945	61 022	246 841	8 791	23 410	4 711	7 358	10 944	396
2006	12 291	63 286	253 426	9 063	24 151	4 848	7 638	11 257	409
2007	12 934	65 874	256 072	9 839	24 917	5 101	7 955	11 417	444
2008	13 024	68 721	263 048	11 077	25 836	5 079	8 533	11 724	500
2009	13 077	71 309	257 700	11 462	25 963	5 100	8 855	11 491	517
2010	12 587	72 900	255 877	11 618	25 913	4 909	9 049	11 431	524
2011	12 072	74 108	253 369	11 824	25 735	4 708	9 194	11 300	533
2012	11 573	74 897	242 076	12 416	25 225	4 514	9 289	10 862	560

* Statistisk sentralbyrå publiserte ikke omsetningstall i 1998.

** Inkluderer "rusbrus"

*** Tallene omfatter registrert omsetning av alkohol. Omsetningstallene inkluderer lettøl.

Det uregistrerte forbruk i form av hjemmeproduisert alkohol, turistimport og smuglervarer inngår ikke.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (ssb.no)

Vedleggstabell 2.3: Årlig omsetning av forskjellige typer øl i Norge i 1 000 vareliter og i 1 000 liter ren alkohol 1975-2012**

År	1 000 vareliter				1 000 liter ren alkohol			
	I alt	Sterkøl	Middels sterkt øl	Lettøl	I alt	Sterkøl	Middels sterkt øl	Lettøl
1975	181 670	26 837	142 064	12 769	7 977	1 514	6 194	269
1976	179 657	25 105	143 816	10 736	8 121	1 411	6 472	238
1977	183 484	25 837	147 185	10 462	8 247	1 475	6 535	237
1978	186 529	28 304	148 573	9 652	8 189	1 678	6 300	211
1979	186 548	28 037	149 005	9 506	8 359	1 579	6 556	224
1980	196 097	27 425	158 629	10 043	8 780	1 544	6 996	240
1981	183 389	25 391	148 573	9 425	8 203	1 425	6 552	226
1982	193 328	27 793	156 042	9 493	8 679	1 556	6 897	226
1983	186 819	25 139	153 043	8 637	8 364	1 410	6 749	205
1984	193 591	22 967	162 402	8 222	8 686	1 298	7 194	194
1985	197 001	21 347	163 468	12 186	8 716	1 219	7 209	288
1986	211 593	26 064	173 513	12 016	9 440	1 486	7 669	285
1987	214 718	23 876	178 732	12 110	9 497	1 363	7 846	288
1988	220 369	21 527	185 391	13 451	9 630	1 227	8 083	320
1989	218 583	20 311	184 232	14 040	9 503	1 176	7 994	333
1990	221 753	13 988	192 237	15 528	9 634	825	8 439	370
1991	225 307	12 482	198 731	14 094	9 811	749	8 724	338
1992	217 202	9 935	194 810	12 457	9 536	604	8 630	302
1993	213 673	2 499	200 038	11 136	9 283	152	8 862	269
1994	222 083	2 211	209 306	10 566	9 588	123	9 209	256
1995	222 463	1 599	211 199	9 665	9 624	97	9 293	234
1996	229 868	1 674	218 802	9 391	10 122	99	9 802	222
1997	237 125	1 527	225 683	9 915	10 416	90	10 087	239
1998*	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	230 456	1 146	220 370	8 940	10 135	69	9 850	215
2000	232 676	1 302	223 267	8 107	10 496	82	10 218	195
2001	229 730	1 166	221 456	7 108	10 146	76	9 899	171
2002	236 391	1 373	228 305	6 713	10 452	85	10 205	162
2003	227 088	1 223	219 330	6 535	10 042	81	9 804	157
2004	249 099	1 245	241 786	6 068	10 860	80	10 634	146
2005	246 841	1 404	240 383	5 054	10 944	84	10 738	122
2006	253 426	2 128	246 727	4 571	11 255	122	11 023	110
2007	256 072	1 760	250 314	3 998	11 417	85	11 236	96
2008	263 047	1 998	257 985	3 064	11 724	118	11 532	74
2009	257 548	1 967	253 122	2 458	11 491	118	11 314	59
2010	255 877	2 452	251 036	2 389	11 431	152	11 221	58
2011	253 370	3 149	247 948	2 273	11 300	171	11 074	55
2012	242 076	3 794	235 990	2 292	10 862	265	10 542	55

* Statistisk sentralbyrå publiserte ikke omsetningstall i 1998.

** Fra 1. juli 1990 ble sterkøl bare tillatt solgt over betjent disk og fra 1. mars 1993 bare fra AS Vinmonopolet.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (ssb.no)

Vedleggstabell 2.4 (figur 2.3): Tollbeslag av alkoholholdige drikkevarer i liter 1999-2012

År	Brennevin/sprit	Vin	Øl
1999	147 853	11 876	48 028
2000	135 691	15 817	54 417
2001	265 671	13 926	54 652
2002	97 215	15 092	79 223
2003	31 531	28 855	166 394
2004	21 742	50 275	165 924
2005	19 869	69 396	235 585
2006	25 939	47 138	255 252
2007	25 360	44 629	224 203
2008	31 856	52 568	248 059
2009	48 244	44 792	250 268
2010	66 480	54 863	388 938
2011	42 410	71 729	41 844
2012	55 896	49 435	401 288

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet (toll.no)

Vedleggstabell 2.5 (figur 2.4): Antall beslag av alkoholholdige drikkevarer 2001-2012

År	Brennevin/sprit	Vin	Øl
2001	4 399	2 900	2 043
2002	3 698	2 936	2 295
2003	4 053	3 566	2 366
2004	5 381	4 615	3 040
2005	5 406	4 911	3 636
2006	5 903	4 532	3 585
2007	5 618	3 427	3 444
2008	6 739	4 129	4 367
2009	6 280	4 641	4 240
2010	7 048	5 521	4 930
2011	7 371	5 588	5 245
2012	7 491	5 246	5 258

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet (toll.no)

Vedleggstabell 2.6 (figur 2.5): Årlig omsetning av alkohol i de nordiske land målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre 1967-2010*

År	Danmark	Finland	Færøyene	Grønland	Island	Norge	Sverige
1970	8.7	5.8	-	13.9	3.8	4.7	7.2
1980	11.7	7.9	5.6	12.0	4.3	6.7	6.7
1981	12.0	8.0	5.5	14.0	4.4	6.3	6.3
1982	12.3	7.9	5.5	21.8	4.3	6.4	6.4
1983	12.8	7.9	5.9	21.3	4.4	6.1	6.1
1984	12.6	8.1	5.5	20.1	4.5	6.0	6.0
1985	12.1	8.0	7.1	18.5	4.4	6.1	6.1
1986	12.1	8.5	6.7	20.4	4.6	6.3	6.3
1987	11.7	8.8	8.1	22.0	4.7	6.2	6.2
1988	11.8	9.0	7.5	16.7	4.6	6.4	6.4
1989	11.5	9.4	6.9	17.5	5.5	6.5	6.5
1990	11.6	9.5	6.7	15.5	5.2	5.0	6.4
1991	11.5	9.2	6.7	15.0	5.1	6.3	6.3
1992	11.9	8.9	8.8	14.1	4.7	6.3	6.3
1993	11.7	8.4	6.3	12.8	4.5	6.2	6.2
1994	12.0	8.2	6.3	13.2	4.6	6.3	6.3
1995	12.1	8.3	6.3	12.6	4.8	6.2	6.2
1996	12.2	8.2	6.7	12.6	4.9	5.0	6.0
1997	12.1	8.6	6.6	12.8	5.1	5.3	5.9
1998**	11.6	8.7	6.6	13.3	5.6	-	5.8
1999	11.6	8.6	6.6	13.2	5.9	5.5	6.1
2000	11.5	8.6	6.8	13.4	6.1	5.7	6.2
2001	11.6	9.0	6.9	12.5	6.3	5.5	6.5
2002	11.3	9.2	7.0	12.3	6.5	5.9	6.9
2003	11.5	9.3	6.9	12.7	6.5	6.0	7.0
2004	11.0	9.9	6.7	11.7	6.7	6.2	6.5
2005	11.3	10.0	6.6	12.1	7.1	6.4	6.6
2006	11.1	10.6	6.8	11.7	7.2	6.5	6.8
2007	10.9	10.5	7.2	12.0	7.5	6.6	6.9
2008	10.5	10.3	7.0	10.6	7.3	6.8	6.9
2009	9.9	10.0	-	10.7	-	6.7	7.4
2010	11.3	9.7	-	10.4	-	6.6	7.3

* Per oktober 2013 foreligger ikke tall etter 2010. Tallene omfatter registrert omsetning av alkohol i de respektive land. Tallene inkluderer ikke lettøl, bortsett fra i Sverige. Det uregistrerte forbruk i form av hjemmeproduisert alkohol, turistimport og smuglervarer inngår ikke. Inntil 1980 var det ingen alkoholomsetning på Færøyene. Øl var forbudt på Island fram til 1989. Dersom man ønsket å kjøpe alkohol måtte varene bestilles og bli tilsendt fra Danmark, og det var satt kvoter for hvor mye man kunne kjøpe.

** Statistisk Sentralbyrå publiserte ikke omsetningstall i 1998.

Kilde: Nomesco- Yearbook of Nordic Statistics

Vedleggstabell 2.7 (figur 2.6): Årlig omsetning av alkohol i utvalgte europeiske land målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år og over 1970-2010

Land	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Danmark	9.6	11.5	11.9	11.7	11.6	11.3	11.5	11.3	11.3	11.0	11.0	10.7	10.1	10.4
Finland	5.8	7.9	9.5	8.6	8.9	9.3	9.3	9.9	10.0	10.2	10.5	10.3	10.0	9.7
Frankrike	21.8	19.0	15.7	13.6	13.9	13.8	13.5	13.2	12.2	12.4	12.2	11.9	11.8	11.7
Irland	10.6	13.2	12.1	13.3	13.3	13.5	12.7	14.3	13.4	13.4	13.4	12.4	11.3	11.9
Island	4.6	5.0	5.1	6.2	6.4	6.6	6.6	6.8	7.1	7.2	7.5	7.7	7.0	6.3
Italia	19.7	16.7	11.0	9.3	9.1	8.6	8.6	8.3	7.4	7.3	7.2	6.8	6.4	6.1
Nederland	7.5	11.3	9.9	10.1	10.0	9.7	9.6	9.6	9.7	9.8	9.5	9.6	9.2	9.3
Norge	4.8	6.0	5.0	5.7	5.5	5.9	6.0	6.2	6.4	6.5	6.6	6.8	6.7	6.6
Polen	7.5	11.4	8.2	8.4	7.7	8.0	9.1	9.2	9.5	10.4	10.9	11.4	10.7	10.7
Portugal	19.2	14.6	15.1	12.1	12.1	11.9	12.7	12.2	12.1	11.7	11.3	11.2	10.9	10.8
Den russiske føderasjon	8.6	7.9	7.1	9.8	10.0	10.3	11.3	10.9	11.0	11.1	11.5	11.5	-	-
Romania	8.6	10.9	10.9	10.2	9.8	9.6	8.8	9.8	7.7	8.5	10.6	11.9	10.4	9.0
Spania	15.3	17.7	12.9	11.1	11.1	9.9	10.2	10.4	11.9	11.9	11.1	10.2	10.0	9.8
Storbritannia	8.5	10.7	10.0	10.8	10.6	11.1	11.5	11.7	11.2	11.1	11.2	10.4	10.5	10.3
Sveits	14.8	14.3	13.0	11.3	11.1	10.9	10.9	10.6	10.2	10.3	10.5	10.3	10.2	10.0
Sverige	7.9	7.7	7.4	6.2	6.6	6.9	6.9	6.6	6.5	6.5	6.9	6.9	7.3	7.3
Tsjekkia	10.7	12.5	11.2	13.2	13.4	13.5	13.0	13.2	13.2	13.0	13.4	13.3	13.2	12.7
Tyskland	16.3	15.7	12.6	12.9	12.5	12.3	11.9	11.8	11.7	11.8	11.5	11.4	11.2	11.2
Ungarn	12.4	16.9	16.2	12.1	13.0	13.1	13.1	13.1	12.9	13.2	12.6	11.6	11.5	10.8
Østerrike	14.3	14.5	14.8	13.7	12.9	12.4	12.8	12.5	12.6	12.9	12.9	12.4	12.1	12.5

Kilde: WHO

Vedleggstabell 2.8 (figur 2.6): Årlig omsetning av brennevin i utvalgte europeiske land målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år og over 1970-2010

Land	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Danmark	1.7	1.9	1.6	1.4	1.4	1.4	1.6	1.9	1.8	1.7	1.8	1.7	1.5	1.5
Finland	1.1	1.7	1.7	2.2	2.3	2.4	2.4	2.8	2.8	2.9	2.9	2.7	2.5	2.3
Frankrike	3.1	3.0	2.9	2.7	2.8	2.7	2.7	2.7	2.6	2.7	2.7	2.8	2.7	2.7
Irland	2.1	2.9	2.3	2.2	2.2	2.3	1.8	2.4	2.6	2.6	2.7	2.5	2.0	2.2
Island	3.3	3.1	2.7	1.7	1.7	1.6	1.4	1.3	1.3	1.4	1.5	1.5	1.3	1.0
Italia	2.4	2.4	1.2	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.9	0.9	0.7	0.7	0.7	0.7
Nederland	2.8	3.5	2.4	2.1	2.1	2.0	1.8	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
Norge	2.1	2.5	1.2	1.1	1.0	1.1	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.3
Polen	4.5	7.9	5.1	2.5	2.1	2.1	2.9	3.0	3.0	3.2	3.5	4.1	3.8	3.8
Portugal	0.7	1.2	2.3	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.2
Den russiske føderasjon	5.2	4.2	4.7	7.3	7.1	7.1	7.3	7.1	6.9	6.7	6.4	6.4	-	-
Romania	2.6	3.1	2.9	3.5	3.5	2.3	1.8	1.3	1.3	0.9	1.9	2.9	2.4	1.9
Spania	3.2	4.4	3.4	2.8	2.8	1.2	1.4	1.5	3.3	3.3	3.2	2.9	2.7	2.8
Storbritannia	1.2	2.2	2.2	2.0	2.0	2.1	2.4	2.5	2.4	2.3	2.4	2.2	2.3	2.2
Sveits	2.6	2.5	2.2	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1.8
Sverige	3.3	3.4	2.1	1.3	1.4	1.4	1.2	1.2	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.1
Tsjekkia	3.0	4.6	4.2	3.9	3.9	4.0	3.6	3.7	3.6	3.7	3.9	3.7	3.8	3.3
Tyskland	3.8	3.1	2.7	2.6	2.5	2.4	2.4	2.5	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1
Ungarn	3.4	6.0	5.4	3.9	4.1	4.1	4.2	4.3	4.1	4.3	4.1	4.1	4.0	3.7
Østerrike	1.7	2.0	1.8	2.1	1.5	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7

Kilde: WHO

Vedleggstabell 2.9: Årlig omsetning av vin i utvalgte europeiske land målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år og over 1970-2010

Land	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Danmark	0.9	2.0	2.8	4.5	4.6	4.4	4.5	4.3	4.4	4.4	4.4	4.5	4.4	5.0
Finland	0.7	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.4	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	1.7
Frankrike	16.0	12.9	10.0	8.6	8.4	8.6	8.4	8.1	7.1	7.1	7.0	6.7	6.7	6.6
Irland	0.6	0.6	0.7	1.5	1.7	2.0	2.1	2.1	2.8	2.9	3.0	2.9	2.7	3.1
Island	0.3	0.9	0.7	1.4	1.5	1.7	1.8	1.9	2.0	2.0	2.0	1.5	1.3	1.3
Italia	16.6	13.2	8.2	7.1	6.9	6.5	6.5	6.2	5.0	4.9	4.9	4.7	4.3	4.0
Nederland	0.8	2.3	2.3	3.0	3.0	2.8	2.9	3.1	3.3	3.4	3.2	3.3	3.3	3.4
Norge	0.3	0.8	1.0	1.6	1.6	1.8	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1	2.2	2.3	2.3
Polen	0.9	1.5	1.1	1.8	1.6	1.6	1.6	1.5	1.2	1.3	1.3	1.2	1.0	1.0
Portugal	10.7	9.4	8.7	6.4	6.5	6.4	7.3	6.7	6.6	6.2	6.0	6.1	6.0	6.0
Den russiske føderasjon	2.3	2.0	0.9	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.1	0.1	0.1	0.1	-	-
Romania	4.5	4.3	3.2	3.5	3.2	3.9	3.3	4.3	2.3	3.0	3.3	3.5	3.1	2.6
Spania	9.4	9.7	5.1	4.1	3.9	4.0	3.7	3.8	3.4	3.2	2.6	2.2	2.1	2.0
Storbritannia	0.4	1.0	1.8	2.8	2.9	3.2	3.2	3.2	3.5	3.4	3.7	3.4	3.5	3.5
Sveits	6.6	7.1	6.5	5.8	5.7	5.6	5.4	5.3	5.2	5.0	5.1	5.0	4.9	5.0
Sverige	0.9	1.3	1.7	2.2	2.5	2.8	2.9	2.8	2.9	2.9	3.1	3.1	3.3	3.4
Tsjekkia	2.0	2.2	2.1	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.2	2.3	2.5	2.4	2.4	2.6
Tyskland	3.0	3.6	3.4	3.2	3.2	3.1	3.1	3.1	3.0	3.0	3.1	3.1	3.0	3.1
Ungarn	5.2	5.4	4.2	3.9	4.7	4.7	4.4	4.5	4.5	4.5	3.9	3.3	3.2	3.2
Østerrike	5.2	5.1	4.8	4.3	4.3	3.9	4.1	3.8	4.1	4.4	4.4	3.9	3.9	4.3

Kilde: WHO

Vedleggstabell 2.10 (figur 2.6): Årlig omsetning av øl i utvalgte europeiske land målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år og over 1970-2010

Land	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Danmark	7.1	7.7	7.5	5.8	5.6	5.5	5.5	5.1	5.1	4.9	4.8	4.6	4.2	3.9
Finland	2.7	3.3	4.8	4.3	4.4	4.4	4.4	4.6	4.6	4.6	4.7	4.6	4.5	4.5
Frankrike	2.8	2.9	2.6	2.1	2.2	2.3	2.3	2.2	2.3	2.4	2.3	2.2	2.2	2.2
Irland	7.3	8.8	8.4	8.7	8.6	8.4	8.0	8.5	7.0	6.8	6.6	6.2	5.8	5.7
Island	1.0	1.0	1.7	3.0	3.1	3.3	3.4	3.5	3.7	3.8	4.0	4.7	4.4	3.9
Italia	0.8	1.1	1.5	1.6	1.7	1.6	1.8	1.7	1.5	1.5	1.6	1.5	1.4	1.4
Nederland	4.0	5.6	5.2	5.0	4.9	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.4	4.4
Norge	2.4	2.8	2.8	2.9	2.8	2.9	2.8	3.0	3.0	3.0	3.0	3.1	3.0	2.9
Polen	2.2	2.0	2.0	4.1	4.1	4.3	4.5	4.7	5.3	5.9	6.1	6.1	5.9	5.9
Portugal	1.0	2.6	4.2	3.8	3.7	3.6	3.6	3.7	3.8	3.8	3.7	3.5	3.4	3.3
Den russiske føderasjon	1.2	1.5	1.5	2.2	2.6	2.9	3.1	3.5	3.7	4.1	4.8	4.7	-	-
Romania	1.5	3.0	2.9	3.2	3.1	3.4	3.6	4.2	4.1	4.6	5.4	5.5	4.9	4.5
Spania	2.7	3.6	4.5	4.2	4.4	4.2	4.5	4.5	5.0	5.2	5.1	4.9	5.0	4.9
Storbritannia	6.8	7.5	5.6	5.3	5.0	5.2	5.2	5.3	4.9	4.7	4.4	4.1	3.9	3.8
Sveits	5.2	4.3	4.1	3.4	3.4	3.3	3.4	3.3	3.1	3.2	3.3	3.3	3.3	3.2
Sverige	3.6	2.9	3.7	2.7	2.7	2.7	2.8	2.6	2.6	2.5	2.6	2.6	2.7	2.7
Tsjekkia	5.7	5.9	5.5	7.5	7.6	7.6	7.6	7.7	7.4	7.0	7.0	7.2	7.0	6.8
Tyskland	9.4	9.0	8.5	7.2	6.7	6.7	6.4	6.3	6.4	6.5	6.3	6.2	6.1	6.0
Ungarn	3.8	5.5	6.6	4.3	4.3	4.4	4.5	4.4	4.3	4.4	4.6	4.3	4.3	3.9
Østerrike	6.5	6.5	7.3	6.8	6.6	6.6	6.7	6.7	6.4	6.4	6.4	6.4	6.1	6.1

Kilde: WHO

Vedleggstabell 2.11 (figur 2.20 og 2.21): Salgssteder for alkohol fordelt på bevillingskombinasjon 1980-2012****

År	Brennevin og vin (og sterkøl* fra 1993)	Vin	Øl**	Totalt
1980	87	5	4 637	4 729
1981	88	5	4 489	4 582
1982	88	4	4 484	4 576
1983	88	4	4 429	4 521
1984	90	2	4 623	4 715
1985	92	1	5 005	5 098
1986	94	0	5 176	5 270
1987	98	0	5 176	5 274
1988	104	0	5 071	5 175
1989***	106	0	-	-
1990	106	0	4 961	5 067
1991	110	0	4 960	5 070
1992	109	0	4 892	5 001
1993	110	0	4 775	4 885
1994	110	0	4 665	4 775
1995	112	0	4 524	4 636
1996	112	0	4 676	4 788
1997	114	0	4 565	4 679
1998	120	0	4 448	4 568
1999	130	0	4 411	4 541
2000	140	0	4 413	4 554
2001	156	0	4 430	4 586
2002	176	0	4 336	4 512
2003	188	0	4 299	4 487
2004	195	0	4 361	4 556
2005	198	0	4 314	4 512
2006	211	0	4 281	4 492
2007	222	0	4 230	4 452
2008	239	0	4 176	4 415
2009	248	0	4 188	4 436
2010	259	0	4 176	4 435
2011	267	0	4 121	4 388
2012	278	0	4 103	4 381

* Fra 1. mars 1993 ble sterkøl bare tillatt solgt fra AS Vinmonopolet.

** Salgssteder for kun lettøl er ikke tatt med.

*** Statistisk sentralbyrå samlet ikke inn oppgaver over antall salgssteder for øl i 1989.

**** Før 2004 manglet det enkelte år opplysninger fra noen kommuner, men fra dette år er samtlige kommuner representert. I de tilfeller vi mangler siste års tall har vi brukt opplysninger fra foregående år.

Kilder: Statistisk sentralbyrå, AS Vinmonopolet og Statens institutt for rusmiddelforskning

Vedleggstabell 2.12: Salgssteder for alkoholholdig drikk gruppe 1 (over 2,5 og høyst 4,7 volumprosent), fordelt på fylke 2000-2012*

Fylke	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Østfold	224	214	220	205	205	190	193	201	192	187	186	182	178
Akershus	285	286	285	283	277	280	298	284	294	294	288	287	296
Oslo	395	424	402	402	396	367	357	361	346	360	394	380	361
Hedmark	228	206	214	203	207	204	201	199	189	189	183	187	182
Oppland	255	246	237	229	244	238	231	230	225	248	213	208	216
Buskerud	223	220	213	216	209	211	206	203	200	197	197	196	192
Vestfold	150	150	145	148	151	150	145	149	147	148	148	148	145
Telemark	190	185	181	181	180	168	175	179	163	159	160	155	161
Aust-Agder	128	128	128	124	125	132	123	120	118	116	120	120	121
Vest-Agder	152	156	163	165	162	165	165	153	156	159	160	161	156
Rogaland	302	316	308	316	306	302	315	318	314	312	317	316	312
Hordaland	450	436	407	404	423	423	413	416	406	404	403	397	388
Sogn og Fjordane	160	171	170	160	177	175	171	168	171	171	163	163	170
Møre og Romsdal	274	275	265	276	297	311	300	286	295	286	293	287	283
Sør-Trøndelag	262	258	253	249	245	261	252	244	239	243	240	232	239
Nord-Trøndelag	156	144	147	148	148	153	150	146	137	138	137	133	131
Nordland	279	303	304	292	306	297	295	286	291	297	293	291	293
Troms	190	192	179	186	187	180	179	178	181	173	177	176	176
Finnmark	110	120	115	112	116	107	112	109	112	107	104	102	103
Totalt	4 413	4 430	4 336	4 299	4 361	4 314	4 281	4 230	4 176	4 188	4 176	4 121	4 103

* Før 2004 manglet det enkelte år opplysninger fra noen kommuner, men fra dette år er samtlige kommuner representert. I de tilfeller vi mangler siste års tall har vi brukt opplysninger fra foregående år.

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning

Vedleggstabell 2.13: Antall vinmonopolutsalg fordelt på fylke 1998-2012

Fylke	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Østfold	6	6	6	6	7	7	7	7	9	10	10	10	10	10	10
Akershus	11	13	14	16	18	18	19	19	19	19	21	21	22	22	24
Oslo	18	19	19	20	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27
Hedmark	5	6	6	6	7	8	9	9	9	10	10	11	12	13	13
Oppland	5	5	5	7	7	8	8	9	10	11	13	14	16	17	17
Buskerud	5	5	6	7	8	8	9	9	9	9	11	12	13	15	15
Vestfold	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	8	8	9	10	12
Telemark	5	5	6	6	8	8	8	8	9	10	11	11	11	11	11
Aust-Agder	2	2	3	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7
Vest-Agder	3	3	4	4	5	5	5	5	6	7	8	9	9	9	9
Rogaland	6	7	8	9	10	11	11	11	11	11	11	13	15	16	16
Hordaland	9	11	11	15	17	18	18	19	19	19	19	20	20	20	21
Sogn og Fjordane	4	4	4	5	7	7	7	7	8	9	10	10	10	10	11
Møre og Romsdal	4	6	7	8	9	10	10	10	13	14	16	17	17	17	18
Sør-Trøndelag	8	8	8	9	10	12	13	13	15	16	16	16	17	17	19
Nord-Trøndelag	5	5	5	5	5	6	7	7	7	7	8	8	9	9	9
Nordland	9	9	9	10	12	13	14	14	15	16	17	17	17	17	18
Troms	5	5	7	7	8	9	9	9	9	10	11	11	11	11	12
Finnmark	5	6	6	6	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9	9
Totalt	120	130	140	156	176	188	195	198	211	222	239	248	259	267	278

Kilde: AS Vinmonopolet (vinmonopolet.no)

Vedleggstabell 2.14 (figur 2.22): Skjenkesteder* for alkohol fordelt på bevillingskombinasjon 1980-2012

År	Gruppe 1 (høyst 4,7 vol%)	Gruppe 2 (høyst 22 vol%)	Gruppe 3 (høyst 60 vol%)	Totalt
1980	600	1 247	592	2 439
1981	594	1 246	632	2 472
1982	531	1 229	691	2 451
1983	508	1 365	733	2 606
1984	503	1 539	763	2 805
1985	524	1 732	863	3 119
1986	422	1 894	941	3 257
1987	434	2 095	1 117	3 646
1988	354	2 193	1 267	3 814
1989*	-	-	-	-
1990	377	2 467	1 730	4 574
1991	317	2 644	1 683	4 644
1992	246	2 569	1 878	4 693
1993	221	2 524	2 030	4 775
1994	251	2 577	2 333	5 161
1995	207	2 589	2 512	5 308
1996	193	2 424	3 019	5 636
1997	158	2 339	3 473	5 970
1998	144	2 304	3 613	6 061
1999	114	2 213	3 925	6 252
2000	104	1 939	4 312	6 355
2001	86	1 808	4 653	6 547
2002	98	1 771	4 889	6 758
2003	59	1 741	5 198	6 998
2004	48	1 349	5 695	7 092
2005	47	1 409	5 668	7 124
2006	94	1 259	5 910	7 263
2007	74	1 223	6 035	7 332
2008	72	1 259	5 899	7 230
2009	61	1 202	6 061	7 324
2010	42	1 171	6 163	7 376
2011	64	1 118	6 209	7 391
2012	50	935	6 272	7 257

* Gjelder ikke skjenkesteder med statlig bevilling, jf. tabell 2.7. Fra 2008 ble kommunene bedt om å oppgi antall skjenkebevillinger, mens de tidligere ble spurt om skjenkesteder. Det gjør at tallene fra og med 2008 ikke er direkte sammenlignbare med tidligere år. Skjenkesteder for kun lettøl, korttids- og ambulerende bevillinger (skjenking ved spesielle anledninger) er ikke tatt med. Statistikken omfatter også skjenkesteder på turist-og høyfjellshoteller, som inntil 1997 hadde statlig bevilling. Før 2004 manglet det enkelte år opplysninger fra noen kommuner, men fra dette år er samtlige kommuner representert. I de tilfeller vi mangler siste års tall, har vi brukt opplysninger fra foregående år.

** Statistisk sentralbyrå samlet ikke inn oppgaver over antall skjenkesteder for brennevin, vin og øl i 1989.

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Statens institutt for rusmiddelforskning

Vedleggstabell 2.15: Skjenkesteder* for alkohol fordelt på bevillingskombinasjon og fylke 2012

Fylke	Gruppe 1 (høyst 4,7 vol%)	Gruppe 2 (høyst 22 vol%)	Gruppe 3 (høyst 60 vol%)	Totalt
Østfold	2	53	249	304
Akershus	1	61	396	458
Oslo	0	3	999	1002
Hedmark	20	40	275	335
Oppland	3	61	395	459
Buskerud	7	43	360	410
Vestfold	3	42	302	347
Telemark	0	41	248	289
Aust-Agder	0	46	146	192
Vest-Agder	1	29	165	195
Rogaland	2	63	384	449
Hordaland	0	122	469	591
Sogn og Fjordane	1	73	193	267
Møre og Romsdal	0	82	261	343
Sør-Trøndelag	3	75	394	472
Nord-Trøndelag	1	15	179	195
Nordland	4	41	475	520
Troms	1	12	239	252
Finnmark	1	33	143	177
Totalt	50	935	6272	7257

* Gjelder ikke skjenkesteder med statlig bevilling

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning

Vedleggstabell 2.16: Oversikt over når salg og skjenking av alkohol stenger i de 30 største byene, 2012

Kommune	Salgstid hverdager	Salgstid helg	Skjenketid, alkoholgruppe 1 og 2*	Skjenketid, alkoholgruppe 3*
Oslo	20:00	18:00	03:00	03:00
Bergen	20:00	18:00	03:00	03:00
Trondheim	20:00	18:00	02:00	02:00
Stavanger	20:00	18:00	03:00	03:00
Kristiansand	20:00	18:00	02:00	02:00
Fredrikstad	20:00	18:00	02:00	02:00
Tromsø	20:00	18:00	03:00	03:00
Sandnes	20:00	18:00	01:30	01:30
Drammen	20:00	18:00	03:00	03:00
Sandefjord	20:00	18:00	02:00	02:00
Sarpsborg	20:00	18:00	02:30	01:30
Skien	20:00	18:00	02:00	02:00
Bodø	20:00	18:00	03:00	03:00
Larvik	20:00	18:00	02:00	02:00
Ålesund	20:00	18:00	03:00	03:00
Arendal	20:00	18:00	02:00	02:00
Tønsberg	20:00	18:00	03:00	03:00
Porsgrunn	20:00	18:00	02:00	02:00
Haugesund	20:00	18:00	03:00	03:00
Moss	20:00	18:00	02:00	02:00
Gjøvik	20:00	18:00	02:00	01:00
Hamar	20:00	18:00	01:30	01:30
Halden	20:00	18:00	02:00	02:00
Lillehammer	20:00	18:00	03:00	02:00
Horten	20:00	18:00	02:00	02:00
Kongsberg	20:00	18:00	02:00	01:00
Molde	18:00	15:00	03:00	02:00
Harstad	20:00	18:00	03:00	03:00
Kristiansund	20:00	18:00	02:00	02:00
Steinkjer	20:00	18:00	02:00	02:00

* Noen kommuner har ulike tider på ukedager og helg. Dette er tidene for helg.

Vedleggstabell 2.17 (figur 2.23): Realprisindekser for brennevin, sterkvin, svakvin og øl 1979-2012 (1998=100)*

År	Brennevin	Sterkvin	Svakvin	Øl
1979	87.2	83.7	82.2	74.0
1980	80.8	78.8	76.8	69.3
1981	90.0	90.8	87.7	76.4
1982	91.6	91.4	90.7	79.1
1983	93.4	91.7	92.7	82.2
1984	88.1	88.0	88.0	85.7
1985	84.0	86.7	86.7	86.1
1986	85.1	84.9	87.3	86.9
1987	85.7	85.8	86.7	87.0
1988	87.1	87.4	83.2	87.8
1989	89.9	86.1	85.9	87.6
1990	92.7	86.6	90.1	89.2
1991	97.7	92.8	91.3	92.0
1992	101.6	100.2	93.3	96.2
1993	98.2	100.6	96.5	97.2
1994	90.2	96.9	92.9	98.4
1995	90.5	93.4	93.0	96.1
1996	91.7	94.5	92.7	96.3
1997	95.6	96.1	95.5	97.7
1998	100.0	100.0	100.0	100.0
1999	97.1	97.9	100.5	100.1
2000	96.6	71.8	98.5	101.6
2001	96.0	71.7	97.6	100.6
2002	84.9	71.4	94.3	99.4
2003	79.2	72.5	93.0	97.9
2004	80.5	76.7	95.3	90.5
2005	80.1	76.2	95.6	91.1
2006	79.7	78.2	95.6	90.5
2007	80.7	88.3	97.4	89.2
2008	80.1	87.6	96.3	89.9
2009	81.0	88.0	97.6	94.8
2010	80.4	85.9	97.4	94.7
2011	83.4	87.4	99.8	100.0
2012	84.8	88.4	101.2	103.2

* Prisnivået i 1998 er satt lik 100. Lettvin (under 2,5 prosent alkohol) er ikke inkludert.

Realprisindeksene viser hvordan prisene for de ulike drikkesortene har utviklet seg i forhold til det generelle konsumprisnivået.

Kilder: Statistisk sentralbyrå og AS Vinmonopolet

Vedleggstabell 2.18 (figur 2.24): Indeks for forholdet mellom nominell prisindeks for ulike drikkesorter og indeks for lønn per normalårsverk fra Nasjonalregnskapet 1979-2012 (1998=100)*

År	Brennevin	Sterkvin	Svakvin	Øl
1979	104.5	100.4	98.5	88.7
1980	98.1	95.7	93.3	84.2
1981	110.7	111.6	107.8	93.9
1982	112.7	112.4	111.6	97.3
1983	114.4	112.2	113.6	100.6
1984	106.7	106.6	106.5	103.7
1985	99.8	103.0	103.0	102.3
1986	99.3	99.2	101.9	101.4
1987	100.0	100.1	101.2	101.5
1988	102.4	102.8	97.8	103.2
1989	105.8	101.4	101.2	103.1
1990	108.5	101.4	105.5	104.5
1991	112.3	106.7	105.0	105.9
1992	115.1	113.7	105.9	109.1
1993	110.2	112.8	108.2	109.0
1994	99.5	107.0	102.6	108.6
1995	99.1	102.2	101.8	107.0
1996	97.5	100.4	98.5	103.4
1997	99.4	100.0	99.3	101.4
1998	100.0	100.0	100.0	100.0
1999	94.4	95.1	97.6	97.2
2000	93.4	69.0	94.6	97.6
2001	92.9	67.4	91.8	94.6
2002	76.8	64.6	85.3	89.8
2003	70.6	64.6	82.9	87.2
2004	69.4	66.2	82.2	78.0
2005	67.9	64.6	81.0	77.1
2006	66.3	65.1	79.6	75.3
2007	64.1	70.1	77.4	70.8
2008	61.7	67.5	74.1	69.3
2009	61.1	66.4	73.6	71.5
2010	61.0	65.2	73.8	71.8
2011	61.1	64.0	73.2	73.3
2012	59.9	62.4	71.5	72.9

* Indeksene viser hvordan prisene for de ulike drikkesortene har utviklet seg i forhold til det gjennomsnittlige lønnsnivået. Jo høyere indekstallene er, jo større del av lønnen må man benytte - eller sagt på en annen måte, jo lengre må man arbeide for å kunne kjøpe en bestemt mengde av de ulike drikkesortene. Det er ikke tatt hensyn til endringer i skatteregler, gjeldsbyrde, rentenivå o.l. som har betydning for folks disponible inntekter.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 2.19: Avgift på vin og brennevin. Grunnavgift i øre per volumprosent alkohol per vareliter 1995-2013

	Vin og brennevin med alkoholstyrke*:		Brennevin med alkoholstyrke:
År	7-15 vol%	>15-22 vol%	>22 vol%
1995	313	595	603
1996	319	607	615
1997	338	644	652
1998	365	695	703
1999	358	682	690
2000	365	365	704
2001	365	365	704
2002	347	347	598
2003	355	355	544
	Vin 4,7-22 vol%		Brennevin >0,70 vol%
2004**	361		544
2005	361		544
2006	367		564
2007	374		574
2008	384		589
2009	396		607
2010	403		618
2011	431		661
2012	438		672
2013	446		685

* Vin med alkoholstyrke over 0,7 til og med 7 volumprosent alkohol, avgiftsbelegges etter satsene som gjelder for øl med tilsvarende alkoholstyrke. Se tabell 3.4. Sterkvín er fra 1.1.2000 avgiftsmessig likestilt med svakvin.

** Fra og med 2004 ble alt brennevin beskattet som brennevin uavhengig av alkoholstyrke.

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet

Vedleggstabell 2.20: Avgift på øl i kroner per liter og klasseinndeling for øl før og etter 1.1.1995, 1975-2013

Øl klasse:							
År	0	1	2	3			
1975	0.40	0.50	1.95	2.80			
1980	0.40	0.80	3.20	4.50			
1981	0.50	1.00	4.25	6.05			
1982	0.60	1.15	4.90	6.95			
1983	0.65	1.25	5.40	8.00			
1984	0.65	1.25	6.15	9.70			
1985	0.65	1.25	6.55	10.35			
1986	0.65	1.30	7.00	11.20			
1987	0.69	1.42	7.89	12.67			
1988	0.72	1.49	8.45	13.57			
1989	0.72	1.52	8.79	14.38			
1990	0.83	1.58	9.49	16.39			
1991	0.86	1.64	10.44	18.05			
1992	1.00	1.75	11.45	19.80			
1993	1.02	1.85	12.10	20.90			
1994	1.06	1.93	12.62	21.80			
Øl klasse:							
År	a	b	c	d	e*	f*	g*
1995	1.08	1.96	7.36	12.76	18.16	23.56	24.64
1996	1.10	2.00	7.51	13.02	18.52	24.03	25.13
1997	1.17	2.12	7.97	13.82	19.64	25.49	26.66
1998	1.50	2.38	8.96	15.54	22.09	28.67	29.99
1999	1.68	2.58	9.68	16.08	24.74	32.11	33.59
2000	1.58	2.51	9.45	16.37			
2001	1.58	2.51	9.45	16.37			
2002	1.52	2.38	8.98	15.55			
2003	1.55	2.75	9.18	15.89			
2004	1.58	2.47	9.35	16.18			
2005	1.58	2.47	9.35	16.18			
2006	1.61	2.51	9.51	16.46			
2007	1.64	2.56	9.68	16.76			
2008	1.68	2.63	9.93	17.20			
2009	2.71	2.71	10.23	17.72			
2010	2.76	2.76	10.41	18.04			
2011	2.81	2.95	11.13	19.28			
2012	2.85	3.00	11.31	19.59			
2013	3.06	3.06	11.52	19.96			
Alkoholstyrke (volumprosent)	Klasseinndeling før 1995		Klasseinndeling fra 1.1.1995		Beskrivende navn		
≤ 0,7	0		a		Alkoholfritt øl		
> 0,7 - 2,7	1		b		Lettøl		
> 2,7 - 3,7	2		c		Middels sterkt øl		
> 3,7 - 4,7	2		d		Middels sterkt øl		
> 4,7 - 5,7	3		e		Sterkøl		
> 5,7 - 6,7	3		f		Sterkøl		
> 6,7 - 7,0	3		g		Sterkøl		

* Fra 1.1. 2000 regnes avgiften per volumprosent og liter som for svakvin.

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet

Vedleggstabell 2.21: Statens inntekter på omsetningen av alkohol i millioner kroner 1980-2012

	Alkohol- avgifter	Emballasj e- avgifter*	Merverdi - avgift	AS Vin- monopolet	Avgifter av salgs- og skjenke bevillinger	Totalt
1980	2 618	-	1 160	30	7	3 815
1981	3 193	-	1 294	30	7	4 524
1982	2 817	-	1 355	30	8	4 211
1983	3 301	-	1 545	-	9	4 855
1984	3 614	-	1 688	60	11	5 373
1985	4 016	-	1 889	30	12	5 947
1986	4 226	-	2 122	30	13	6 391
1987	5 035	-	2 397	50	14	7 497
1988	5 116	-	2 548	70	17	7 751
1989	5 224	68	2 637	70	2	8 000
1990	5 580	70	2 796	106	1	8 553
1991	5 681	54	2 963	118	2	8 818
1992	5 822	63	2 954	122	2	8 963
1993	5 590	59	3 090	126	1	8 866
1994	5 876	190	3 223	213	1	9 502
1995	6 028	165	3 332	326	0	9 851
1996	6 539	194	3 502	154	0	10 390
1997	7 106	245	3 787	53	1	11 192
1998	7 433	232	4 135	22	1	11 823
1999	8 251	356	4 045	27	1	12 680
2000	8 493	-	4 205	41	1	12 917
2001	8 491	-	4 090	19	1	12 601
2002	8 230	-	4 452	31	1	12 714
2003	8 510	-	4 596	24	1	13 131
2004	9 027	-	4 611	12	1	13 651
2005	9 317	-	4 720	19	1	14 057
2006	9 767	-	4 825	29	0.5	14 622
2007	10 338	-	5 017	32	1.0	15 388
2008	10 799	-	5 091	36	0.4	15 927
2009	11 241	-	5 279	51	1.1	16 572
2010	11 320	-	5 234	44	0.7	16 598
2011	11 863		5 402	36	1.5	17 303
2012	12 140		5377	27	1.4	17 545

* Emballasjeavgift innført fra 1989. I 2000 ble avgiften lagt om slik at man ikke lenger kan skille mellom avgifter for drikker med og uten alkohol.

Kilder: St. meld. nr. 3. Statsregnskap (for de aktuelle år) og Statens institutt for rusmiddelforskning

Vedleggstabell 2.22 (figur 2.25): Prøver fra bilførere ved mistanke om påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler 1989-2012

	Antall prøver fra bilførere mistenkt for påvirkning av kun alkohol*			Mistanke om påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler	Totalt
År	Luft	Blod	Total		
1989	..	8 842	8 842	2 076	10 918
1990	..	8 052	8 052	2 166	10 218
1991	..	7 818	7 818	2 230	10 048
1992	..	6 637	6 637	2 718	9 355
1993	..	5 333	5 333	2 924	8 257
1994	..	5 610	5 610	2 819	8 429
1995	..	5 448	5 448	3 329	8 777
1996	1 200	4 150	5 350	3 188	8 538
1997	2 050	3 320	5 370	3 743	9 113
1998	2 477	2 793	5 270	4 417	9 687
1999	2 557	2 403	4 960	4 800	9 760
2000	2 400	3 462	5 862	3 883	9 745
2001	2 400	3 075	5 475	4 354	9 829
2002	2 404	3 082	5 486	5 161	10 647
2003	2 458	3 028	5 486	4 381	9 867
2004	2 486	2 864	5 350	3 984	9 334
2005	2 243	2 905	5 148	4 020	9 168
2006	2 298	3 127	5 425	4 257	9 682
2007	2 264	3 166	5 430	4 344	9 774
2008	2 196	3 302	5 498	4 527	10 025
2009	1 717	3 270	4 987	4 590	9 577
2010	1 637	3 178	4 815	4 722	9 537
2011	1 196	3 357	4 553	4 595	9 148
2012	1 073	3 504	4 577	5 140	9 717

* I kolonnen "Antall prøver fra bilførere mistenkt for påvirkning av kun alkohol" vil antallet være et minimum fordi ikke alle mistenkte negative saker vil være registrert.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Vedleggstabell 2.23: Prøver fra bilførere etter type mistanke (alkohol og/eller andre rusmidler) og kjønn 1989-2012

År	Mistanke om påvirkning av kun alkohol				Mistanke om påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler			
	Kvinner		Menn		Kvinner		Menn	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
1989	619	7.0	8 223	93.0	219	10.5	1 857	89.5
1990	518	6.4	7 534	93.6	234	10.8	1 932	89.2
1991	588	7.5	7 230	92.5	233	10.4	1 997	89.6
1992	489	7.4	6 148	92.6	290	10.7	2 428	89.3
1993	422	7.9	4 911	92.1	323	11.0	2 601	89.0
1994	459	8.2	5 151	91.8	299	10.6	2 520	89.4
1995	424	7.8	5 021	92.2	375	11.3	2 954	88.7
1996	359	8.5	3 824	91.5	430	13.5	2 758	86.5
1997	277	8.5	2 981	91.5	505	13.5	3 238	86.5
1998	468	8.9	4 802	91.2	510	11.5	3 907	88.5
1999	466	9.4	4 494	90.6	585	12.2	4 215	87.8
2000	608	10.4	5 254	89.6	484	12.5	3 399	87.5
2001	558	10.2	4 917	89.8	536	12.3	3 818	87.7
2002	580	10.2	5 110	89.8	648	12.5	4 523	87.5
2003	600	10.9	4 886	89.1	595	13.6	3 786	86.4
2004	618	11.3	4 828	88.7	599	15.4	3 302	84.6
2005	574	11.1	4 574	88.9	586	14.6	3 434	85.4
2006	598	10.5	5 108	89.5	630	14.8	3 633	85.2
2007	604	11.1	4 821	88.9	664	15.3	3 679	84.7
2008	601	10.9	4 894	89.1	634	14.0	3 891	86.0
2009	558	11.2	4 428	88.8	652	14.2	3 939	85.8
2010	551	11.5	4 261	88.5	614	13.0	4 107	87.0
2011	537	11.8	4 012	88.2	636	13.8	3 959	86.2
2012	521	11.4	4 041	88.6	713	13.8	4 441	86.2

Kilde: Folkehelseinstituttet

Vedleggstabell 2.24: Reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler i prosent av alle reaksjoner på veitrafikkforseelser 1977-2011*

År	Alle veitrafikk- forseelser	Kjøring under påvirkning **	Prosent
1977	84 414	7 294	8.6
1978	96 905	7 177	7.4
1979	102 692	6 811	6.6
1980	102 741	6 372	6.2
1981	95 286	6 088	6.4
1982	105 025	6 333	6.0
1983	112 454	6 808	6.1
1984	107 870	6 980	6.5
1985	102 718	6 816	6.6
1986	126 086	7 146	5.7
1987	132 247	6 378	4.8
1988	145 927	6 875	4.7
1989	145 336	6 614	4.6
1990	152 433	7 402	4.9
1991	164 807	6 860	4.2
1992	173 491	6 583	3.8
1993	181 937	6 144	3.4
1994	169 070	5 760	3.4
1995	166 416	5 614	3.4
1996	163 156	5 435	3.3
1997	177 550	4 340	2.4
1998	175 978	4 416	2.5
1999	170 382	4 525	2.7
2000	156 795	3 901	2.5
2001	175 558	4 821	2.7
2002	154 458	4 162	2.7
2003	200 307	4 559	2.3
2004	240 035	4 048	1.7
2005	249 117	4 915	2.0
2006	278 899	4 369	1.6
2007	287 998	4 335	1.5
2008	273 349	4 356	1.6
2009	249 510	4 040	1.6
2010	265 583	4 318	1.6
2011	245 776	3 824	1.6

* Per oktober 2013 foreligger ikke tall for 2012.

** Reaksjoner med kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler som hovedlovbrudd.

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Kriminalstatistikk (ssb.no)

Vedleggstabell 2.25: Reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler* fordelt på fylke 1985-2011**

Fylke	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Østfold	404	421	387	289	374	293	295	253	301	298	260	331	218	305	246
Akershus	661	627	448	379	486	441	528	450	476	468	498	440	432	432	373
Oslo	945	826	442	399	432	525	464	468	586	447	344	308	496	357	375
Hedmark	328	380	243	188	195	186	159	196	172	199	184	186	167	210	160
Oppland	226	310	208	127	181	181	213	150	172	175	164	167	142	170	169
Buskerud	373	412	359	254	316	257	259	219	335	288	281	278	266	257	233
Vestfold	377	415	315	207	253	197	251	248	231	236	220	245	200	232	214
Telemark	411	335	237	157	206	133	187	190	179	209	216	207	150	188	177
Aust-Agder	171	135	182	88	112	92	117	73	136	103	84	121	108	128	91
Vest-Agder	247	275	212	135	155	146	146	102	162	144	157	173	151	122	124
Rogaland	508	552	484	288	359	317	350	311	355	313	335	327	369	392	310
Hordaland	467	652	473	296	387	267	333	296	334	301	286	331	298	301	309
Sogn og Fjordane	125	132	121	101	101	102	78	96	117	83	94	88	96	96	76
Møre og Romsdal	291	369	292	210	279	207	238	206	277	261	284	246	196	225	190
Sør-Trøndelag	360	417	311	203	274	207	231	186	303	198	199	245	187	240	198
Nord-Trøndelag	276	236	182	123	138	128	151	112	175	138	137	117	119	124	103
Nordland	277	379	334	214	275	234	274	246	266	235	250	237	200	262	219
Troms	205	272	206	124	154	141	126	135	200	152	175	173	145	171	131
Finnmark	162	257	178	104	129	74	121	96	122	109	151	117	91	104	112
Svalbard, utland / uoppgitt	2	0	0	15	15	34	38	15	16	12	16	19	9	2	14
Totalt	7 146	7 402	5 614	3 901	4 821	4 162	4 559	4 048	4 915	4 369	4 335	4 356	4 040	4 318	3824

* Reaksjoner med kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler som hovedlovbrudd.

** Per oktober 2013 foreligger ikke tall for 2012.

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Kriminalstatistikk (ssb.no)

Vedleggstabell 2.26 (figur 2.26): Reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler* per 10 000 innbyggere 18 år og eldre fordelt på fylke 1985-2011**

Fylke	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Østfold	23	23	21	15	19	15	15	13	15	15	13	16	10	14	11
Akershus	23	20	14	11	14	12	14	12	13	12	13	11	11	11	9
Oslo	26	22	11	10	10	13	11	11	14	10	8	7	11	7	8
Hedmark	23	26	16	13	13	13	11	13	12	13	12	12	11	14	10
Oppland	16	22	14	9	13	13	15	10	12	12	11	12	10	12	11
Buskerud	22	24	20	14	17	14	14	12	18	15	14	14	13	13	11
Vestfold	26	27	20	13	15	12	15	15	14	14	13	14	11	13	11
Telemark	34	27	19	12	16	10	15	15	14	16	17	16	11	14	13
Aust-Agder	25	19	24	11	14	12	15	9	17	13	10	15	13	15	10
Vest-Agder	24	26	19	12	13	12	12	8	13	12	13	14	12	9	9
Rogaland	22	23	19	11	13	11	12	11	12	10	11	10	12	12	9
Hordaland	16	21	15	9	12	8	10	9	10	9	8	9	8	8	8
Sogn og Fjordane	16	17	15	13	13	13	10	12	15	10	12	11	12	12	9
Møre og Romsdal	17	21	16	11	15	11	13	11	15	14	15	13	10	12	9
Sør-Trøndelag	20	22	16	10	13	10	11	9	14	9	9	11	8	11	8
Nord-Trøndelag	30	25	19	13	14	13	16	12	18	14	14	12	12	12	9
Nordland	15	21	18	12	15	13	15	14	15	13	14	13	11	14	12
Troms	19	24	18	11	13	12	11	12	17	13	15	14	12	14	10
Finnmark	29	46	31	19	23	13	22	17	22	20	27	21	16	18	19
Hele landet	22	23	17	11	14	12	13	12	14	12	12	12	11	11	10

* Reaksjoner med kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler som hovedlovbrudd.

** Per oktober 2013 foreligger ikke tall for 2012. For mer informasjon om SSB's statistikk over straffereaksjoner, se Om statistikken (<http://www.ssb.no/straff/om.html>).

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Straffereaksjoner (<http://www.ssb.no/straff/>), tabell 37

Vedleggstabell 2.27 (figur 2.27): Dødsfall som skyldes alkohol fordelt på diagnose og kjønn (underliggende årsak) 2002-2012

ICD 10*	Underliggende dødsårsak**	Kjønn	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Alkohol i alt	Begge	420	441	344	333	345	387	387	413	395	331
		Menn	318	351	266	255	260	289	284	316	321	250
		Kvinner	102	90	78	78	85	98	103	97	74	81
F 100, F 102, F 104, F 107	Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse av alkohol, akutt intoksikasjon	Menn	138	147	131	127	108	141	132	170	163	123
		Kvinner	28	22	24	34	30	38	38	39	28	29
G 312	Degenerasjon av sentralnervesystemet som skyldes alkohol	Menn	7	3	9	5	4	5	3	5	2	1
		Kvinner	3	1	2	3	0	1	0	2	1	3
G 621	Alkoholisk polyneuropati	Menn	0	1	0	0	2	3	1	0	0	1
		Kvinner	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I 426	Alkoholisk kardiomyopati	Menn	5	7	8	4	8	7	9	5	5	4
		Kvinner	2	3	2	0	1	4	1	0	1	0
K 292	Alkoholisk gastritt	Menn	1	1	0	2	0	0	1	2	0	1
		Kvinner	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
K 700	Alkoholisk fettlever	Menn	20	9	4	1	5	8	6	9	7	4
		Kvinner	5	4	2	2	1	2	0	2	2	0
K 701	Alkoholisk hepatitt	Menn	7	7	7	9	6	6	3	5	2	3
		Kvinner	5	6	2	2	5	4	1	1	1	2
k 702	Alkoholisk fibrose og sklerose i lever	Menn	0	1	2	0	1	1	3	1	1	1
		Kvinner	3	0	0	1	1	0	0	0	1	0
K 703	Alkoholisk cirrhose i lever	Menn	64	97	57	51	68	53	58	58	60	55
		Kvinner	30	24	21	16	22	33	33	28	21	24
K 704	Alkoholisk leversvikt	Menn	21	21	16	13	26	17	23	25	32	25
		Kvinner	8	7	10	6	12	6	8	6	10	14
K 709	Uspesifisert alkoholisk leversykdom	Menn	5	23	4	6	3	10	4	3	6	2
		Kvinner	0	9	2	2	0	2	3	4	0	1
K 860	Alkoholutløst kronisk pankreatitt	Menn	2	5	1	4	2	3	4	2	4	1
		Kvinner	1	0	0	1	0	0	0	3	2	0

X 45	Forgiftning av alkohol	Menn	45	28	25	28	25	32	33	31	37	28
		Kvinner	16	12	13	9	12	4	16	11	6	7
X 65	Selv mord med alkohol	Menn	3	0	2	3	2	3	4	0	2	1
		Kvinner	1	1	0	1	1	4	3	0	0	1

* Dødsårsaksstatistikken er fra 1996 klassifisert og kodet etter ICD 10. revisjon av Verdens helseorganisasjons internasjonale sykdomsklassifisering (ICD).

** Dødsårsakene som omfattes av denne tabellen er i all hovedsak knyttet til et langvarig og høyt alkoholinntak. De rapporterte dødsfallene utgjør en mindre del av alle dødsfall som helt eller delvis skyldes alkohol.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 2.28 Dødsfall som skyldes alkohol* fordelt på alder og kjønn (underliggende årsak**) 2008-2012

	2008			2009			2010			2011			2012		
Alder	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
<15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24	1	1	2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1
25-29	1	1	2	1	1	2	1	0	1	2	0	2	1	1	2
30-34	1	1	2	2	2	4	0	0	0	4	1	5	0	0	0
35-39	5	1	6	6	1	7	0	2	2	5	1	6	5	0	5
40-44	13	2	15	9	0	9	5	2	7	13	1	14	12	5	17
45-49	31	5	36	17	12	29	22	9	31	31	3	34	19	7	26
50-54	33	13	46	36	17	53	46	17	63	25	11	36	40	8	48
55-59	38	23	61	49	17	66	61	14	75	60	9	69	37	13	50
60-64	60	22	82	62	14	76	74	17	91	56	16	72	51	14	65
65-69	45	13	58	50	16	66	44	17	61	50	13	63	38	15	53
70-74	23	8	31	28	9	37	29	9	38	34	10	44	21	8	29
75-79	18	5	23	10	10	20	11	5	16	23	8	31	11	2	13
80-84	13	2	15	6	4	10	11	2	13	10	0	10	8	6	14
85-89	7	1	8	7	0	7	9	2	11	6	0	6	4	1	5
90+	0	0	0	0	0	0	4	0	4	2	1	3	2	1	3
Totalt	289	98	387	284	103	387	317	97	414	321	74	395	250	81	331

* Diagnoser kodet etter 10. revisjon av Verdens helseorganisasjons internasjonale sykdomsklassifikasjon (ICD). Jfr tab. 5.1.

** Dødsårsakene som omfattes av denne tabellen er i all hovedsak knyttet til et langvarig og høyt alkoholinntak. Dødsfallene som her presenteres utgjør en mindre del av alle dødsfall som helt eller delvis skyldes alkohol.

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker

Vedleggstabell 2.29 (figur 2.28): Innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser* 1999-2012**

ICD 10	Hoveddiagnose	Kjønn	1999	200	2001	2002	200	200	200	2	200	200	200	201	20	20
	Totalt	Begge	3980	411	4185	4781	469	474	460	5	589	619	591	624	67	60
		Menn	2814	288	2999	3393	334	338	325	3	409	433	408	436	46	40
		Kvinner	1166	122	1186	1388	135	136	135	1	180	186	183	188	21	19
F 10.0	Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse av alkohol, akutt intoksikasjon	Menn	560	633	632	789	818	880	835	1	133	148	148	156	18	21
		Kvinner	409	458	414	472	480	492	500	6 9 1	832	836	931	929	11 45	12 32
F 10.1-F 10.9	Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse, andre diagnoser	Menn	1266	132	1262	1246	122	120	119	1	154	162	148	168	17	89
		Kvinner	284	305	247	274	255	239	237	3 1	364	421	407	406	47 2	24 2
K 70.0 - K 70.4, K	Alkoholinduserte leverskader	Menn	309	273	343	466	509	600	520	6	677	660	620	624	57	53
		Kvinner	160	123	155	221	256	251	259	2	326	335	268	267	25	25
I 42.6	Alkoholisk kardiomyopati	Menn	32	17	18	16	17	13	9	1	8	6	7	3	4	4
		Kvinner	4	1	2	2	3	1	2	1	0	0	1	2	0	0
K 29.2	Alkoholisk gastritt	Menn	27	41	33	33	19	28	32	2	30	33	27	35	24	21
		Kvinner	8	7	7	9	8	12	11	6	5	2	12	5	5	3
E24.4	Alkoholutløst pseudo-Cushings syndrom	Menn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Kvinner	1	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0
G31.2	Degenerasjon av sentralnervesystemet som skyldes alkohol	Menn	29	35	35	53	42	29	54	5	31	27	20	26	18	16
		Kvinner	6	9	11	12	8	11	11	7	10	5	4	9	7	6
G62.1	Alkoholisk polyneuropati	Menn	29	25	19	40	26	33	37	2	40	59	35	27	21	11
		Kvinner	3	8	3	5	12	9	8	1	5	10	3	12	3	9
G72.1	Alkoholisk myopati	Menn	0	2	1	1	2	0	1	1	2	1	0	2	2	1
		Kvinner	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	0	5	0	0
K86.0	Alkoholutløst kronisk pankreatitt	Menn	190	210	197	204	201	146	161	1	122	132	156	168	15	13

		Kvinner	43	46	37	45	42	49	56	5	40	54	56	49	45	43
Q86.0	Føtalt alkoholsyndrom (dysmorft)	Menn	5	1	3	4	3	1	5	3	3	4	6	2	6	1
		Kvinner	1	10	0	2	7	0	4	5	4	1	2	5	4	2
T51.0	Toksisk virkning av alkohol, etanol	Menn	346	309	439	481	444	432	385	2	291	289	226	206	21	27
		Kvinner	257	244	297	328	246	292	255	20	208	193	144	182	168	173
T51.1	Toksisk virkning av alkohol,	Menn	5	8	11	33	14	7	7	4	5	2	2	4	1	6
		Kvinner	4	4	9	16	9	5	2	4	5	1	1	3	0	3
Y 90.3	Påvist alkoholmengde 60-79 mg/100 ml (0,60-0,79 promille)	Menn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		Kvinner	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y 90.8	Påvist alkoholmengde 240 mg/100 ml eller mer (2,40 promille eller mer)	Menn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Kvinner	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Y 91.0, Y 91.1, Y 91.2, Y 91.3, Y 91.9	Alkoholpåvirkning bedømt ved klinisk undersøkelse	Menn	5	0	0	0	1	0	1	1	1	10	4	3	1	1
		Kvinner	4	1	1	0	1	0	0	3	1	0	4	1	1	0
Z50.2	Rehabilitering av alkoholiker	Menn	1	6	1	20	18	5	4	4	1	1	0	1	1	1
		Kvinner	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1
Z72.1	Alkoholbruk, ekskl. avhengighet av alkohol (F10.2)	Menn	10	4	5	7	8	10	8	7	8	4	8	20	27	40
		Kvinner	1	3	1	0	1	2	4	6	4	2	1	6	7	15

* De utvalgte ICD 10-diagnosene er noen av de diagnosene som er 100 % tilskrivbare til alkohol.

** Fordi det fra 2011 er tatt inn flere ICD-10 koder som er tilskrivbare til alkohol, vil totalsummen for årene før avvike fra tidligere utgaver av Rusmidler i Norge

Kilde: Norsk pasientregister (NPR)

3 Tobakk

3.1 Et hundreårsperspektiv på tobakksbruk

For hundre år siden var røyking av sigaretter en normovertredende atferd som, særlig for kvinner, signaliserte uanstendighet og promiskuitet. Det var udannet, simpelt og vulgært å røyke. I flere tiår var den moralske fordømmelse av sigarettene sterk nok til å hindre at andre enn en liten avantgarde av rabulister, som f.eks. bohemkretsen i Kristiania, røykte.

Oppfinnelsen av sigarettmaskinen, påfølgende masseproduksjon, skjerpet konkurranse, prisreduksjoner, framvekst av innovative markedsføringsmetoder og bedret distribusjon i en historisk periode preget av fravær av helseopplysning, førte imidlertid til at røykingen av sigaretter etterhvert nådde epidemiske proporsjoner. Sigarettene kom til å symbolisere modernitet, framskritt og frihet, og pionerne var de unge, urbane, velsituerte mannlige akademikerne - sosiale karakteristika som gjorde dem til effektive læringsmodeller. Rundt 1950 røykte tre av fire voksne menn. Kjendiser og celebriteter, som f.eks. landets kvinnelige sosialminister, reklamerte for sigarettene. Boken om *"Skikk og bruk"* kunne eksempelvis fortelle at det var uhøflig å be om å få spise røykfritt, selv i eget hjem.

Omtrent samtidig kom de første medisinske rapportene om tobakkens skadelige virkninger, og panorama av negative helseeffekter fra tobakksbruk har siden den tid bare økt. Likevel måtte helseinformasjonen i flere tiår konkurrere om publikums oppmerksomhet med en stadig mer intensivt reklameaktivitet fra norsk og internasjonal tobakksindustri. I løpet av de siste 40 årene med statlig forbrukerbeskyttelse (reklameforbud, helseadvarsler, merkingsplikt, hevet aldersgrense, "røykelov", avgiftsøkninger og informasjon) har flere enn 700 000 nålevende nordmenn sluttet å røyke. Røykeandelen blant menn er mer enn halvert, mens røyking blant kvinner aldri utviklet seg til det samme nivå som blant menn. I dag er sigarettene demonisert, industrien skandalisert, atferden denormalisert, mens røykerne både er sosialt deklassert og desimert – enkelte vil kanskje også si stigmatisert og diskriminert.

Sigarettørøykingen kan på sett og vis betraktes som en samfunnsskapt atferdsepidemi som det tok et halvt århundre å etablere, og som vil bruke enda lengre tid på å forsvinne. Først gis det en redegjørelse for konsekvenser for folkehelsen som tobakksbruk kan medføre. Deretter gis en beskrivelse av nikotinmarkedets forsyningskilder, sammensetning og endring. Til slutt følger en kronologisk oversikt over sentrale aktører og hendelser som bidro til å skape de endringene i tobakksforbruket i Norge som er omtalt i det foregående.

3.1.1 Datagrunnlag

Det er benyttet mange datakilder for å beskrive utviklingen i tobakksforbruk og tobakkvaner. Det årlige innenlandske salget av tobakk er siden 1927 registrert av Toll- og avgiftsdirektoratet. Informasjon om det uregistrerte forbruket er beregnet på grunnlag av

informasjon fra tobakksindustrien, fra utsalgssteder for avgiftsfri tobakk og fra grensehandelsundersøkelser, samt fra surveyundersøkelser der røykere og snusbrukere har rapportert sine forsyningskilder. Til grunn for beskrivelser av utviklingen i tobakkvaner ligger hovedsakelig data fra årlige undersøkelser utført av Statistisk sentralbyrå på representative utvalg i befolkningen siden 1973. Det ble også hentet inn data fra en rekke andre enkeltstående undersøkelser som opp gjennom årene har blitt utført av mange forskjellige markedsanalysebyråer. Kildene vil bli oppgitt i løpende tekst, og på mange områder er det også henvist til faglig litteratur publisert fra SIRUS eller andre. Den detaljerte kronologien over viktige begivenheter i norsk tobakkshistorie (se appendiks) er utarbeidet spesielt for «Rusmidler i Norge» og har ikke tidligere vært publisert. Oversikten bygger på historiske stortingsmeldinger og -proposisjoner, industrihistoriske dokumenter, fabrikketellinger, reklamehistorie, materiale fra tobakkskontrollbevegelsen, samt opplysninger hentet fra relevant skjønn- og faglitteratur inkludert Tidsskrift for Den norske legeforening.

3.2 Tobakksbruk og konsekvenser for folkehelsen

Blant risikofaktorer knyttet til livsstil er røyking den mest alvorlige. Røyking kan knyttes til mer enn 45 ulike sykdomstilstander, hvorav omtrent 20 kan være dødelige. Langvarig røyking kan skade de fleste organsystemer i kroppen (USDHHS 2014). Helseeffektene av langvarig snusbruk er ikke utforsket på samme måte som ved røyking. De foreliggende kunnskapsoppsummeringene konkluderer imidlertid med at snusbruk ikke er risikofritt, men at skadepanorama er mindre alvorlig enn ved røyking. Snus fører ikke til unike sykdommer som ikke også oppstår ved røyking, og for de sykdommene som kan oppstå både ved røyking og snusbruk, er risikoøkningen gjennomgående langt høyere ved røyking (SCENHIR 2008).

Ekspertgrupper som med ulike tilnæringsmåter har sammenlignet helseeffektene mellom snusbruk og røyking, har alle konkludert med at snus innebærer en skadereduksjon på minimum 90 % (Levy et al. 2004, Nutt et al 2014, ACSH 2013). Størrelsen på risikoreduksjonen ved overgang fra sigaretter til snus vil selvsagt variere for ulike sykdommer; fra 100 % reduksjon for respirasjonssykdommer (som er skyld i nesten halvparten av alle tobakksrelaterte dødsfall i Norge), til langt mindre risikoreduksjon for andre sykdommer som for eksempel kreft i bukspyttkjertel (som er årsak til ganske få tobakksdødsfall). Anslaget som etter hvert er blitt standard i forskningslitteraturen - og annektert av en rekke medisinske organisasjoner - er «minst 90 % risikoreduksjon». En risikoreduksjon på 90 % framkommer med andre ord som et 'globalt' resultat av risikoforskjeller mellom snusbruk og røyking regnet ut for en rekke enkeltsykdommer, i kombinasjon med den vekt hver av disse sykdommene har for det totale skadepanorama fra tobakksbruk.

Potensialet for nikotinavhengighet er sannsynligvis omtrent det samme ved røyking og snusbruk (SCENHIR 2008). Det er imidlertid ikke påvist at inntak av nikotin i seg selv - på

det eksponeringsnivå det er snakk om - gir noen alvorlige helsekonsekvenser (Royal College of Physicians 2007, USDHHS 2014).

3.2.1 Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken i den vestlige verden, og rundt 28 prosent av all slik sykdom er beregnet å ha røyking som årsak (SCENHIR 2008).

Hjerteinfarkt og hjerneslag er de vanligste av disse sykdommene. Risikoen for hjerteinfarkt hos røykere anses i allmennhet å være to til tre ganger høyere enn hos ikke-røykere, noe avhengig av forbruksintensitet (Teo et al 2006). I Norge er det beregnet at mer enn halvparten av dødsfallene som kan knyttes til røyking hos personer mellom 40 og 70 år skyldes hjerte- og karsykdom (Vollset et al 2006).

Bruk av snus er assosiert med økt risiko for plutselig død blant pasienter med en hjerte-kar sykdom. Dette settes i sammenheng med at nikotin kan føre til blodtrykksøkning og økt hjerterytme. Det er ikke holdepunkter for at bruk av skandinavisk snus forårsaker nye tilfeller av hjerte-kar sykdommer blant friske. Nylig ble dette bekreftet i en samlet analyse av åtte prospektive undersøkelser på til sammen over 130 000 svenske menn (Hansson et al 2012).

3.2.2 Kreft

Røyking øker risiko for kreft i lunger, strupehode, munnhule, svelg, spiserør, bukspyttkjertel, nyrer, urinblære og livmorhals. Blant disse er det lungekreft som har sterkest sammenheng med røyking. Ca 90 % av alle tilfeller blant menn og 80 % blant kvinner skyldes røyking. Lungekreft er likevel årsak til kun ett av seks røykerelaterte dødsfall blant menn og ett av fire blant kvinner (Vollset et al., 2006). Kreftrisikoen øker med antall sigaretter per dag og varighet på røykekarriere (USDHHS, 2014).

Kjemiske analyser har vist at framstillingsmåte og oppbevaringsmetoder for snus har medført redusert innhold av metaller, tjærestoffer (polysykliske aromatiske hydrokarboner) og kjente kreftfremkallende stoffer som tobakksespesifikke nitrosaminer (Österdahl et al 2004, Stepanov et al 2008, 2010, Borgerding et al 2012). I likhet med en rekke andre konsumprodukter inneholder svensk snus fortsatt kreftfremkallende stoffer, men grunnet bl.a. framstillingsmåte (varmebehandling) og kjølig oppbevaring etter den såkalte Gothiatek-standard (Rutqvist et al 2011) er nivået langt lavere enn i de snustypene som brukes i USA og Asia (IARC 2012, SCENIHR 2008), og de snustypene som ble brukt her i landet før 1990. Verdens helseorganisasjon har klassifisert kategorien 'røykfri tobakk' som kreftfremkallende, men understreker samtidig at svensk snus har lavere skadepotensial enn de øvrige tobakksproduktene som inngår i denne kategorien (WHO 2008).

Nyere systematiske oppsummeringer av befolkningsundersøkelser viser at bruk av svensk snus – i motsetning til røyking – verken er assosiert med kreft i lunge, munnhule, blære,

matesekk, nyre eller strupehode (SCENIHR 2008, Lee & Hamling 2009, Lee 2011). For kreft i bukspyttkjertel og spiserør er resultatene motstridende (Bertuccio et al 2011, Bofetta et al 2008, Lee 2011, IARC 2012), men risikoestimaterne ser uansett ut til å være lavere enn ved røyking (SCENIHR 2008). Epidemiologer understreker at kreft har lang 'inkubasjonstid' og at forskerne derfor trenger lengere observasjonstid for å kunne trekke sikrere konklusjoner om den rolle snusbruk eventuelt kan ha for kreftutvikling. At debutalderen går ned blant snusbrukere, er ytterligere et moment som bidrar til denne usikkerheten når det gjelder kreftutvikling.

3.2.3 Respiratoriske sykdommer

Blant sykdommene i respirasjonssystemet som påvirkes av røyking (bl.a. kronisk bronkitt, lungebetennelse, astma) har KOLS (Kronisk Obstruktiv Lungesykdom) fått mye oppmerksomhet. Sykdommen innebærer at lungevevet brytes ned slik at den syke får tiltagende pustevansker, og kan i alvorlige tilfeller få dødelig utgang. Som ved lungekreft stiger risikoen for KOLS med økende tobakksforbruk og antall røykeår. En klinisk befolkningsundersøkelse i Hordaland fant at 7 % av de som ble undersøkt hadde symptomer på KOLS. Ut fra dette ble det beregnet at så mange som 200 000 nordmenn kan ha denne sykdommen. Av disse er trolig rundt 10 % hardt rammet (Johannesen et al 2005).

Det er beregnet at KOLS, kreft i lunger og lungebetennelse er årsak til 46 % av de tobakksrelaterte dødsfall i EU. Bruk av snus er ikke satt i sammenheng med noen av disse sykdommene.

3.2.4 Passiv røyking

Barn er særlig utsatt for de skadelige stoffene i sigarettøyk. I tillegg til økt risiko for luftveissykdommer, har barn som blir utsatt for passiv røyking høyere sannsynlighet for hyppige infeksjoner i mellomøret. Passiv røyking innebærer også økt risiko for krybbedød. Voksne som utsettes for passiv røyking over lang tid har noe forhøyet risiko for lungekreft og hjerte/kar-sykdom. Det er hevdet at det ikke finnes noen risikofritt nedre grense for eksponering for tobakksrøyk. Kortvarig eksponering kan for eksempel framprovosere sterkere og hyppigere anfall hos barn med astma (USDHHS, 2006).

I tillegg til helserisikoen som knytter seg til passiv røyking er det påvist risiko for skader på foster når mor røyker under svangerskapet. Røyking under graviditeten innebærer blant annet risiko for svangerskap utenfor livmoren, for tidlig vannavgang, blødninger og for tidlig løsning av morkaken. Kvinner som røyker har høyere sannsynlighet for å føde barn som veier mindre enn barn født av røykfrie kvinner (USDHHS, 2004).

Snusbruk i svangerskapet øker også risiko for dødfødsel samt nedsatt fødselsvekt og pustestopp blant nyfødte (Wikström et al 2011).

3.2.5 Hvor mange dør av røyking?

I den vestlige verden er røyking den største enkeltårsaken til sykdom og tidlig død. På verdensbasis regner man med at rundt fem millioner mennesker dør for tidlig på grunn av røyking hvert år. I høyinntektsland kan 17,9 % av dødsfallene og 10,7 % av tapte friske leveår tilskrives røyking (WHO, 2009). Det totale antallet tobakksrelaterte dødsfall er forventet å stige opp mot åtte millioner årlig fram mot 2030. Selv om antallet røykerrelaterte dødsfall forventes å bli lavere i vestlige land som følge av nedgangen i andelen røykere, kan det ventes en fordobling i røykerelatert dødelighet i land med lavt eller middels inntektsnivå, hvor største del av verdens befolkning bor (Mathers & Loncar, 2006).

Folkehelseinstituttet har beregnet at om lag 5 000 personer dør av røyking i Norge hvert år. Dette utgjør om lag 16 % av alle dødsfall - 19 % blant menn og 14 % blant kvinner. Hvis man holder de som dør etter fylte 70 år utenfor, er antallet røykerrelaterte dødsfall rundt 2 000 per år. I 26 % av alle dødsfall blant kvinner og 40 % av alle dødsfall blant menn mellom 40 og 70 år var røyking en hoved- eller medvirkende årsak. Kvinner som døde av røyking mellom 40- og 70 års alder, tapte i gjennomsnitt 14 leveår, for menn var gjennomsnittet 20 år (Vollset et al., 2006).

3.2.6 Andre konsekvenser av røyking og snusbruk

I tillegg til risiko for død innebærer røyking økt sannsynlighet for å måtte leve med dårlig helse og forringet livskvalitet. En dansk undersøkelse viste at røykere i gjennomsnitt har 5–7 flere år av opplevd dårlig helse sammenlignet med ikke- røykere (Brønnum-Hansen & Juel, 2001). Amerikanske undersøkelser har vist at røykere oftere er borte fra jobben enn ikke- røykere, og når de blir syke bruker de lengre tid på å bli friske. Røykere går oftere til legen, de blir oftere innlagt på sykehus og de har lengre liggetid når de blir innlagt sammenlignet med personer som ikke røyker (USDHHS, 2004). I tillegg til de belastningene dette innebærer for røykerne selv, koster sykdom forårsaket av tobakksbruk samfunnet store summer hvert år. Helsedirektoratet har beregnet at de årlige kostnadene ligger i intervallet 8 – 20 milliarder kroner. Dersom man forsøker å inkludere verdien av tapte leveår og livskvalitet, kan tapet bli nærmere 80 milliarder kroner (Helsedirektoratet 2010). Slike tall er imidlertid beheftet med stor usikkerhet, og resultatet vil variere med beregningsmetode.

Det å bli utsatt for andres tobakksrøyking kan i tillegg til økt helserisiko også oppleves som ubehagelig og sjenerende. I de årlige tobakksvaneundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) går det fram at andelen som føler seg plaget av passiv røyking har økt i løpet av de siste 30 årene (Lund & Lindbak, 2003). I denne perioden har imidlertid beskyttelsen mot passiv røyking blitt bedre, så økningen gir mest sannsynlig uttrykk for en holdningsendring og ikke en reell forverring i eksponering. De samme undersøkelsene viser også en økning i andelen som ikke aksepterer røyking i eget hjem. Økningen er spesielt høy når eksponeringen relateres til situasjoner hvor barn er til stede (Lund & Lindbak, 2003).

Selv om skadepotensialet ved røyking er høyere, er snusbruk på ingen måte risikofritt. Bruk av snus er forbundet med lokale endringer i munnslimhinnen der prisen plasseres. Noen endringer er reversible (lesjoner), mens andre skader er permanente (gingivale retraksjoner). Risiko for slimhinneforandringer er lavere ved bruk av posesnus (IARC 2012, Kunnskapssenteret 2005). Karies blir ikke lengre ansett som en følgeskade av snusbruk (Hugosen et al 2012).

3.3 Nikotinmarkedets sammensetning og endring

Utover det registrerte innenlandske salget av tobakk, har de om lag 1.2 million tobakkskonsumentene i Norge i hovedsak tre forsyningskilder til sitt forbruk; grensehandelen i Sverige og Danmark, den legale avgiftsfrie reiseimporten fra utlandet, og tobakk som illegalt er smuglet til landet. Felles for disse omsetningskanalene er at forbruket ikke blir registrert i norsk økonomi og ikke gir innenlandske skatteinntekter. Volumet av uregistrert tobakk er selvsagt vanskelig å beregne, men antas å være lite før 1980. Økende reiseaktivitet, større prisforskjeller til våre naboland og tiltakende arbeidsinnvandring gjør det sannsynlig at tobakkskonsumet fra uregistrerte kilder har økt. Det antatt største kvantum tobakk omsettes likevel fra de om lag 18 000 tobakksforhandlerne her til lands. Denne avsetningen registreres av myndighetene, og salgsoppgaver finnes helt tilbake til 1910.

Vi vil her vise utviklingen i det registrerte salget av tobakksprodukter slik dette er registrert av Toll- og avgiftsdirektoratet. Videre skal det gis en oversikt over konsumet som antas å stamme fra uregistrerte forsyningskilder.

3.3.1 Det registrerte salget av tobakk

Figur 1 viser registrert salg (uttrykt i gram) av fabrikkframstilte sigaretter, rulletobakk, tobakk til piperøyking, sigarer/sigarillos, skråtobakk og snus pr nordmann over 15 år i perioden 1909 til 2012. Omsetningen av fabrikkframstilte sigaretter har vært oppgitt i antall og blitt omregnet til vekt ved å sette en sigarett ekvivalent med 1 gram tobakk.

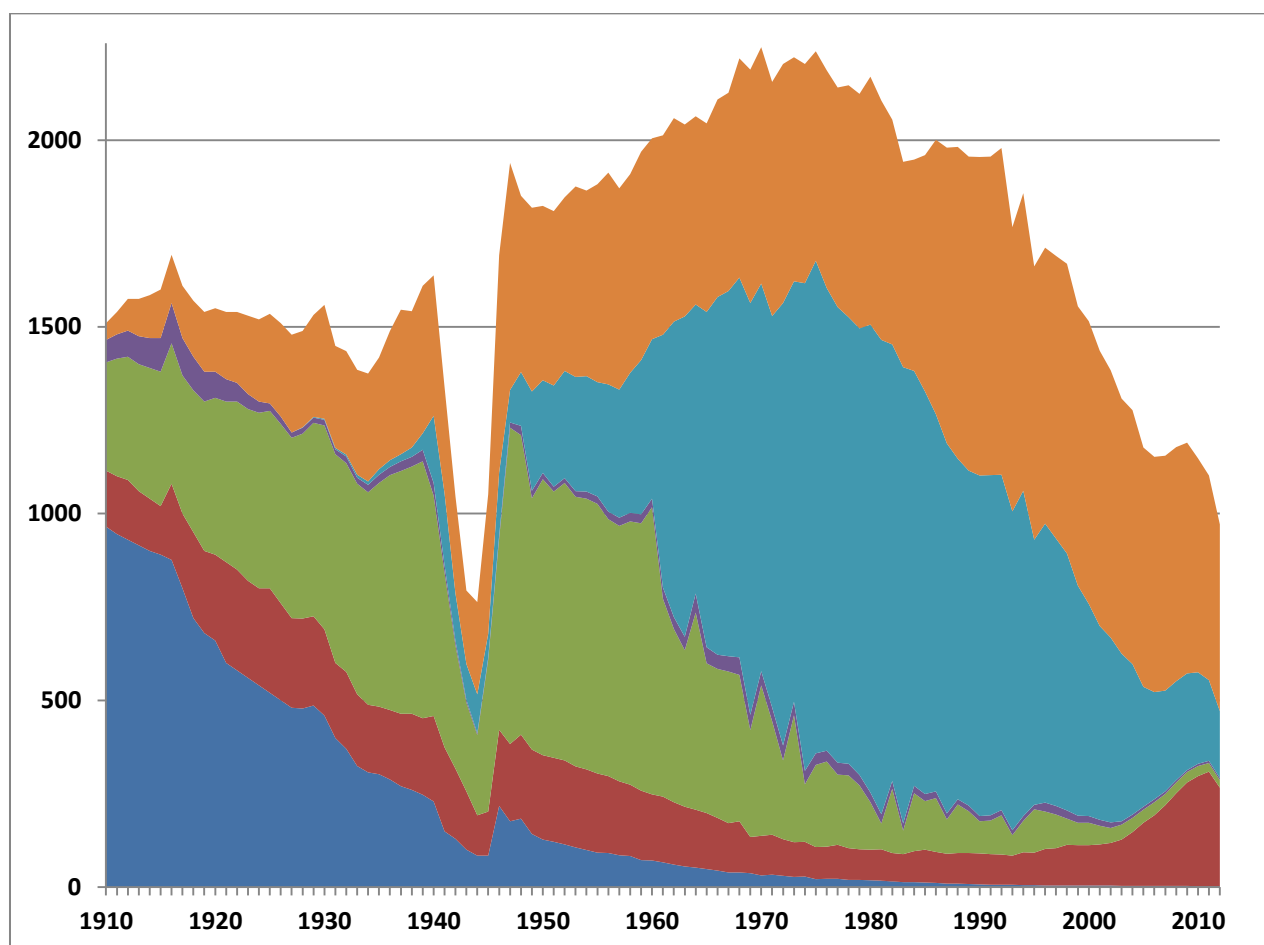
Det samlede salget av tobakk

Det registrerte salget av tobakk (alle produkttyper til sammen) har steget fra ca. 1 500 gram pr voksen (15 år +) i 1909 til flere «toppnoteringer» rundt 2 250 gram midt i 1970-årene.

Veksten i salget av tobakk var særlig sterk i periodene før begge verdenskrigene. Under siste verdenskrig (1940-45) var reduksjonen i salget dramatisk. Det lokale toppunktet i salget rett etter krigen kan tyde på at årene med rasjonering og kvalitetssvak tobakk førte til et oppdemt behov. Etter 1975 har det innenlandske salget av tobakksvarer på ny gått ned.

Nedgangshastigheten var særlig høy i perioden 1990-2005. I perioden fra 1975 til 2012 ble totalsalget redusert med ca. 55 %. Det årlige salget av tobakk i Norge er nå tilbake på samme nivå som for krigsårene. I 2013 ble det solgt ca. 950 gram tobakk pr innbygger 15 år og over.

Figur 3.1: Registrert salg av ulike tobakksprodukter i gram pr innbygger 15 år +, 1909-2012. Fra nederste til høyeste segment skråtobakk (blå), snus (rød), pipetobakk (grønn), sigarer (lilla), rulletobakk (turkis), fabrikkframstilte sigaretter (beige). Vedleggstabell 3.4



Kilde: Toll og avgiftsdirektoratet, Statistisk sentralbyrå, SIRUS.

Ikke-brennbar tobakk (skrå og snus)

Den mest dramatiske endringen i det norske tobakksalget i det 20. århundre var tilbakegangen for ikke-brennbare tobakksprodukter, også kalt munntobakk eller tyggetobakk. I hovedsak er dette skråtobakk, som tygges og spyttes, samt ulike snusvarianter som plasseres under leppen. I 1909 utgjorde salget av ikke-brennbar tobakk ca. 75 % av det omsatte volum. Skråtobakken var det suverent mest populære tobakksprodukt og hadde i 1909 en markedsandel (regnet i vekt) på 68 % alene. Dette året ble det solgt 995 gram skråtobakk pr. voksen, men fram mot andre verdenskrig gikk salget dramatisk tilbake og skulle seinere aldri ta seg opp igjen.

Inntil 1960-årene var snus det tobakksprodukt som hadde det mest stabile salget. I hele perioden 1909-1965 var salget av snus pr voksen rundt 200 gram. I perioden etter 1965 gikk salget av snus gradvis ned. En salgsbunn inntraff i 1983 med bare 75 gram snus omsatt pr

voksen. Fra midten av 1990-årene begynte imidlertid salget av snus å tilta, og etter årtusenskiftet ble økningen særlig sterk. I 2009 hadde snus – for første gang siden 1948 – høyere markedsandel enn rulletobakk, og snus ble fra da av det nest største tobakksproduktet i Norge etter de fabrikkframstilte sigarettene.

Pipetobakk

Selv om piperøyking var den dominerende *røykemåten* før 1930, hadde tyggetobakk og særlig skråtobakk hatt større omsetning enn pipetobakken. I perioden 1930-1960 var imidlertid salget av tobakk til piperøyking det største av alle tobakksprodukter. Sigarettøyking - enten disse var selvrullet eller fabrikkframstilt - ble riktignok mer populært enn piperøyking fra 1950 av, men salget av pipetobakk fortsatte å være det størst av alle tobakksprodukter i enda 10 år. Salgstoppen for pipetobakk inntraff rett etter andre verdenskrig med ca. 850 gram pr innbygger 15 år+. Salget hadde da økt fra ca. 265 gram i 1909. Den første femtenårsperioden etter krigen var salget av pipetobakk stabilt - rundt 700 gram pr innbygger over 15 år. Etter 1960 har imidlertid salget av tobakk røykt i pipe gått kraftig tilbake, og i likhet med forbrukerne av skråtobakk, er piperøykeren nå blitt et kuriøst innslag blant tobakkskonsumentene.

Sigarer/sigarillos

Anslagene for salget av sigarer/sigarillos før 1966 er de mest usikre i denne oversikten. Med forbehold om de første tiår etter århundreskiftet, er det likevel på det rene at omsetningen av disse produkttypene har utgjort en relativt liten andel av det totale tobakksalget i Norge de siste hundre år.

Rullesigaretter

Rulling av røyketobakk i sigarettpapir har først og fremst vært et etterkrigsfenomen, og da tollene på sigarettpapir i 1960 falt bort, skjøt salget av rulletobakk virkelig fart. I få andre land har det vært solgt så mye rulletobakk pr. innbygger som i Norge. Fra 1960 og helt til 1995 var rulletobakken det mest solgte tobakksprodukt her i landet. Mens omsetningen av tobakk til rulling rett etter krigen var ca. 90 gram pr innbygger over 15 år, var salget i toppåret 1975 på hele 1 320 gram. Dette året hadde rulletobakken en markedsandel på 60 %. Siden har omsetningen av rulletobakk imidlertid vist en sterkt fallende trend, og hadde i 2013 med en markedsandel på kun 18 %.

Fabrikkframstilte sigaretter

Ser vi bort fra krigsårene, har salget av fabrikkframstilte sigaretter vist en noenlunde jevn stigning i hele det 20. århundre. Omsetningsøkningen var særlig sterk en periode på 1980-tallet, men har likevel ikke vært stor nok til å oppveie det reduserte salget av de andre tobakksproduktene - særlig rulletobakk - etter 1975. Mens det i 1909 kun ble omsatt 30 gram fabrikkframstilte sigaretter, hadde salget sitt toppunkt i 1992 med 875 gram pr innbygger over

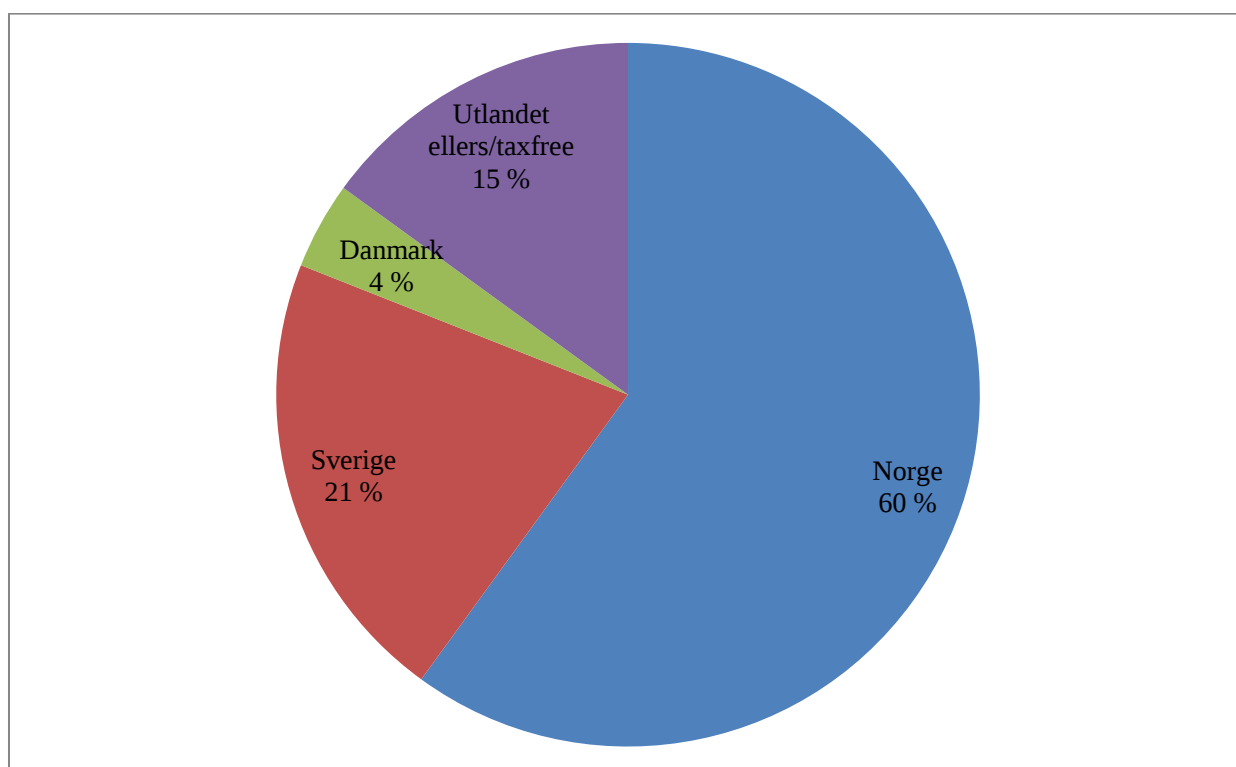
15 år. Til tross for at salget gradvis ble redusert til 500 gram i 2012, har fabrikkframstilte sigaretter siden midten av 1990-årene vært det mest omsatte av alle tobakksprodukter.

3.3.2 Forbruk av tobakk fra uregistrerte forsyningskilder

De årlige røykevaneundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå har siden 1990 inkludert spørsmål til dagligrøykere om opprinnelsesland for siste døgns sigarettforbruk.

Vedleggstabell 3.1 viser at en stadig mindre andel av sigarettene kjøpes i Norge. Mens nærmere 90 % av sigarettene ble anskaffet i hjemlandet på begynnelsen av 1990-årene, har dette i de påfølgende 20 år blitt redusert til ca. 60 %.

Figur 3.2: Selvrapportert forsyningskilde for sigaretter røykt siste døgn fra dagligrøykere. Data slått sammen for årene 2008, 2009, 2010, 2011 og 2012 (N=1081). Vedleggstabell 3.1



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Grensehandel

Nordmenn kan medbringe inntil 200 sigaretter eller 250 gram andre tobakksvarer som snus eller rulletobakk fra utlandet uten å måtte betale toll. Nordmenns kjøp av tobakk i Sverige før 1980 var liten fordi prisforskjellene da var små. Før 1974 var tobakksprisen faktisk lavere i Norge enn i Sverige, mens den i perioden 1974-1981 var noenlunde den samme. De store prisforskjellene har kommet i løpet av de siste 35 år. Sammen med kursutviklingen for norske kroner, devalueringer av den svenske kronen, økning i disponibel realinntekt i Norge, Sveriges inntreden i EU og tilbudsutviklingen i detaljhandelen på svensk side, kan dette forklare økningen i grensehandelen. I 2011 var tobakksvarer hele 51 % billigere i Sverige

(HUI Research 2013). Prisutviklingen på andre grensehandelsutsatte varer – i første rekke kjøtt, meieriprodukter, dagligvarer, alkohol, mineralvann og søtsaker – og at det ble slutt på lørdagsstengte systembolagutsalg, er andre forhold av betydning. I tillegg har den voldsomme medieeksponeringen av grensehandelsfenomenet forsterket handlemotivet ytterligere. For 2012 ble det beregnet at nordmenn foretok 7.4 millioner dagsreiser til Sverige for å handle, og at 45 % av de reisende tok med seg tobakksvarer (HUI Research 2013). I SSB-undersøkelsene rapporterte norske røykere at de i gjennomsnitt for perioden 2008-2012 hadde kjøpt 21 % av sitt sigarettkonsum i Sverige. Ved begynnelsen av 1990-årene var omfanget kun 3-4 % (vedleggstabell 3.1).

Avgiftsfri reiseimport

Innehavere av tillatelse for avgiftsfritt salg på flyplasser er pliktige til å avgi opplysninger om omsetning til SIRUS. Tre selskaper driver slikt salg på i alt 16 norske flyplasser. SIRUS har beregnet at volumet av tobakksvarer omsatt fra norske flyplasser i gjennomsnitt for 2010 og 2011 utgjorde ca. 16 % av den innenlandske omsetningen. Ytterligere 4 % ble omsatt avgiftsfritt fra ferger i utenriksfart. Når dette omregnes til andel av totalforbruket, viser det god overensstemmelse med hva røykerne selv rapporterer om sine forsyningskilder. For perioden 2008-2012 oppga røykerne at 15 % av sigarettene var avgiftsfri reiseimport. Dette er en dobling i forhold til begynnelsen av 1990-årene. Økningen kan bl.a. forklares med at antall nordmenn på utenlandsreiser har økt.

Fra 2010 til 2012 økte taxfree-salget av snus med 108 %, fra 115 tonn til 239 tonn. I samme periode gikk salget av rulletobakk tilbake med 21 %, mens det var liten endring for de øvrige tobakksprodukter.

Smugling

Underrapportering av illegal atferd i spørreundersøkelser gjør smuglingen av tobakk til den forsyningskilde som er vanskeligst å beregne. Tollvesenet registrerer antall beslag og mengde beslaglagt tobakk (vedleggstabell 3.2 – 3.3). Volumet varierer fra år til år, men gjennomsnittet for perioden 2012-2013 var 11,3 tonn tobakksvarer. Beslaget reflekterer i liten grad det volum som antas å bli innsmuglet til landet. I beste fall kan variasjoner i beslagstillene indikere en trend i smuglingen. Går vi ut fra at beslagene hos Tollvesenet utgjør 5 % av faktisk innsmuglet mengde, må vi for de seinere årene legge til enda 230 tonn i det uregistrerte forbruket. Anslag for innsmuglet tobakk er imidlertid ikke inkludert i figur 3 pga. stor usikkerhet.

Smugling av tobakk deles gjerne i tre former. Vanligst er smugling til eget bruk. Her er nesten alle beslag 1 – 3 kartonger over lovlig kvote, og antas derfor å bidra lite i det totale bildet. Neste kategori er smugling som yrkesrelatert bigeskjefte. Typiske deltakere er langtransportsjåfører, sjøfolk, ansatte i flyselskaper og på godsterminaler eller andre som arbeider med transport over landegrenser. Gjennom legal godshåndtering har de muligheter

for ulovlig import av tobakk. Den profesjonelle containersmuglingen er en tredje kategori, som volummessig antas å bidra til det aller meste av den ulovlige importen av tobakk.

Tobakksindustriens beregninger av uregistrert forbruk

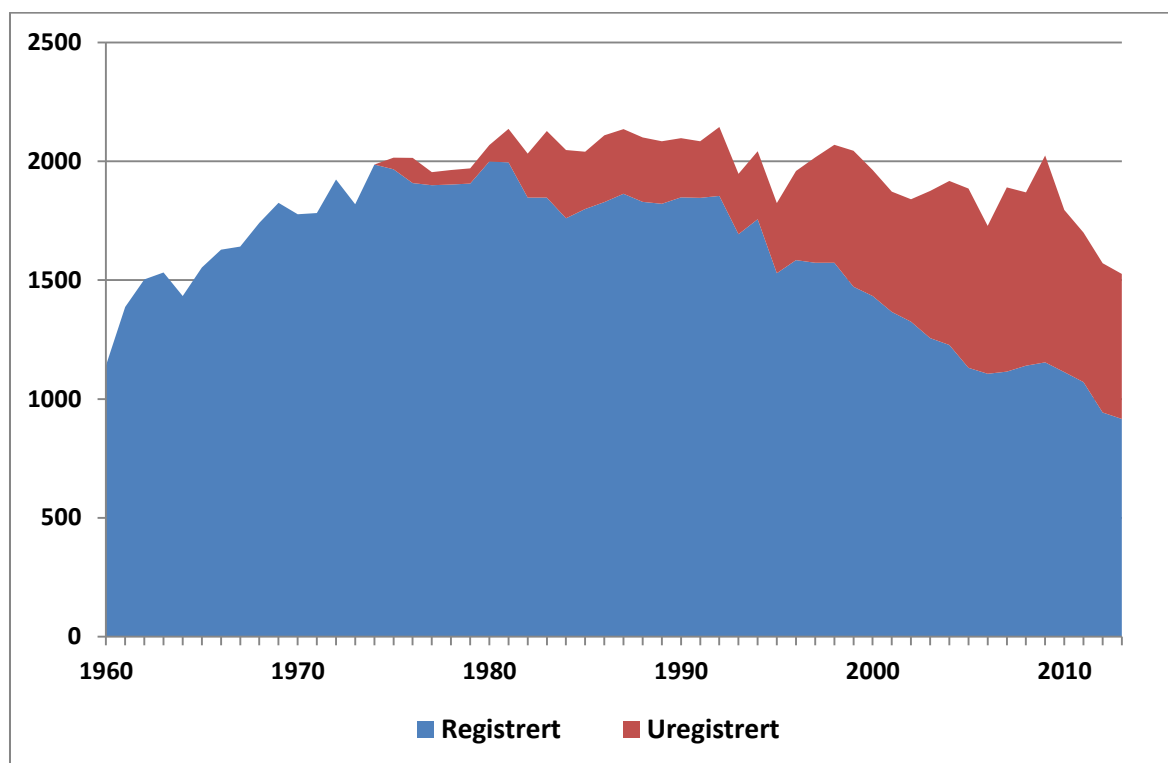
Tidligere utga Tobakksindustriens felleskontor egne oversikter over omfanget av grensehandel og avgiftsfritt tobakksalg fra ferjer og flyplasser. J.L. Tiedemanns tobakksfabrikk, som fram mot fusjonen med Skandinavisk tobakkskompagni i 1998 var den suverene markedsleder i Norge, kunne identifisere størrelsen på det norske markedssegmentet utfra sin avsetning av typiske norske merker til forhandlere i Sverige. Det foreligger imidlertid ingen detaljert beskrivelse av beregningsmetodene. Ifølge industrien økte det uregistrerte konsumet fra 150-200 tonn i perioden 1975-1980 til 800-900 tonn i perioden 1983-1994.

Det norske tobakksmarkedet domineres nå av multinasjonale selskaper, og det gis ikke lenger tilsvarende oversikt over grensehandel. I de seinere år har imidlertid de fire største aktørene, Philip Morris International, British American Tobacco, Imperial Tobacco Limited og Japan Tobacco International samarbeidet for å identifisere opprinnelsesland for tomme sigarettpakker etterlatt på gater og i avfallsdunker. Hvert år siden 2009 har industrien plukket et utvalg på til sammen 5000 tomme sigarettpakker i de åtte største byene. Opplysninger på emballasjen brukes for å bestemme hvor pakkene kom fra. Denne beregningsmetoden viste at drøyt 40 % av sigarettpakkene i 2012 ikke var kjøpt i Norge – en økning fra 30 % i 2009. Dette var i overensstemmelse med selvrapporteringen i i SSB-undersøkelsene, der 40 % av volumet for perioden 2008-2012 ble oppgitt å være kjøpt i utlandet. Mens røykerne oppga at Sverige var den største ikke-registrerte forsyningskilde, fant tobakksindustrien i sin undersøkelse at andel taxfree-sigaretter var dobbelt så stor som andelen kjøpt i Sverige. Utenom Sverige kom mange av sigarettene fra land som Polen, Romania, Russland og Litauen (MS Intelligence 2013).

3.3.3 Estimering av det totale tobakksforbruket

Figur 3.3 viser det samlede forbruket av sigaretter, røyketobakk og snus i Norge når vi tar hensyn til omfanget av det uregistrerte volumet (minus smugling). Figuren viser at økningen i grensehandelen og den avgiftsfrie reiseimporten siden 1975 nesten har oppveid for nedgangen i det registrerte salget. Mens toppunktet for det registrerte salget av tobakk i Norge var rundt 1975 (fig 3.1), så har sannsynligvis forbrukstoppen for norske røykere først inntruffet på begynnelsen av 1990-tallet (fig 3.3). I gjennomsnitt forbrukte hver voksen nordmann (15 år+) 2101 gram tobakk i femårsperioden 1988-1992. Tjue år seinere, i perioden 2008-2012, var forbruket redusert til 1764 gram – en reduksjon på kun 16 %. Som det vil framgå, er det dårlig samsvar mellom denne forbruksutviklingen og den sterke nedgangen i andel som i undersøkelser rapporterer at de røyker (fig 3.5). Den manglende korrespondansen illustrerer at datakildene er usikre.

Figur 3.3. Gjennomsnittlig samlet forbruk per innbygger 15 år + av sigaretter, røyketobakk og snus 1960-2013. Beregnet på grunnlag av kjøp fra forhandlere i Norge (registrert salg), kjøp i naboland (grensehandel) og kjøp fra flyplasser og ferjer (taxfree-salg). Smuglet tobakk er ikke med. Vedleggstabell 3.6



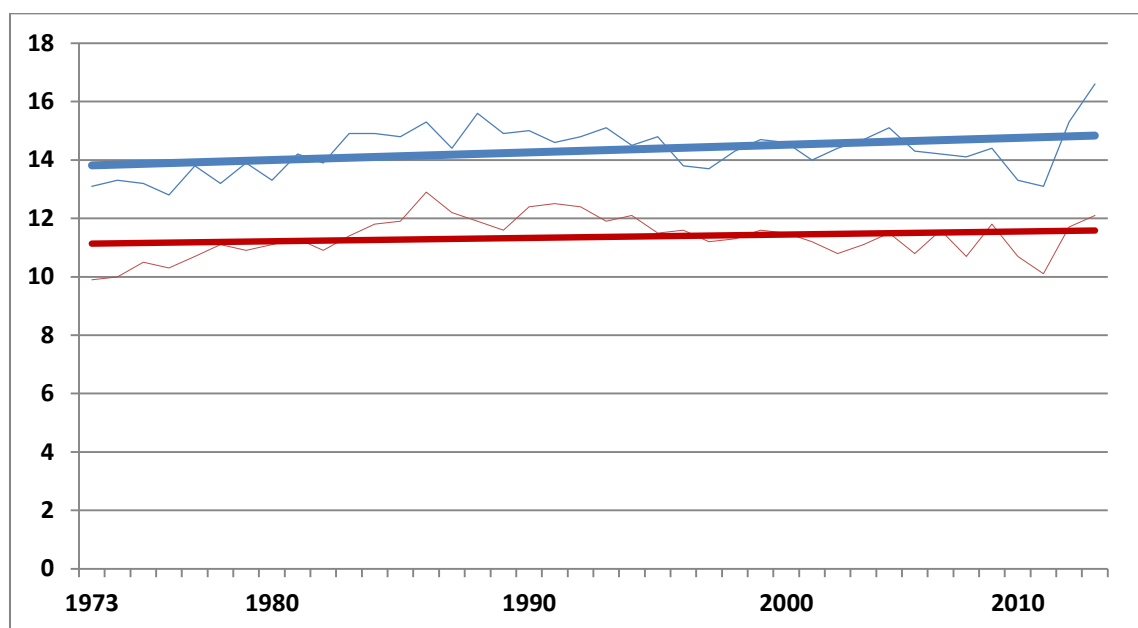
Kilde: SIRUS

Flere forskere har brukt nedgangen i det innenlandske salget av tobakk etter 1975 som illustrasjon på effekt fra implementeringen av den norske tobakkskadeloven i 1975 som bl.a. forbød tobakksreklame, satte en 16-års aldersgrense for kjøp, innførte en helseadvarsel, og initierte statlige opplysningstiltak (Bjartveit 2007). Mye tyder imidlertid på at nedgangen i tobakksforbruket ikke faller sammen med lovgivningen tidsmessig, uten at man dermed kan utelukke at det likevel kan være en sammenheng. Figuren støtter eksempelvis en hypotese om at lovgivningen bidro til å bremse en oppadgående trend i forbruket.

3.3.4 Selvrapportert forbruk av tobakk

I 2012 var forbruket pr røyker 16,6 sigaretter for menn og 12,1 for kvinner. Figur 3.4 viser at dagskonsumet gjennomgående har vært ca. tre sigaretter høyere for mannlige enn for kvinnelige dagligrøykere i perioden 1973-2012. Det kan observeres en svakt stigende forbruksintensitet for røykere av begge kjønn. Økningen blir tydeligere dersom vi sammenligner med tidligere perioder. For perioden 1930-1950 viste eksempelvis Rønneberg, Lund & Hafstad (1994) at dagskonsumet var ca. 8 sigaretter for menn og ca. 6 sigaretter for kvinner.

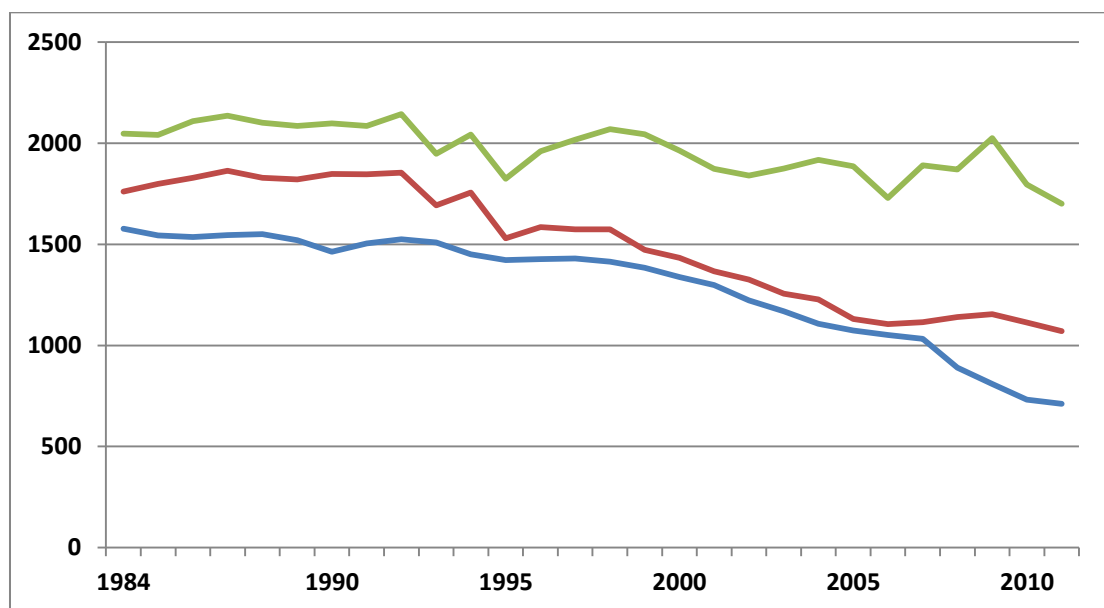
Figur 3.4: Gjennomsnittlig forbruk av sigaretter pr. dag for mannlige (blå) og kvinnelige (rød) dagligrøykere i alderen 16-74 år, 1973-2012. Lineær trendlinje (tykk) basert på årlige observasjoner (tynn)



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Basert på opplysninger om andel røykere og røykernes rapportering om eget dagsforbruk (figur 3.4), kan man estimere størrelsen på det selvrapporterte konsumet. I figur 3.5 har vi sammenlignet utviklingen i det selvrapporterte konsumet med utviklingen i det registrerte innenlandske salget og utviklingen i det totale konsumet (registrert + ureregistrert). Figuren illustrerer at det er manglende samsvar mellom det totale konsumet og det som lar seg beregne ut fra data i spørreskjemaundersøkelsene. Underrapporteringen i slike undersøkelser har vært stor, og økende over tid. I 1984 utgjorde selvrapportert volum 75 % av det totale konsumet, mens det i 2011 kun utgjorde 41 %. Noe av diskrepansen mellom selvrapportert forbruk og registrert salg skyldes at mengden tobakk forbrukt av *de som oppgir å røyke av og til, de som er under 15 år og de som er over 74 år* ikke er med i beregningen for det selvrapporterte forbruket. Konsumet i disse gruppene vil likevel ikke kunne utligne den observerte forskjellen i selvoppgitt forbruk og beregnet konsum fra registrerte og ureregistrerte forsyningskilder.

Figur 3.5: Utviklingen i gjennomsnittlig selvrapportert forbruk (blå), registrert innenlands salg (rød) og totalt konsum (grønn) pr innbygger 15 år +, 1984-2011. Gram sigarett

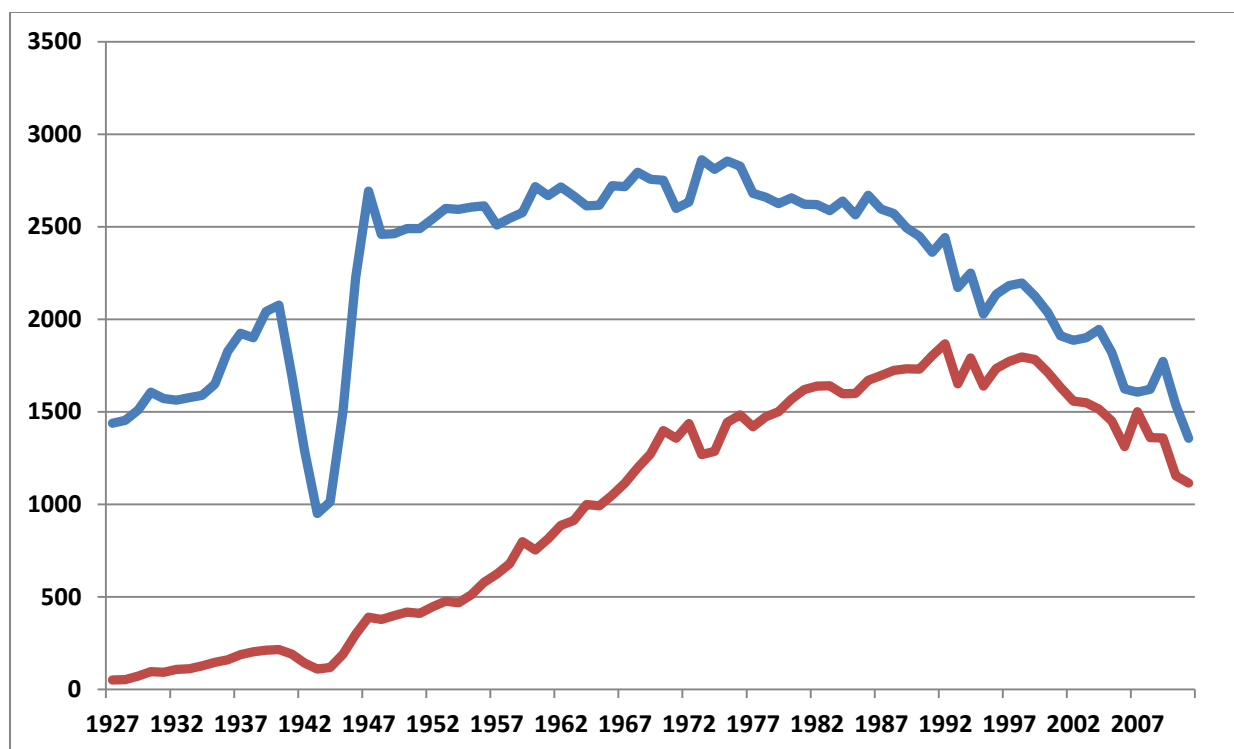


Kilde: SIRUS

3.3.5 Tobakksomsetningen fordelt på kvinner og menn

Figur 3.6 viser det årlige forbruket (registrert + ureregistrert) av røyketobakk (fabrikkframstilte sigaretter/pipe- og rulletobakk) fordelt på kvinner og menn i perioden 1930-2011. Forbruket av sigaretter for menn over 15 år nådde i midten av 1970-årene en topp på 2,8 kg. Drøyt 35 år senere var forbruket nede i 1,5 kg, omtrent det samme som ved inngangen til 1930-årene. Rundt 15-20 år seinere enn for menn oppstod forbrukstoppen blant kvinner, med 1,8 kg. Deretter ble forbruket redusert til ca. 1,1 kg i 2007. I 1930 sto menn for ca. 95 % av sigarettforbruket, mens de i de siste tiår har stått for rundt 55 %. I løpet av røykeepidemiens siste 85 år har ca. 70 % av den akkumulerte mengden på 1.5 trillioner sigaretter blitt konsumert av menn. I et langtidsperspektiv har dermed menn både hatt lengre og en mer intensiv eksponering for sigaretter enn hva gjelder kvinner, noe som eksempelvis gjenspeiles i kjønnsforskjellen i lunkekrefteinsidens (se figur 3.7).

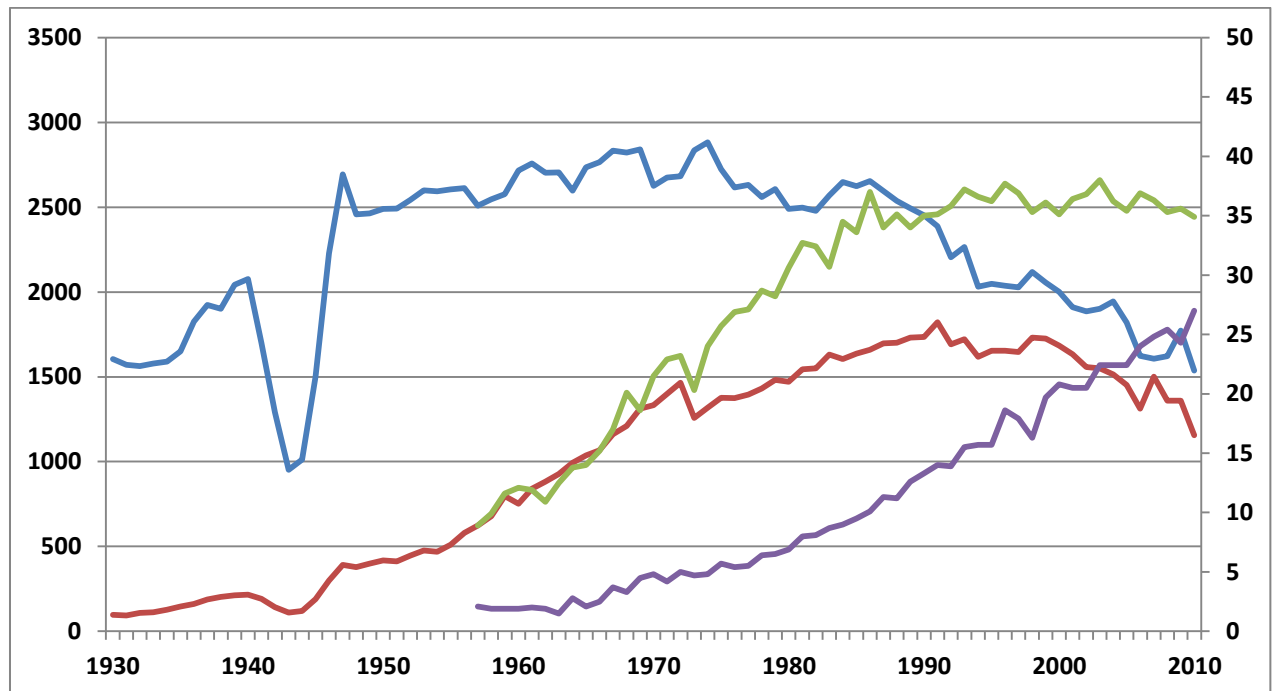
Figur 3.6: Gjennomsnittlig registrert årlig bruk i gram sigaretter for kvinner (rød) og menn (blå) 15 år+ i perioden 1927–2011. Vedleggstabell 3.5



Kilde: SIRUS

Kreft i lunge er den sykdommen som har sterkest sammenheng med sigarettøyking. Om lag 90 % av alle tilfeller blant menn og 80 % blant kvinner skyldes røyking. Kreftrisikoen øker med antall sigaretter per dag og varighet på røykekarriere (USDHHS, 2014). I figur 3.7 er raten for nye tilfeller av lungekreft vist sammen med utviklingen i sigarettforbruket for kvinner og menn. Kurvene viser at veksten i lungekreft har et parallelt forløp med økningen i sigarettforbruket, men med flere tiårs forsinkelse. I løpet av 1990-årene avtok veksten i lungekreft for menn, og dette har sammenheng med den forutgående nedgangen i røyking. Utflatingen i kvinners sigarettforbruk skjedde noe seinere enn for menn, og har ennå ikke rukket å forplante seg i en tilsvarende nedgang i lungekreft.

Figur 3.7: Gjennomsnittlig årlig bruk i gram sigaretter for kvinner (rød) og menn (blå) over 15 år i perioden 1927–2010 og nye tilfeller av lungekreft pr 100 000 (aldersjustert) for menn (grønn) og kvinner (lilla) 1956–2010



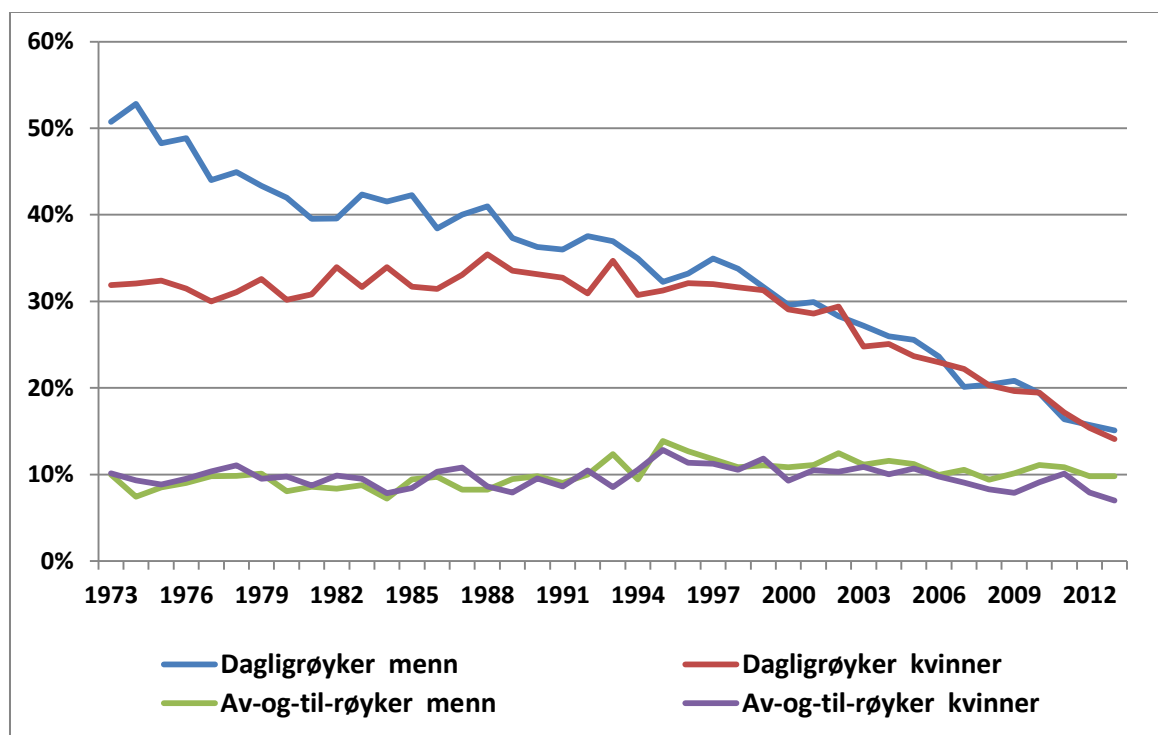
Kilde: SIRUS, Kreftregisteret

3.4 Røykingens epidemiologi

3.4.1 Kjønn og alder

Helt fram til årtusenskiftet var det flere menn enn kvinner som rapporterte at de røykte daglig. Utbredelsen av personer som oppgir å røyke av og til har vært noenlunde den samme for begge kjønn i hele perioden etter 1973 (figur 3.8).

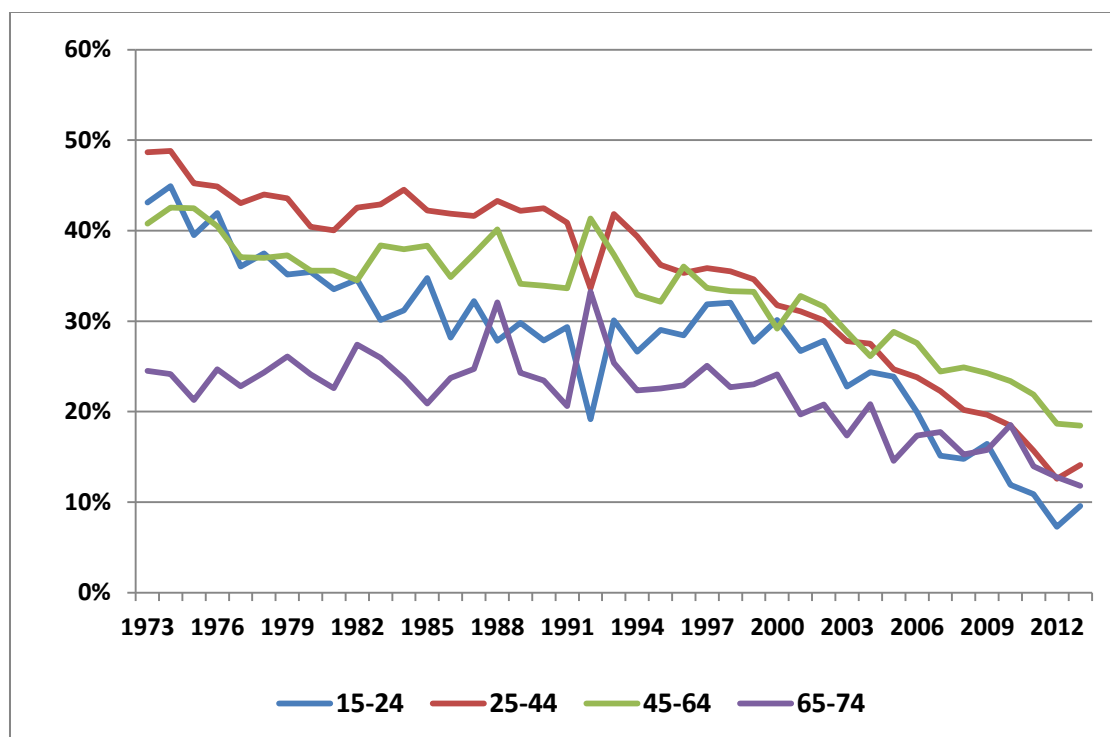
Figur 3.8: Andel daglig og av-og-til-røyking blant kvinner og menn, 1973-2013.
Vedleggstabell 3.8



Kilde: Statistisk sentralbyrå

I årene etter 1973 har andelen røykere blitt redusert i alle aldersgrupper, med en tendens mot raskere nedgang etter årtusenskiftet (Figur 3.9). Høyest forekomst av røyking finner vi blant unge voksne og de middelaldrende (25 – 64 år), mens det er færre som røyker både i den yngste og den eldste aldersgruppen.

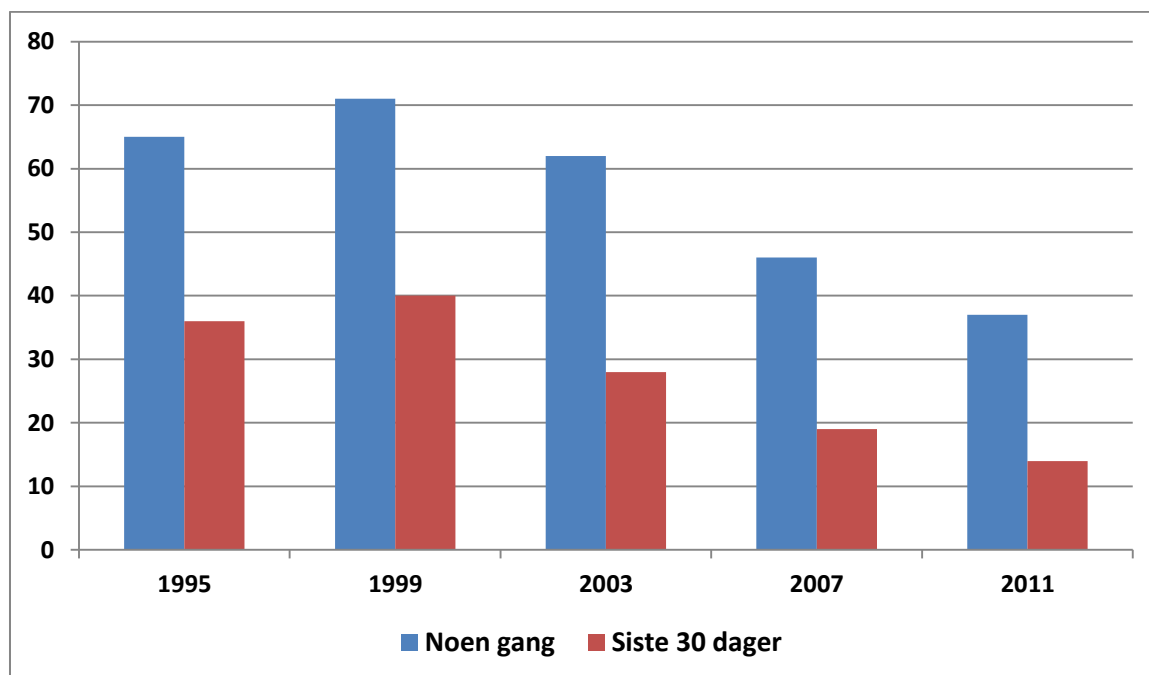
Figur 3.9: Andel som oppgir å røyke daglig i ulike aldersgrupper 1973-2013.
Vedleggstabell 3.9



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Siden årtusenskiftet har andelen 15-16 åringer som har eksperimentert med sigaretter nesten blitt halvert, fra 70% til 37%. Tilsvarende reduksjon har også blitt observert i andelen som oppgir å ha røykt sigaretter i løpet av siste måned (Figur 3.10).

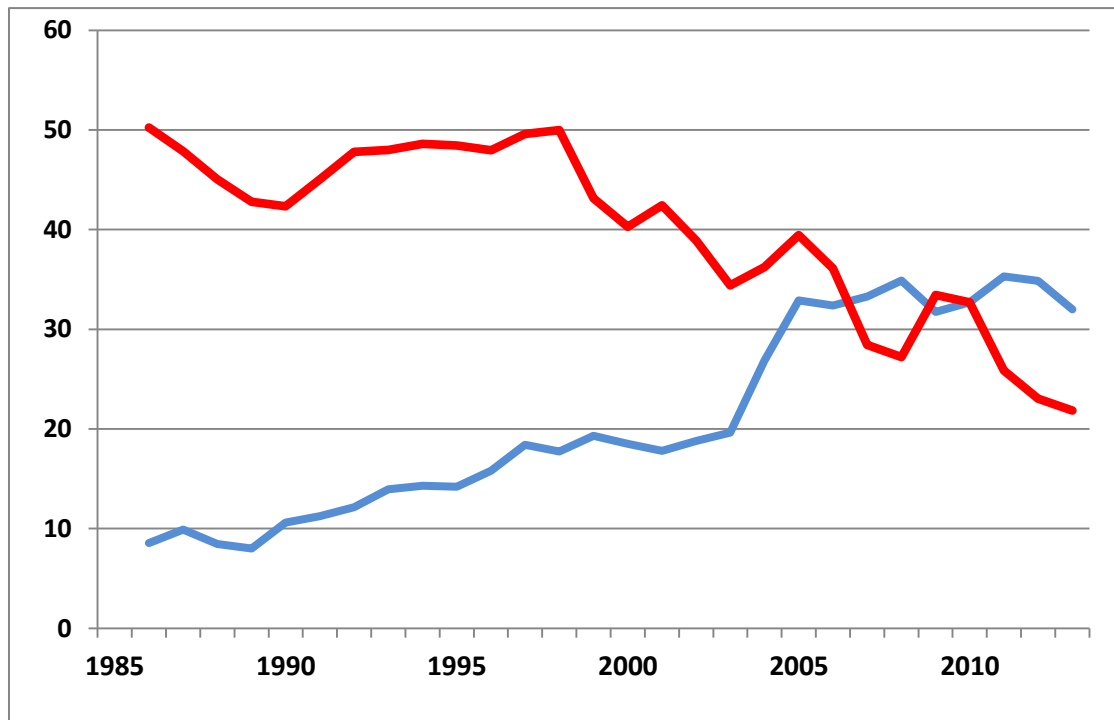
Figur 3.10: Andel 15-16-åringer som har røykt sigaretter henholdsvis noen gang og i løpet av de siste 30 dager på ulike tidspunkt.



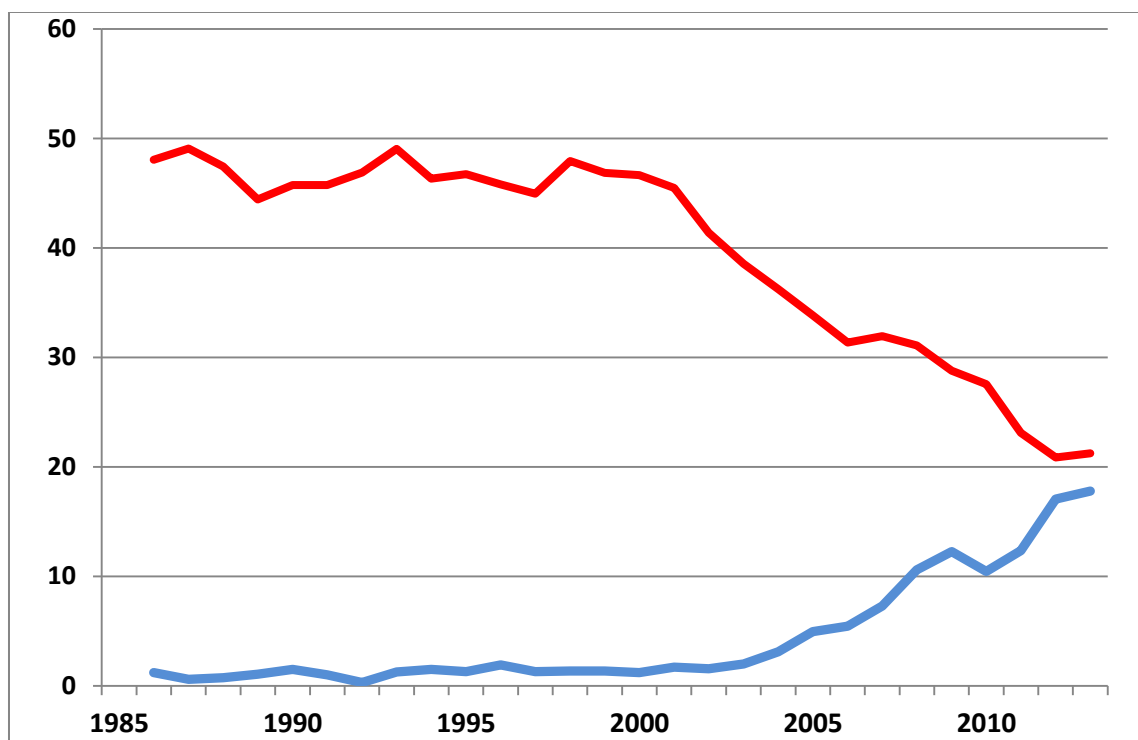
Kilde: SIRUS

Det er nærliggende å tolke den sterke nedgangen i røyking blant ungdom i sammenheng med den like store økningen i snusbruk. Figurene 3.11 og 3.12 viser at oppgangen i snusbruk inntraff parallelt med nedgangen i røyking både blant unge menn og unge kvinner.

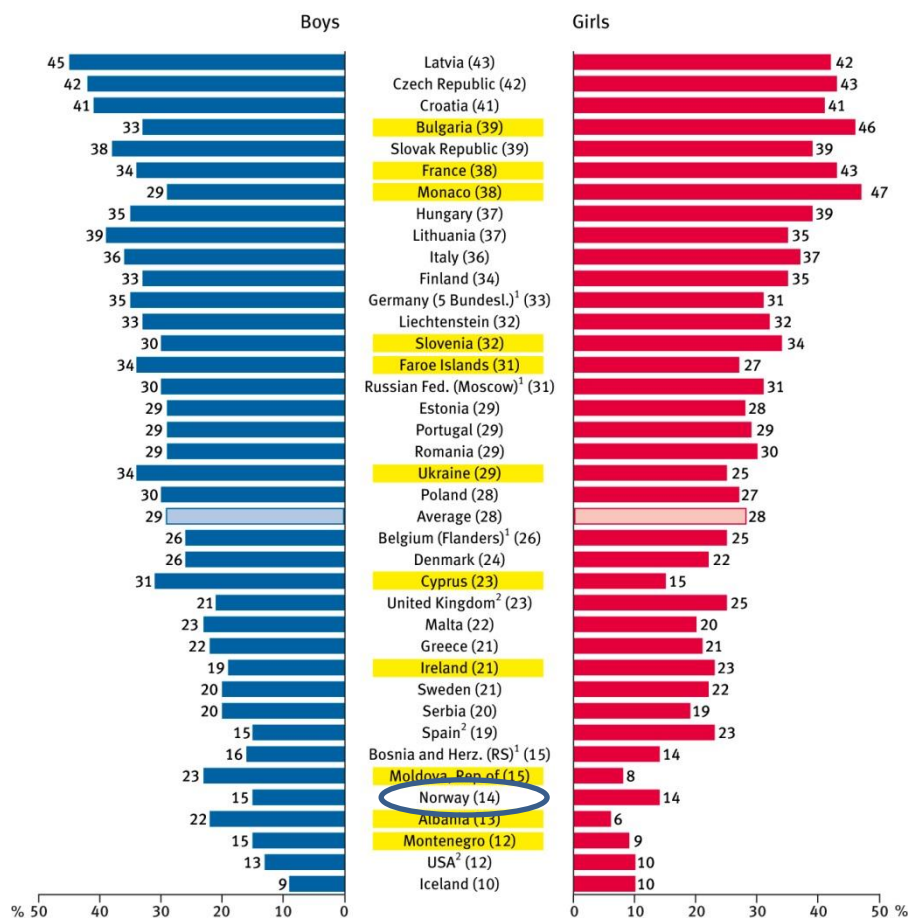
Figur 3.11: Bruk (daglig eller av og til) av sigaretter (rød) og snus (blå) blant menn i alderen 16-30 år i perioden 1985-2013 (treårig glidende gjennomsnitt)



Figur 3.12: Bruk (daglig eller av og til) av sigaretter (rød) og snus (blå) blant kvinner i alderen 16-30 år i perioden 1985-2013 (treårig glidende gjennomsnitt)



Figur 3.13: Andel 15-16-åringer i ulike land som har røykt sigaretter siste 30 dager

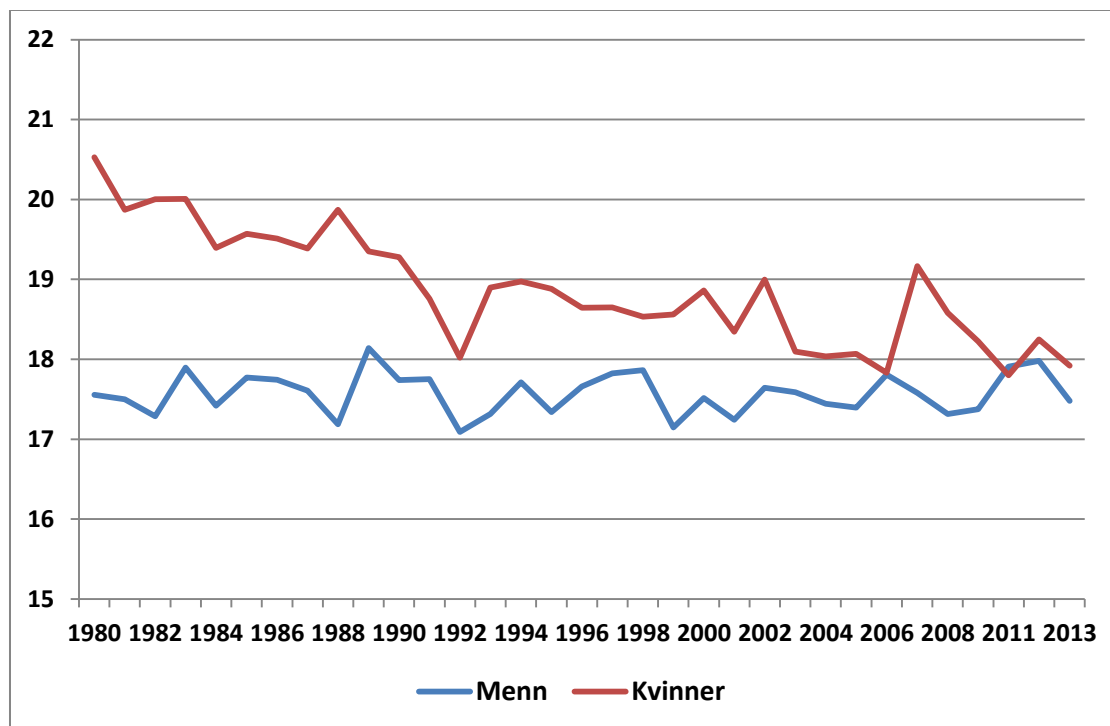


Kilde: Hibell, B. et al. 2012

Sammenlignet med andre europeiske land er forekomsten av sigarettøyking blant unge i Norge meget lav (Figur 3.13). Figuren illustrer også at tilgjengelighet til snus er verken en tilstrekkelig eller nødvendig betingelse for å oppnå en lav andel røykere i et land. I land som Bosnia, Albania og Montenegro er andel røykere like lav som i Norge, og her er det sannsynligvis kulturelle normer som er medvirkende.

For norske kvinner har gjennomsnittlig debutalder for røyking gått ned fra 20,5 år i 1980 til ca 18 år i 2013. Det er ikke observert noen store endringer i alder for røykestart blant menn.

Figur 3.14: Gjennomsnittlig alder ved røykestart for kvinner og menn 1980-2013.
Vedleggstabell 3.10

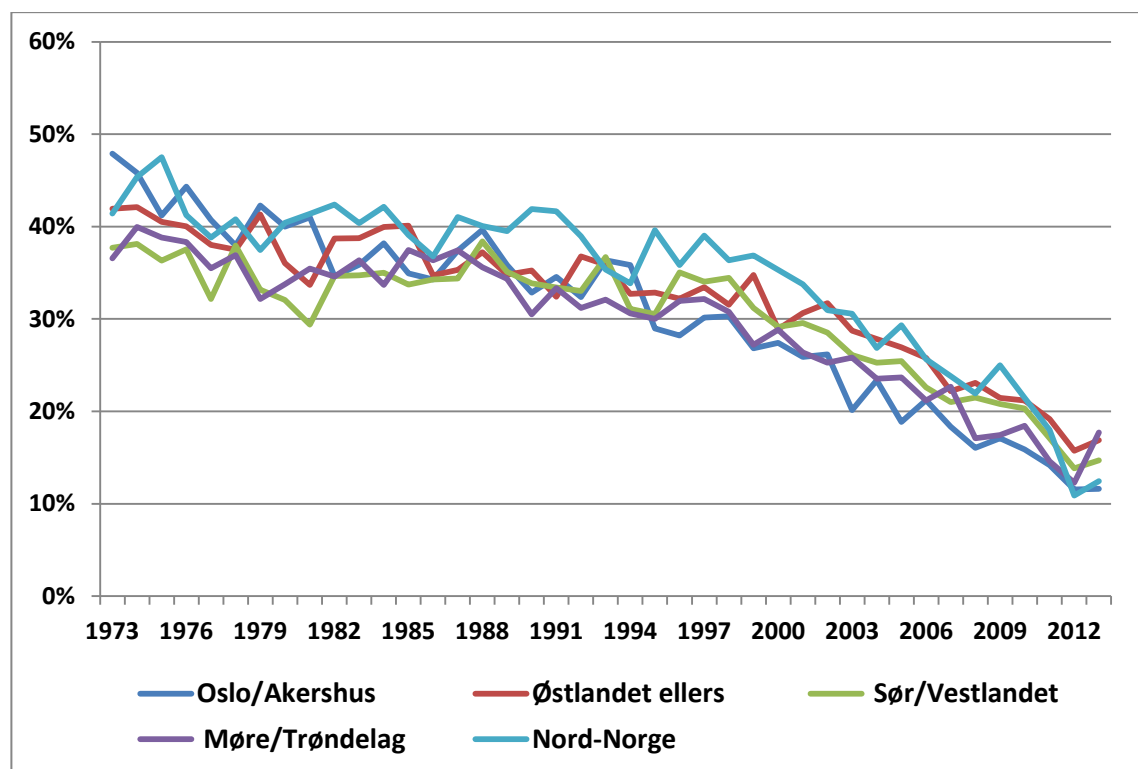


Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

3.4.2 Region

Geografisk sett har det i hele perioden vært større andeler røykere i Nord-Norge enn i resten av landet (Figur 3.15). Inntil midten av 1990-tallet lå også Oslo høyt oppe, men deretter har andelen røykere i Oslo-regionen falt, slik at regionen i årene etter 1995 har hatt lavere andel røykere enn andre landsdeler. Motsatt tendens karakteriserer utviklingen på Sør/Vestlandet. Etter å ha hatt relativt lav røykeandel fram til midten av 1990-tallet, har røykeandelen i regionen senere ligget omtrent midt i spekteret. Felles for alle landsdeler er imidlertid at røykeandelene går ned, og forskjellene mellom landsdeler er også blitt gradvis mindre.

Figur 3.15: Andel dagligrøykere i ulike landsdeler 1973-2013. Vedleggstabell 3.11



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

3.4.3 Innslag av røykere i ulike fødselskohorter

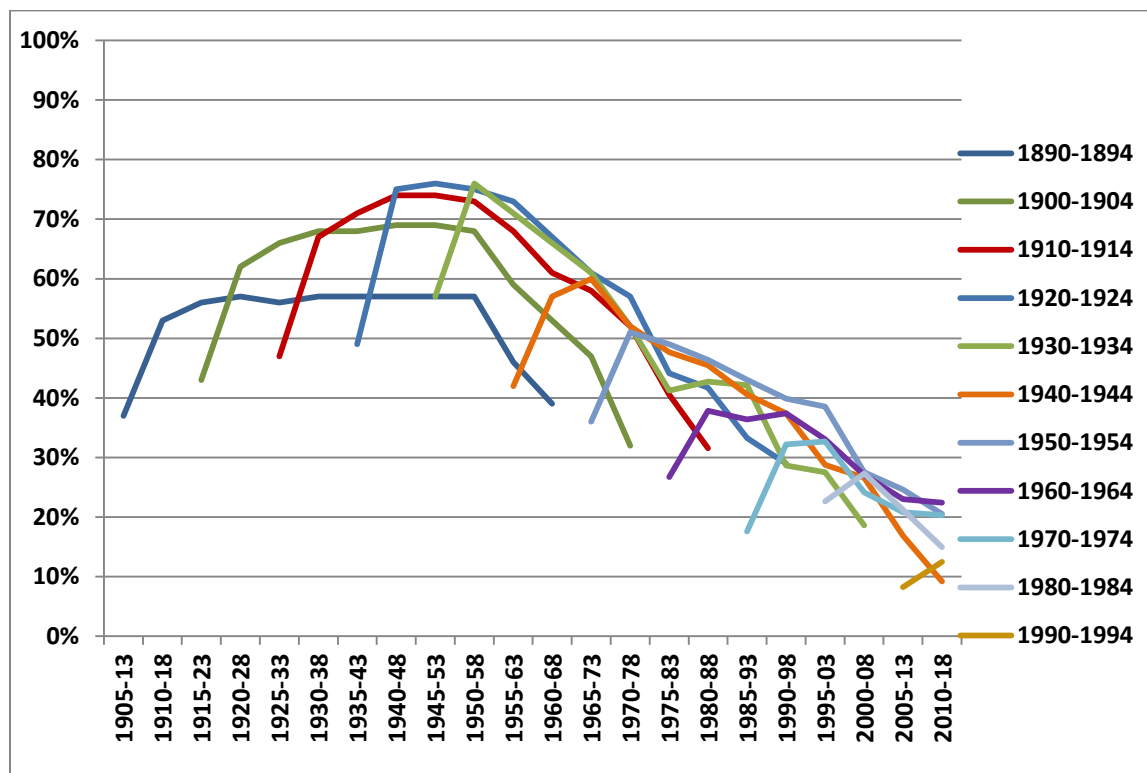
Med unntak av hjerte- og karsykdommer vil mange alvorlige røykerelaterte sykdomstilstander først kunne inntre etter lang tids røyking. Dette gjelder eksempelvis lungekreft, med en 'inkubasjonstid' på 30 år, og KOLS. Andre former for kreft utvikles generelt også etter flere års røyking, og til tross for hjerte-/karsykdommenes mer akutte natur, forekommer de oftere blant middelaldrende og eldre røykere som også kan ha andre diagnoser som bidrar til å øke risikoen, for eksempel høyt blodtrykk (Doll et al 1994).

Det lange tidsperspektivet når det gjelder utvikling av disse sykdommene, og forskjellene i risikonivå i ulike aldersgrupper, gjør det interessant å studere alderssammensetningen av røykebefolkningen mer detaljert. Selv om andelen røykere i befolkningen som helhet gir en god pekepinn på utviklingen av røykeepidemien, kan gjennomsnittstallet tilsløre viktige aspekter. Dette gjelder eksempelvis utviklingen i utbredelsen av røyking på ulike alderstrinn. Ved hjelp av unike historiske sett med røykedata lar det seg gjøre å studere røyking i generasjoner født helt tilbake fra 1890 og fram til i dag (Rønneberg et al 1994; Lund & Lund, innsendt).

En grafisk framstilling (figur 3.16) viser at forekomsten av sigarett røyking var høyest for menn født i perioden 1920-1930 da disse var unge voksne rett etter andre verdenskrig. For

etterfølgende generasjoner inntraff toppunktet for røyking på et lavere nivå, og nedgangen fra toppnivået startet tidligere i deres livsløp.

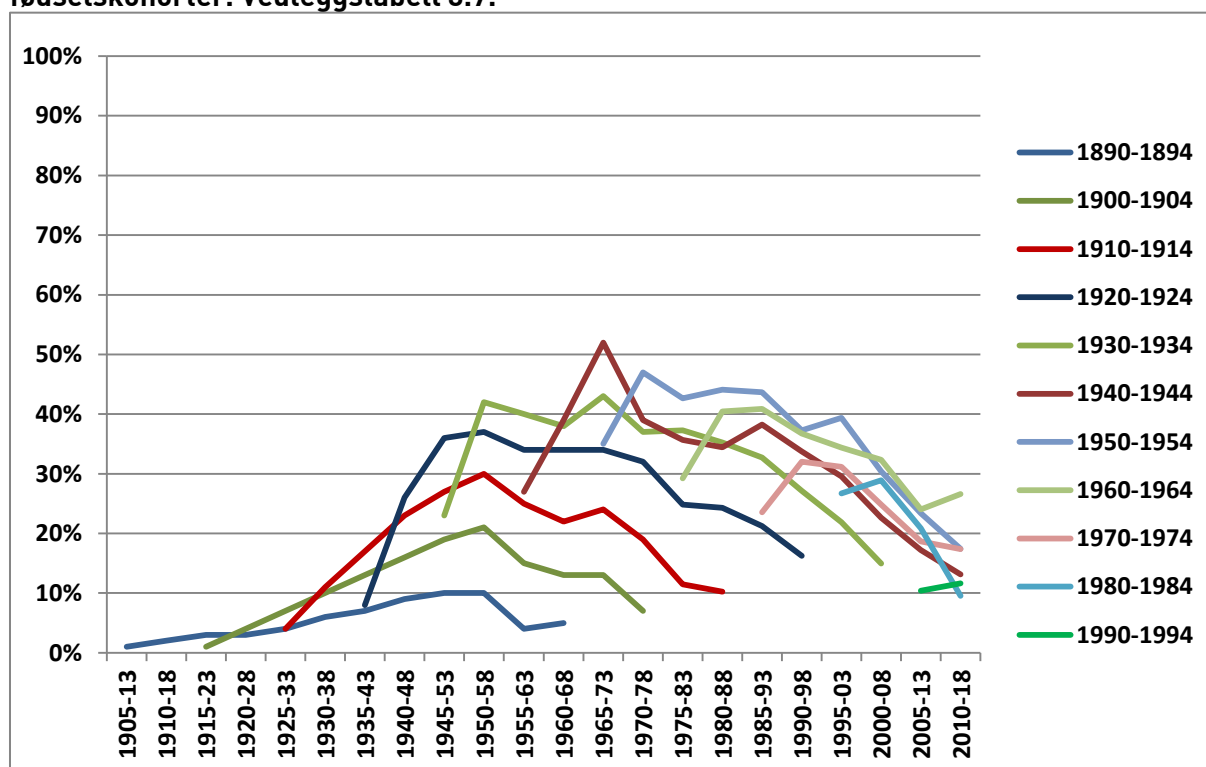
Figur 3.16: Andelen dagligrøykere 1910-2010 blant menn inndelt i 5-årige fødselskohorter. Vedleggstabell 3.7



Kilde: SIRUS

For kvinner startet økningen i andel røykere langt seinere enn hos menn – både i historisk og biografisk forstand (figur 3.17). De eldste kvinnegenerasjonene hadde aldri mer enn 10% røykere, mens utbredelsen av røyking blant kvinner født i perioden 1940-45 ble langt høyere. Nedgangen i røyking blant kvinner har først og fremst funnet sted i løpet av de siste 20 år, dvs. etter 1985.

Figur 3.17: Andelen dagligrøykere 1910-2010 blant kvinner inndelt i 5-årige fødselskohorter. Vedleggstabell 3.7.



Kilde: SIRUS

Endringer mellom generasjonene i debutalder for røyking, sluttetidspunkt i livsløpet og varighet av røykekarriere er faktorer som vil påvirke sammensetningen av røykepopulasjonen, uten at dette trenger å gi seg utslag i endring i den totale andel av befolkningen som røyker.

3.4.4 Røyking etter utdanningslengde

Et fremtredende trekk ved sigarett-røyking er sammenhengen mellom de fleste mål på sosial ulikhet (utdanning, inntekt, arbeidssituasjon, sosial klasse) og tobakksbruk, både hvilke tobakksprodukter som brukes (sigaretter, rulletobakk, sigarer, snus, m.m.), men også hvordan de brukes (røykeintensitet, av-og-til-røyking, m.m.).

Sosial ulikhet i røyking er et produkt av to prosesser: ulikhet relatert til røykestart og røykeopphør. Hvis man spesifikt også snakker om én form for tobakksbruk, for eksempel sigarett-røyking, kan forskjeller i bruk også være et resultat av at ulike grupper i ulik grad bytter ut sigarett-røyking med andre former for tobakk, for eksempel snus.

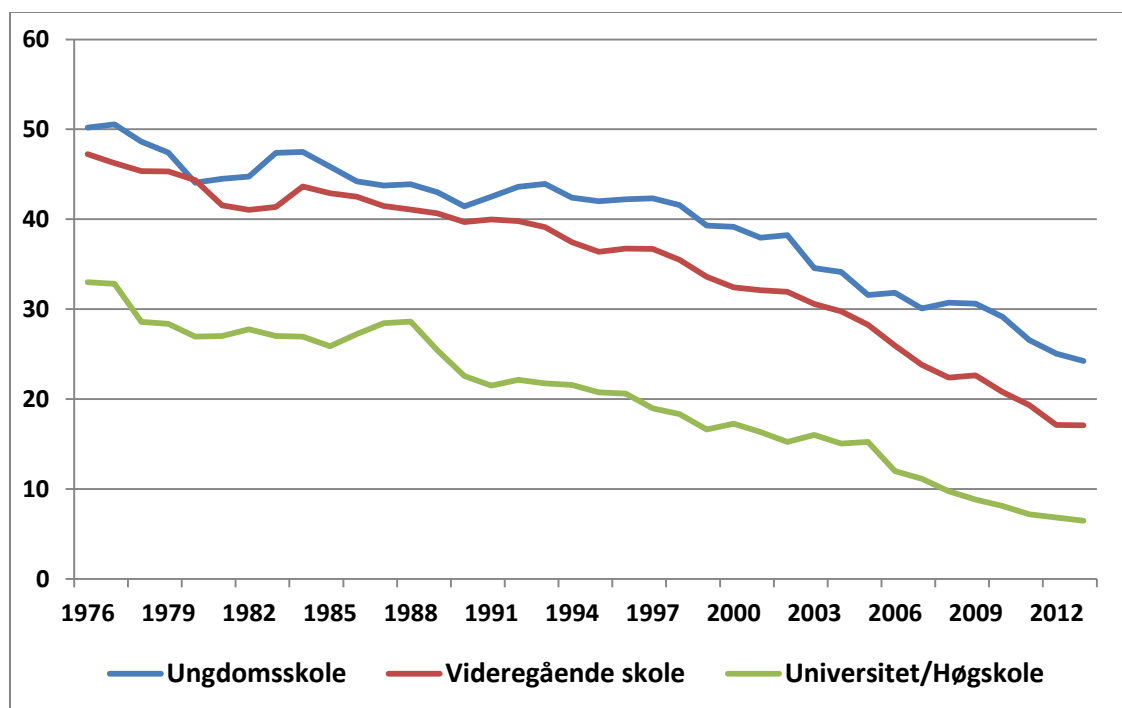
I likhet med de fleste andre vestlige land er røyking i Norge i dag mest utbredt blant de med kort utdannelse, lav inntekt, de som står utenfor arbeidsstyrken og personer som jobber i manuelle yrker (Barbeau et al., 2004; Huisman et al., 2005; Layte & Whelan, 2008; Lund, 1996; Lund & Lund, 2005; West et al., 2007). Gitt de negative helseeffektene og den historisk

store utbredelsen, er røyking en av hovedårsakene til sosial ulikhet i helse i de fleste vestlige land inkludert Norge (Danaei et al., 2009; Rognerud et al., 2007; Vollset et al., 2006).

Et viktig trekk ved sigarettøyking er at sammenhengen mellom sosial ulikhet og røyking har skiftet fortegn over tid. Fra å være en vane blant menn fra den urbane elite på begynnelsen av 1900-tallet, ble røyking stadig mer populært blant menn fra alle samfunnslag og deretter blant kvinner. På samme måte som for introduksjonen av sigaretter, nådde også røykingen sitt toppunkt på ulike tidspunkt for ulike sosiale grupper. Det samme gjaldt for den etterfølgende nedgangen. Dette er et mønster som gjør at sigarettøykingens vekst og fall ofte blir beskrevet som en epidemi (Lopez et al., 1994; Thun et al., 2012).

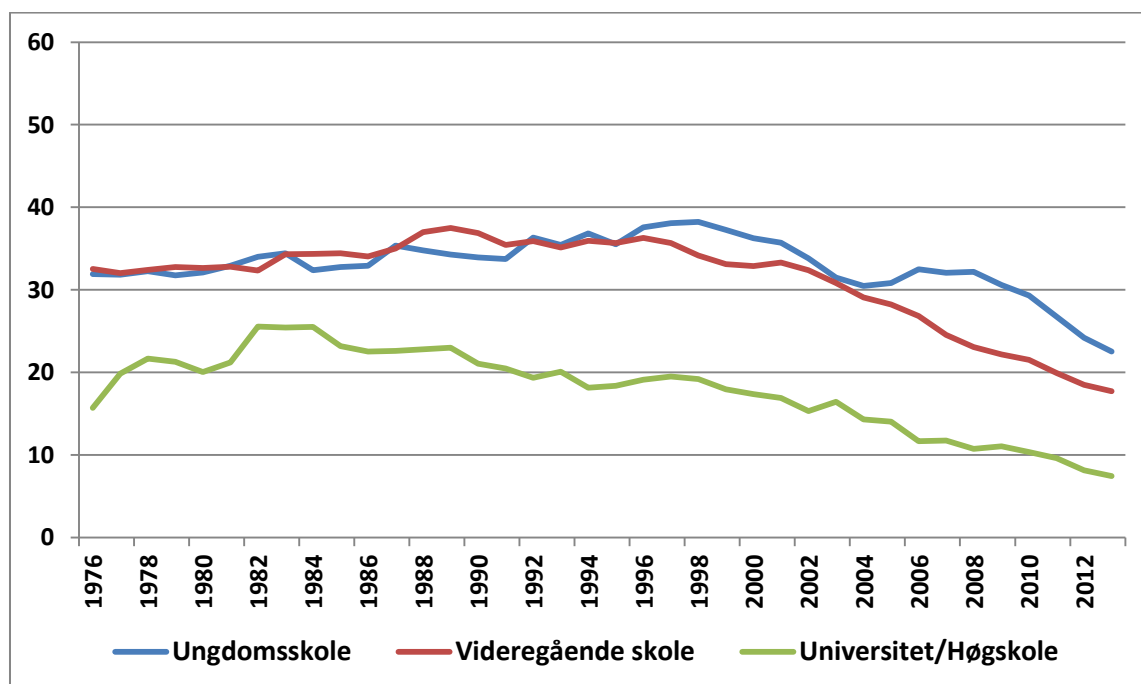
Røykeepidemien deles vanligvis inn i fire faser. I den første fasen (1900-1920) økte andelen røykere blant menn kraftig. Røyking blant kvinner økte noe, men var fortsatt sjeldent. I den andre fasen (1920-1950) fortsatte økningen blant menn og nådde toppunktet rundt 1950. På 1950-tallet var røykeandelen over 60 % blant menn med høy og middels inntekt og lang utdanning. Blant mannlige leger var andelen røykere over 70 % (Bjartveit, 2007). Samtidig kom andel kvinner som røykte opp på samme nivået som den var blant menn 20 år tidligere. I den tredje fasen (1950-1980) begynner andelen røykere blant menn å synke, og da hurtigere blant menn med lang utdanning og særlig blant leger. Røyking blant kvinner nådde sin maksimale utbredelse på 1970-tallet, cirka 15-20 år etter menn. I denne perioden røykte over 40 % av kvinner med middels/lang utdanning og middels/høy inntekt. Røyking blant kvinner med kort utdanning og/eller lav inntekt nådde toppen neste 20 år senere (Lund, 1996). I den fjerde fasen (1980 til vår tid), er det en generell nedgang i andelen som røyker, og i 2013 var forskjellene mellom kjønnene små: Blant kvinner og menn med kort utdanning røyket over 30 %, blant de med middels utdanning rundt 20 %, mens andel røykere blant menn og kvinner med lang utdanning, var i underkant av 10 %.

Figur 3.18: Andel daglig-røykere i ulike utdanningsgrupper blant menn. Perioden 1976-2013. Treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell 3.12



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Figur 3.19: Andel daglig-røykere i ulike utdanningsgrupper for kvinner. Perioden 1976-2013. Treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell 3.12



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

3.4.5 Røyking i innvandrerbefolkningen

Over de siste tiårene har innvandring satt et stadig sterkere preg på ulike områder i samfunnet, dette gjelder også røyking. De første store innvandrergruppene kom på 1970- og 1980-tallet og bestod i hovedsak av arbeidsinnvandrere fra Tyrkia og Pakistan, samt flyktninger fra Vietnam, Sri Lanka og Iran. Innvandrerne brakte med seg svært forskjellige holdninger og vaner forbundet med røyking. I senere år, og særlig i etterkant av Schengen-samarbeidet, har det kommet nye grupper arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa. Av disse utgjør Polakker den desidert største gruppen.

I tillegg til å ha stor betydning for de forskjellige befolkningsgruppenes røykevaner, innvirker omfanget av røyking i ulike innvandrergruppene også på omfanget av røyking i totalbefolkningen, særlig i de største byene der de fleste innvandrerne bor.

Røykevaner blant innvandrergrupper påvirkes av en rekke kulturelle forhold, men er også her i endring. Selv om vi ikke har direkte kunnskap om hvorvidt røykevaner spres mellom innvandrergrupper og majoritetsbefolkningen, eller mellom innvandrergruppene, er det sannsynlig at normer om røyking fra majoritetsbefolkningen i noen grad tas opp i minoritetsgrupper. I noen tilfeller kan påvirkningen også gå motsatt vei.

Det foreligger imidlertid få data om røyking blant innvandrergrupper da nasjonale spørreundersøkelser ofte omfatter veldig få respondenter fra de ulike gruppene. Det ble imidlertid gjennomført en helseundersøkelse blant innvandrere i 2002 som gir en god pekepinn på forholdene i Oslo.

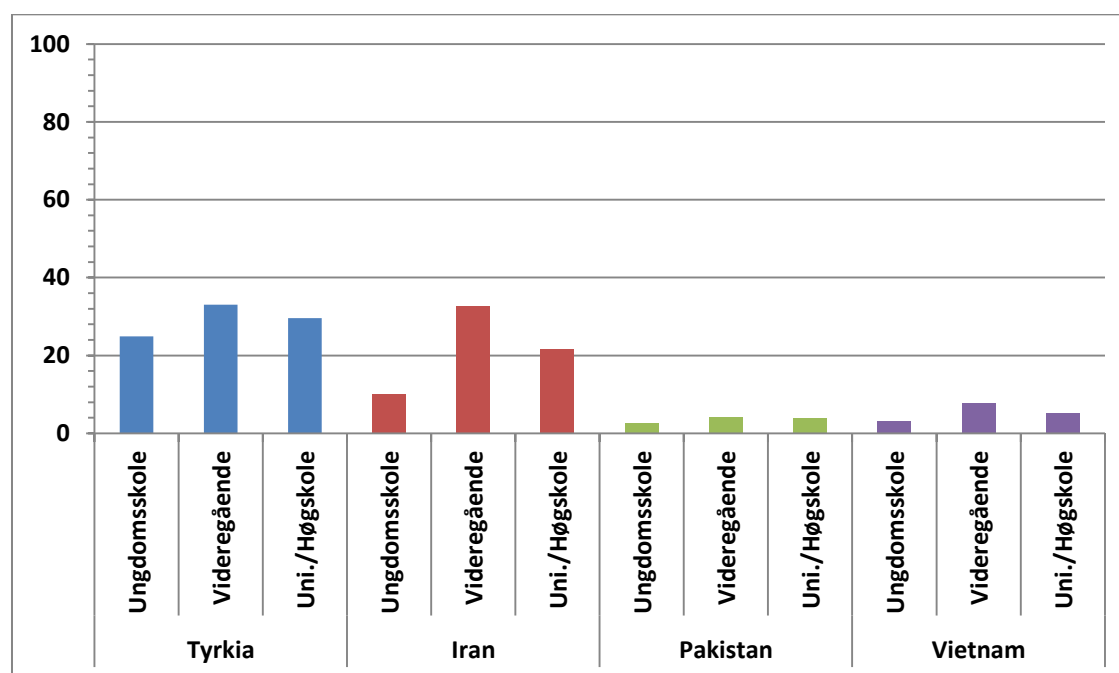
Det framkom her at andelen som røykte var særlig høy blant innvandrere fra Tyrkia og Iran. I disse gruppene røykte henholdsvis 56 og 42 prosent av menn og 28 og 23 prosent av kvinner ved årtusenskiftet. Til sammenlikning var andelen blant menn med norsk bakgrunn 27 prosent. Røykeandelen blant menn fra Pakistan, 34 prosent, var også høyere enn blant norske menn. Imidlertid var andelen som røykte blant pakistanske kvinner veldig lav, kun 4 prosent. Til sammenlikning røykte ca. 30 prosent av norske kvinner i Oslo, noe som var litt høyere enn i landet for øvrig. Røyking blant innvandrere fra Vietnam var i samme størrelsesorden som blant pakistanere, mens røyking blant innvandrere fra Sri Lanka var lite utbredt blant menn, 19 prosent, og nærmest ikke-eksisterende blant kvinner.

I likhet med majoritetsbefolkningen varierer røykevanene blant ikke-vestlige innvandrerne med utdanning (figur 3.20 og 3.21). Justert for alder og sivilstatus sank andelen røyker blant norske menn i Oslo fra 44 prosent blant de med ungdomsskolen som høyeste fullførte utdanning til 20 prosent blant de med høgskole/universitetsutdanning. Den samme trenden var

tydelig blant tyrkiske, pakistanske og vietnamesiske menn, selv om forskjellene mellom utdanningsgruppene her var noe mindre.

Blant norske kvinner røykte 52 prosent av de med ungdomsskolen som høyeste fullførte utdanning og 23 prosent av de med høgskole/universitetsutdanning. Blant kvinner med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn var det liten forskjell mellom utdanningsgruppene. To unntak var tyrkiske og iranske kvinner der de med videregående eller tilsvarende utdanning røykte mer enn de med lavere utdanning.

Figur 3.20: Andel* dagligrøykere blant kvinner etter innvandringsbakgrunn og utdannelse, Oslo 2000/2002**

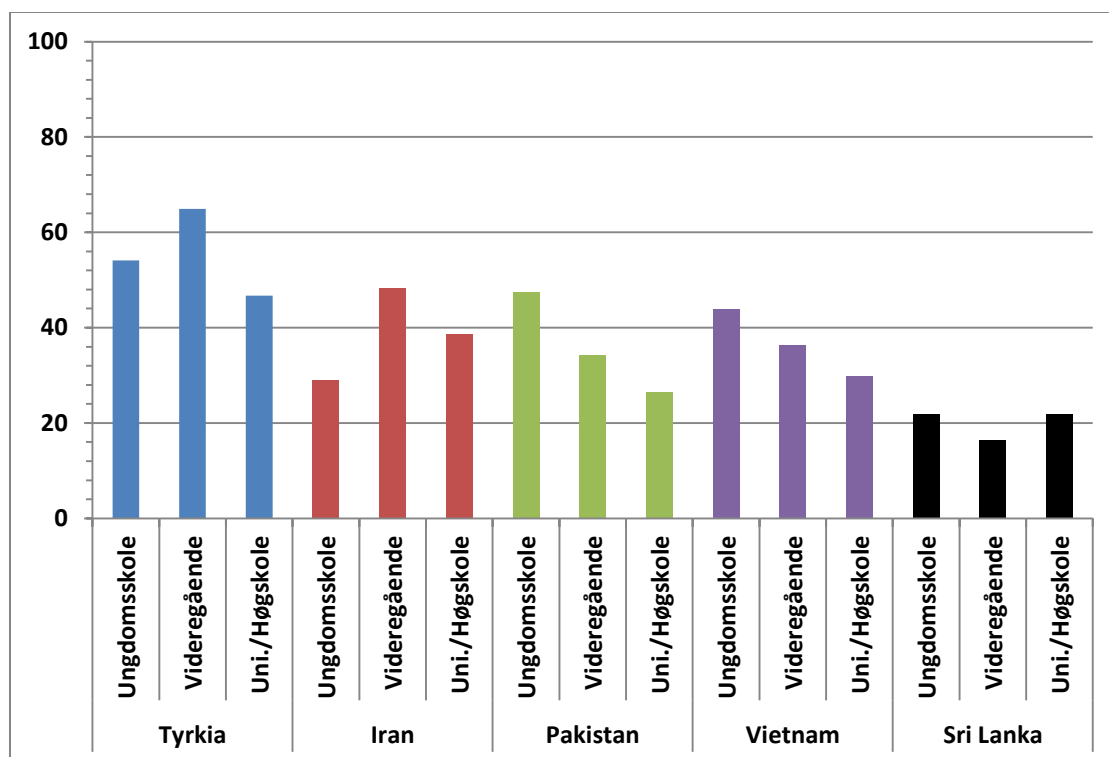


* Justert for alder, sivilstatus og om de vokste opp i Norge

** Sri Lanka er ikke med da færre enn fem kvinner fra Sri Lanka rapporterte at de røykte daglig

Kilde: Vedøy (2012)

Figur 3.21: Andel* dagligrøykere blant menn etter innvandringsbakgrunn og utdanning, Oslo 2000/2002



* Justert for alder og sivilstatus

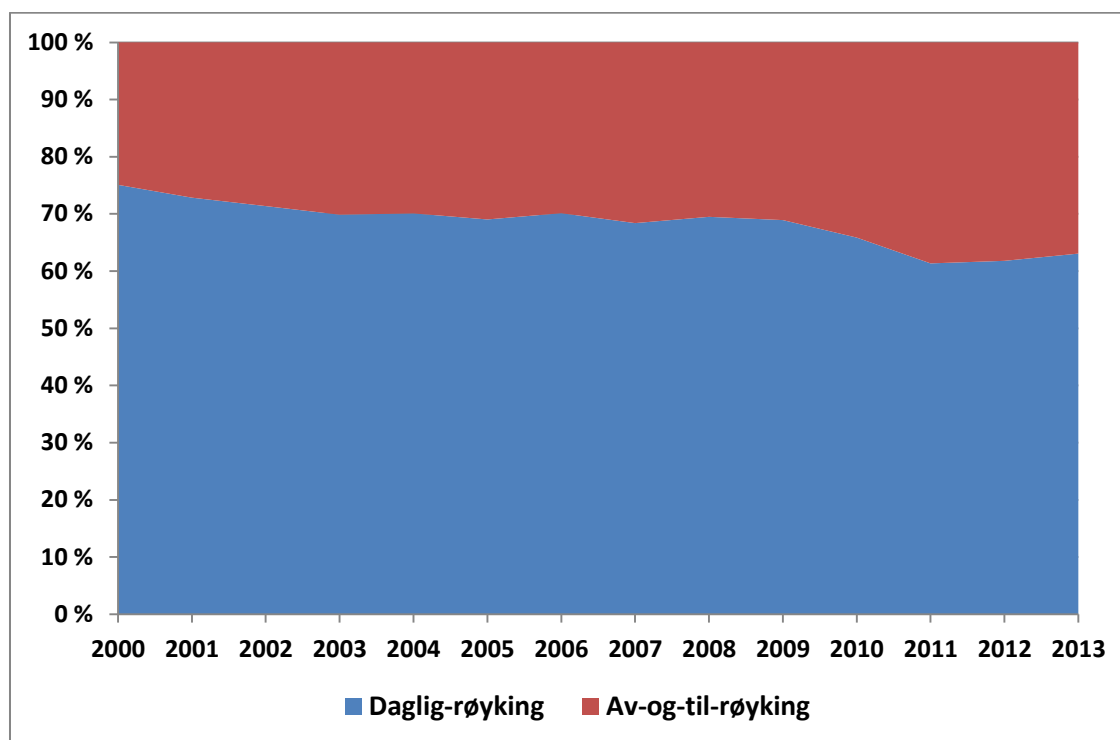
Kilde: Vedøy (2012)

3.5 Grupper av røykere

3.5.1 Av-og-til-røykere

Forekomsten av av-og-til-røyking i Norge har ligget stabilt mellom 9 og 11 % de siste tiårene, og har ikke fulgt den nedadgående trenden vi har sett for dagligrøyking (Lindbak og Helleve 2013). Etter hvert som andelen dagligrøykere har gått ned, utgjør derfor av-og-til-røykere en større andel av den totale røykepopulasjonen enn tidligere. I 2000 utgjorde av-og-til-røykerne 25 % av alle røykerne, mens denne andelen i 2013 hadde steget til 38 % (figur 3.22).

Figur 3.22. Relativ fordeling av daglig- og av-og-til-røykere i perioden 2000- 2013.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Av-og-til-røyking har ofte blitt sett på som en overgangsfase til mer høyfrekvent røyking eller som et ledd i nedtrapping av dagligrøyking. I den senere tid har imidlertid flere studier vist at mange av-og-til-røykere opprettholder et lavfrekvent røykemønster over tid uten å gå over til å røyke daglig. Dette framkommer blant annet i en norsk studie som fant at om lag en fjerdedel av dem som røykte av og til ved 21 års alder også røykte av og til seks år seinere (Kvaavik og medarbeidere 2014a). Funn fra norsk forskning viser også gjennomgående at av-og-til-røykerne er ulike dagligrøykerne både når det gjelder demografiske og psykososiale kjennetegn og røykemønster; de er yngre, i større grad kvinner, mer urbane, de har høyere utdanning og inntekt, de har foreldre med høyere utdanning og har selv bedre skoleprestasjoner i ungdomsårene enn dagligrøykerne. Videre har de i mindre grad uorganisert fritid, større grad av foreldrekontroll og færre har venner som røyker enn det dagligrøykerne har. Også når det gjelder annen tobakksrelatert atferd er der forskjeller mellom av-og-til- og dagligrøykerne ved at av-og-til-røykerne er mindre nikotinavhengige, oftere bruker snus og oftere begrenser røykingen til bestemte sosiale situasjoner (Kvaavik og medarbeidere 2014a og b). Disse resultatene støttes av funn fra internasjonal forskning (Schane og medarbeidere 2009, Shiffmann og medarbeidere 2009 og 2012).

Det er vist at skillene mellom de ulike kategoriene av røyking kan flyte over i hverandre i røykernes egne definisjoner, noe som ikke kan ses uavhengig av endringer i dagens sosiale og politiske konteksten rundt røyking; røyking har blitt mindre utbredt og mindre sosialt akseptert (Sæbø 2012). I norske data fant man at over 40 % av av-og-til-røykerne ikke anså seg selv som røykere, og at kun en tredjedel av av-og-til-røykerne var interessert i å slutte å røyke, mot halvparten av dagligrøykerne. En studie fant at det var nesten like mange av-og-til- som daglig-røykere som vurderte å slutte i løpet av det neste halvåret, nesten halvparten (Kvaavik og medarbeidere 2014b), mens en annen studie fant at godt og vel halvparten av av-og-til-røykere ved 21 års alder hadde sluttet å røyke seks år seinere (Kvaavik og medarbeidere 2014a). De aller fleste av-og-til-røykere rapporterer at de anser seg selv som røykfrie om fem år, mot om lag halvparten av dagligrøykerne (Kvaavik og medarbeidere 2014b).

Av-og-til-røykere har vist seg å ha stor tro på at de kan greie å slutte å røyke, og mange har også konkrete planer om å slutte i nær framtid, og dette kan ha sammenheng med at de skårer lavere på nikotinavhengighet enn dagligrøykerne. Det er vanligst blant av-og-til-røykere at røykingen foregår i tilknytning til helg og på fest, og i mindre grad i løpet av arbeidsuken, men variasjonen er stor. I Norge oppgir omtrent en tredjedel av av-og-til-røykerne at de røyker flere ganger i uken, og to tredjedeler at de røyker en gang i uken eller sjeldnere (Kvaavik og medarbeidere 2014b). Av-og-til-røykere som røyker hyppigst (flere ganger per uke) har en tendens til å skåre lavere på indikatorer for sosial status (utdanning, inntekt, stilling og trygdestatus) enn dem som røyker sjeldnere. De har også et høyere ukentlig forbruk av sigaretter, skårer høyere på nikotinavhengighet og opplever situasjonsbetinget røysug i større grad enn de som røyker sjelden. De av-og-til-røykerne som røyker sjelden, anser seg også i langt større grad som ikke-røykere enn de som røyker flere ganger i uken (Kvaavik og medarbeidere 2014b).

Det er altså betydelig variasjon innad i gruppen av av-og-til-røykerne i Norge, både med hensyn til bakgrunn og røykerelatert atferd. Høyfrekvente av-og-til-røykere har likhetstrekk med dagligrøykerne, mens lavfrekvente av-og-til-røykere likner mer på ikke-røykerne. Av-og-til-røykerne utgjør i dag en betydelig andel av røykepopulasjonen i Norge, og kartlegging av denne gruppen av røykere vil være viktig også i fremtiden med tanke på tobakkspolitiske tiltak rettet mot disse røykerne.

3.5.2 'Hardcore'-røykere

Innenfor røykeforskningen har det blitt diskutert, og også forsøkt belyst empirisk, hvorvidt det skjer en herdingsprosess i røykepopulasjonen (Hughes 2011). Herdingshypotesen antar at etter hvert som røyking blir et marginalt fenomen, vil de gjenværende røykerne ha karakteristika som svekker deres sannsynlighet for røykeslutt. Forskningen på dette feltet har i all hovedsak fokusert på grad av nikotinavhengighet, dvs. at den gjenværende gruppen av røykere har større problemer med nikotinavhengighet enn de som har sluttet. Men det kan

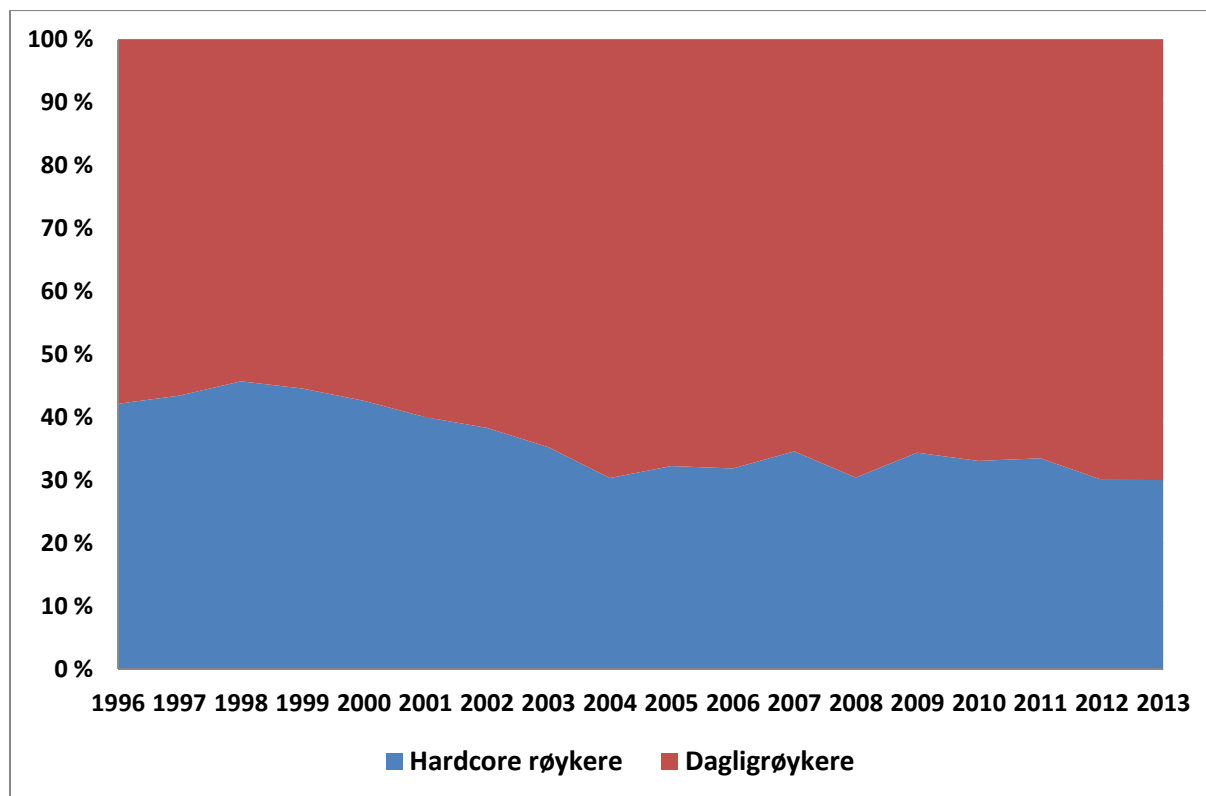
også være endringer i den sosiale sammensetningen blant de gjenværende røykerne som kan være av en slik karakter at de har større problemer med å foreta livsstilsendringer som for eksempel det å slutte å røyke. Dette kan være forhold knyttet til utdanningsnivå, grad av sosial støtte fra venner og familie, og hvorvidt den som røyker er omgitt av en positiv «røykekultur» enten hjemme, blant venner eller på arbeidsplassen. Noen studier, blant annet fra USA, viser at den gjenværende røykepopulasjonen i stor grad består av personer med en eller annen form for mental lidelse (Lasser 2000).

Konklusjonene fra studier som forsøker å besvare herdingshypotesen er noe inkonsistent, noen støtter opp om den, mens de fleste studier peker i retning av at ikke ser ut til å eksistere en slik herdingsprosess. De empiriske forsøkene på å bekrefte eller avkrefte herdingshypotesen varierer imidlertid i både forståelsen av herding (gjennomsnittlig evne til å slutte eller endring i størrelse på en gruppe over tid), og hvilke mekanismer som i så fall er gjeldende (sosiale og/eller biologiske forhold).

En metode er å se på andelen dagligrøykere som antas å ha lav sannsynlighet for å slutte ut fra en rekke indikatorer som i tidligere studier har vist å svekke sjansene for røykeslutt. I forskningslitteraturen omtales denne gruppen som *hardcore-røykere*, som på norsk kan oversettes til «hardbarka» eller «innbitte» røykere. Det finnes ingen fast, etablert definisjon på denne gruppen av røykere. Noen studier ser kun på variabler som måler nikotinavhengighet, andre bruker ulike mål på manglende intensjon om å slutte, og noen studier kombinerer nikotinavhengighet og intensjonsmål. Tidligere studier på *hardcore* røykere viser at de i hovedsak er menn, er eldre og har lav utdanning (Emery 2000, Jarvis 2003, Augustson 2004).

I en norsk studie ble størrelsen på denne gruppen røykere undersøkt over tid. Her ble gruppen *hardcore-røykere* definert som dagligrøykere som ikke hadde hatt sluttetest siste året, som ikke hadde noen intensjon om å slutte i nær framtid, og som trodde de også ville være røykere om fem år. I 1996 utgjorde andelen *hardcore-røykere* 30 % av alle røykerne (inkludert av-og-til- røykerne), og gikk så ned til 23 % i 2009. Ser vi på totalbefolkningen, utgjorde *hardcore-røykerne* 6 % (Lund, M, Lund KE, Kvaavik E. 2011). Figur 3.23 viser utvikling i andelen *hardcore* røykere blant alle dagligrøykere fram til 2013 (her er av-og-til- røykerne utelatt). Figuren viser at andelen *hardcore-røykere* har ligget stabilt på 30 % av alle dagligrøykerne de siste fem årene.

Figur 3.23: Andel hardcore røykere i populasjonen av alle dagligrøykere. Personer 25-74 år. Perioden 1996-2013. Treårig glidende gjennomsnitt

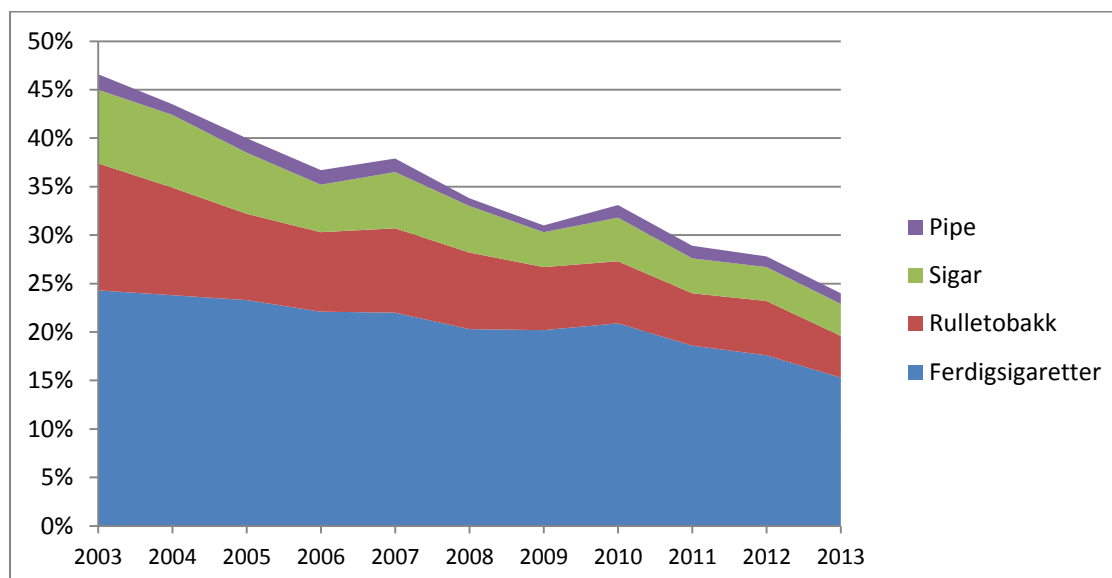


Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

3.5.3 Brukere av ulike røykeprodukter

I tråd med nedgangen i andelen røykere i Norge de siste 10 årene, har vi også sett en avtakende andel brukere av både ferdigsigaretter, rulletobakk og sigarer (figur 3.24). Andelen piperøykere har vært noe mer stabil, men er til gjengjeld svært lav gjennom hele perioden.

Figur 3.24: Prosentandel som bruker ulike tobakksprodukter daglig eller av-og-til i befolkningen 2003-2013 (multippel respons)



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Brukere av ferdigsigaretter er oftere yngre og voksne under 45 år, og de har oftere bare grunnskole eller videregående skole enn de som ikke røyker dette produktet. Vi finner også en svak overvekt av kvinner i denne gruppa. Rulletobakksrøykerne er oftere mellom 45-67 år. Blant de som foretrekker «rullings» er det en overvekt av menn, og både utdannings- og inntektsnivået er noe lavere enn i befolkningen for øvrig. Sigarrøykerne er gjerne under 45, vi finner også en svak tendens til at sigarrøykerne har noe høyere inntekt og lengre utdanning enn de som ikke røyker sigar. Sigarrøyking er for øvrig et klart «mannefenomen». Gruppa med piperøykere er så liten at det er vanskelig å beskrive dem statistisk, men tendensen er at de ofte er menn over 67 år.

Kombinert bruk av ulike produkter er lite utbredt. Kun 22 % av «røykerpopulasjonen» bruker mer enn ett røykeprodukt i tidsperioden vi konsentrerer oss om her. Det mest vanlige er å kombinere ferdigsigaretter med sigar eller «rullings». Rulletobakksbrukerne har et høyere forbruk av sigaretter enn de som røyker ferdigsigaretter. Hele 93 % av rulletobakksbrukerne røyker daglig, mot 2 av 3 brukere av ferdigsigaretter og pipe.

Når vi ser på hvem som har «forsøkt å slutte i løpet av det siste året», er andelen høyest blant sigarrøykerne (33 %) og brukere av ferdigsigaretter (32 %), og lavest blant rulletobakksrøykerne (24 %) og piperøykerne (22 %).

3.6 Snusbrukets epidemiologi

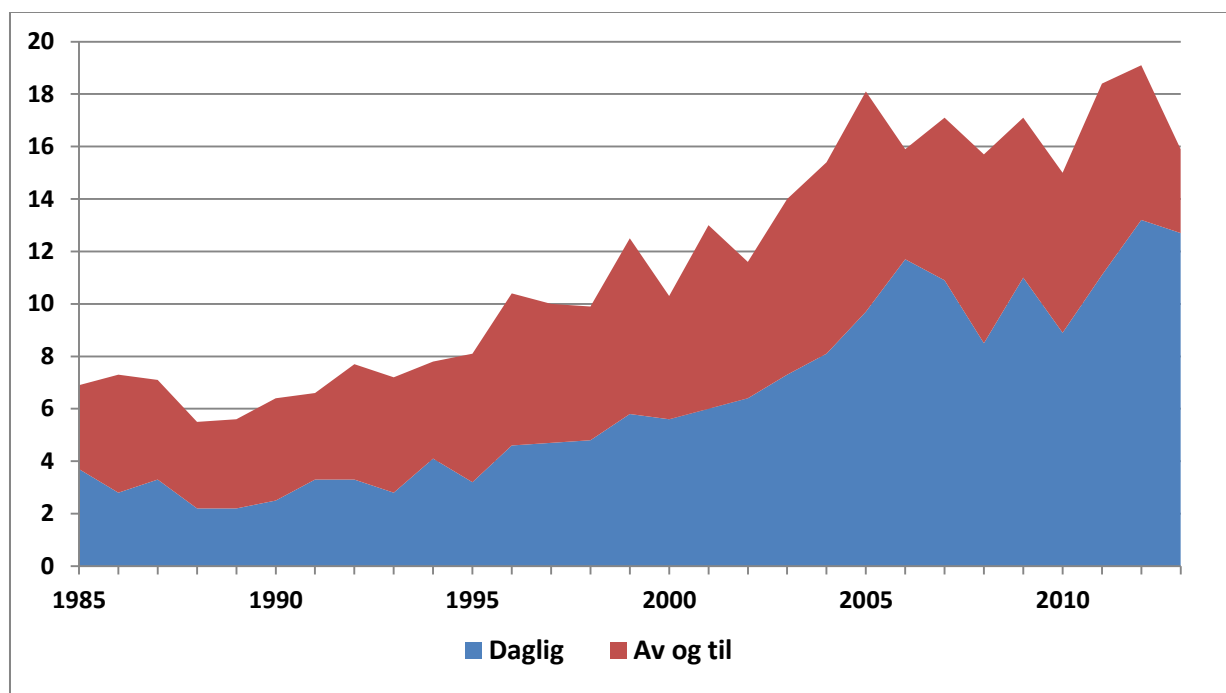
I kapittel 3.3.2 ble det vist at salget av snus hadde hatt en jevn økning gjennom flere tiår, og at konsumentene inntil nylig i hovedsak har vært menn. Økningen i snusbruk skyldes særlig fire forhold; i) etablerte røykere benytter snus som metode for røykeslutt eller ii) som delvis substitusjon for sigaretter (dobbelt bruk), samt at iii) et segment ungdom som ellers ville ha begynt å røyke isteden velger snus og iv) at et segment ungdom som ellers ikke ville ha forbrukt tobakk overhode, har begynt å bruke snus (idrettsungdom som bruker snus kan være et eksempel). Hva konsekvensene for folkehelsen vil bli avhenger av to forhold; a) det relative risikoforholdet mellom sigaretter og snus (se kapittel 3.2), og b) det relative forholdet i opptak og bruk av snus mellom røykere og ikke-røykere. Den antatte folkehelseeffekten fra snus er omtalt i andre publikasjoner (linker: Lund 2009, Lund 2013). Vi skal her vise hvordan bruksmønsteret for snus har utviklet seg over tid og hvordan det fordeler seg på ulike befolkningsgrupper.

3.6.1 Andel snusbrukere blant kvinner og menn

I 2013 rapporterte 13 % av voksne menn 16-74 år at de brukte snus daglig, mens ytterligere 3-4 % brukte snus av og til. For kvinner var de tilsvarende andelene 3 %. Antallet snusbrukere kan dermed anslås til 430 000 menn og 120 000 kvinner. I 2013 brukte disse 550 000 personene til sammen drøyt 1 600 tonn snus (registret og uregistret volum), noe som tilsvarer et årlig gjennomsnittlig forbruk på ca. 3 kg pr snusbruker.

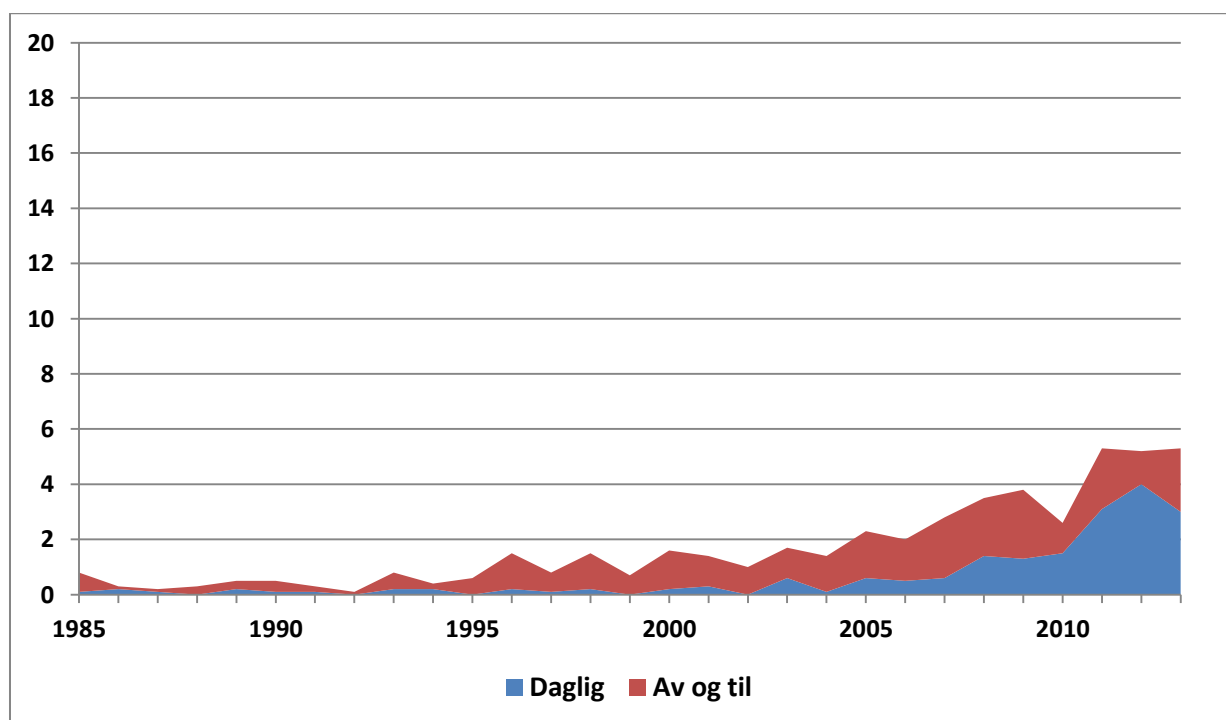
Økningen i andel snusbrukere startet rundt 1990 for menn, mens veksten først kom 10-15 år seinere for kvinner. For begge kjønn utgjør daglig-brukerne en større gruppe enn de som bruker snus av og til. Lenge var av-og-til-bruk av snus det mest typiske, men de siste årene rapporterer flere enn tre av fem brukere at de inntar snus daglig (figur 3.25 & 3.26).

Figur 3.25: Andel menn i alderen 16-74 år som oppgir å bruke snus daglig (blå) eller av og til (rød) i perioden 1985-2013. Vedleggstabell 3.13



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Figur 3.26: Andel kvinner i alderen 16-74 år som oppgir å bruke snus daglig (blå) eller av og til (rød) i perioden 1985-2012. Vedleggstabell 3.13

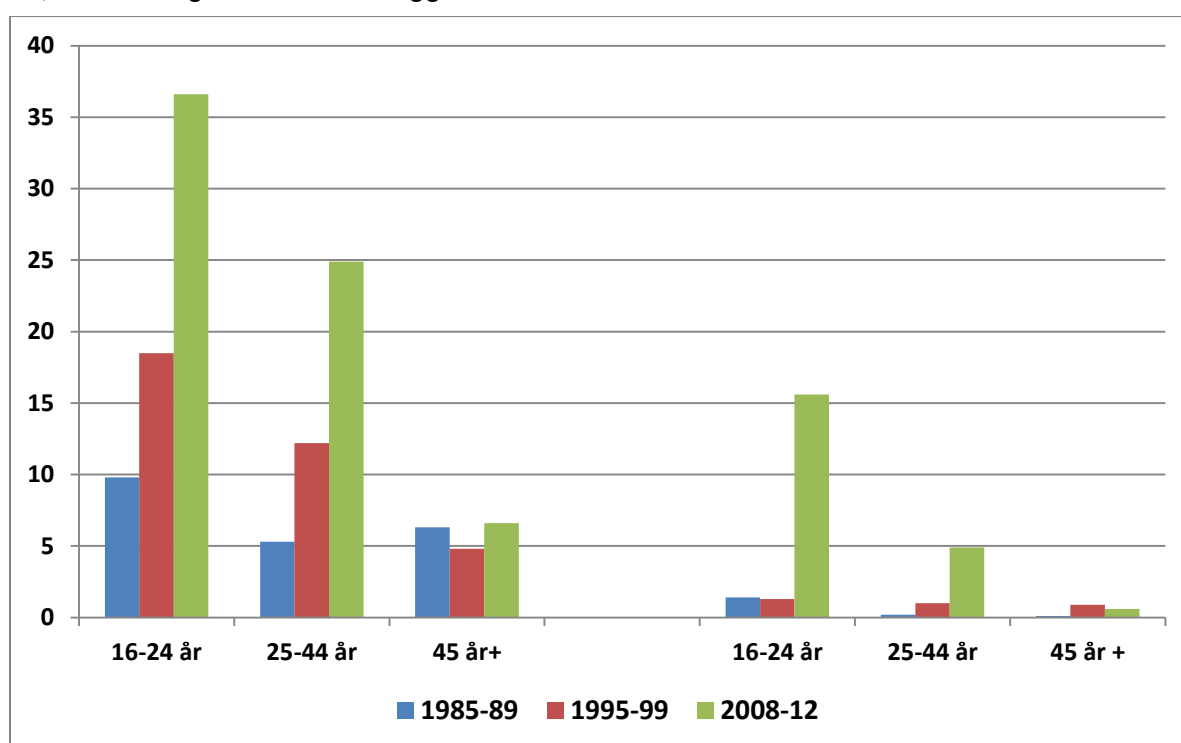


Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

3.6.2 Andel snusbrukere i ulike alders-, utdanningsgrupper og regioner

Både blant kvinner og menn er det en klar sammenheng mellom alder og snusbruk. I perioden 2008-12 finner vi at den største andelen snusbrukere var blant menn i alderen 16-24 år der 37% brukte snus enten daglig (22%) eller av og til (14%) (figur 3.27). Blant kvinner i samme aldersgruppe brukte 16% snus enten daglig (9%) eller av og til (7 %). Figur 3.27 viser at økningen i andel snusbrukere har vært størst i yngste aldersgruppe.

Figur 3.27: Andel snusbrukere (daglig + av og til) i ulike aldersgrupper for periodene 1985-89, 1995-99 og 2008-12. Vedleggstabell 3.14



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Til forskjell fra utbredelsen av sigaretttrøyking, har snusbruk ingen sammenheng med utdanningslengde. Ser vi på aldersgruppen 25-44 år i perioden 2008-12 var andel snusbrukere (daglig + av-og-til) 15% (N=314) for personer uten avsluttende eksamen fra videregående skole, 18% (N=618) blant personer med avsluttet videregående skole som høyeste utdanning og 14% (N=933) blant personer med utdanning på universitets- eller høyskolenivå. Flest snusbrukere finner vi i Trøndelags-fylkene og Nordland (tabell 3.1).

Tabell 3.1: Andel i alderen 16–74 år som bruker snus daglig eller av og til, fordelt på fylke og kjønn, sammenslåtte data for perioden, i prosent, 2008–2012

	Bruker snus daglig			Bruker snus av og til			N
	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	
Hele landet	7	12	2	5	6	3	22132
Østfold	6	11	1	4	7	2	1155
Akershus	7	12	3	5	7	3	2481
Oslo	8	14	2	5	6	4	2635
Hedmark	8	14	1	5	8	3	879
Oppland	7	12	3	4	6	3	858
Buskerud	7	13	2	4	5	2	1151
Vestfold	6	11	2	5	7	2	1043
Telemark	5	9	2	4	5	3	779
Aust-Agder	5	8	1	4	5	3	459
Vest-Agder	6	11	2	4	6	3	775
Rogaland	6	10	1	5	7	3	1946
Hordaland	6	10	2	4	6	2	2188
Sogn og Fjordane	7	13	2	3	5	2	499
Møre og Romsdal	6	10	1	4	5	3	1105
Sør-Trøndelag	10	16	4	5	6	3	1442
Nord-Trøndelag	9	16	3	6	7	5	615
Nordland	10	15	4	5	7	2	1097
Troms	7	11	2	5	7	3	730
Finnmark	4	8	1	6	8	4	295

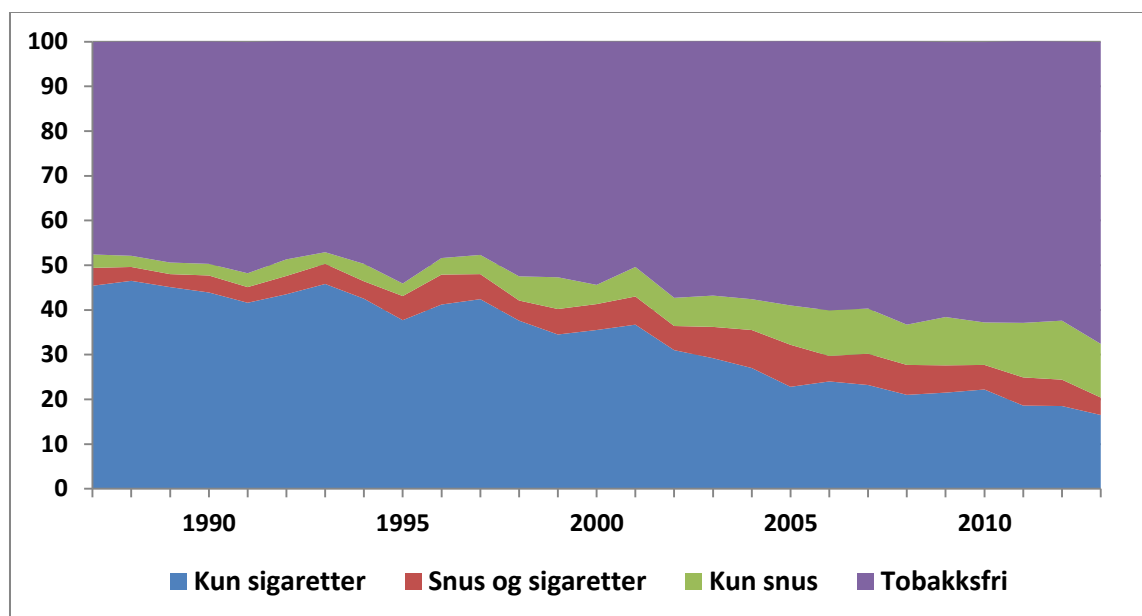
Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

3.6.3 Kombinert bruk av snus og sigaretter

Økningen i snusbruk har ikke ført til økning i dobbeltbruk av snus og sigaretter. Figurene 3.28 og 3.29 viser at andel kombinasjonsbrukere har vært stabil siden 1985 og utgjort 4-7 % blant menn og mindre enn 1 % blant kvinner. I samme periode har andel menn som bare har røykt sigaretter (daglig eller av og til) blitt redusert fra 48 til 17 prosent, mens andelen som kun har brukt snus har økt fra 3 til 13 prosent. Alt i alt har innslaget av tobakksbrukere blant menn blitt redusert fra 54 til 43 prosent i denne perioden.

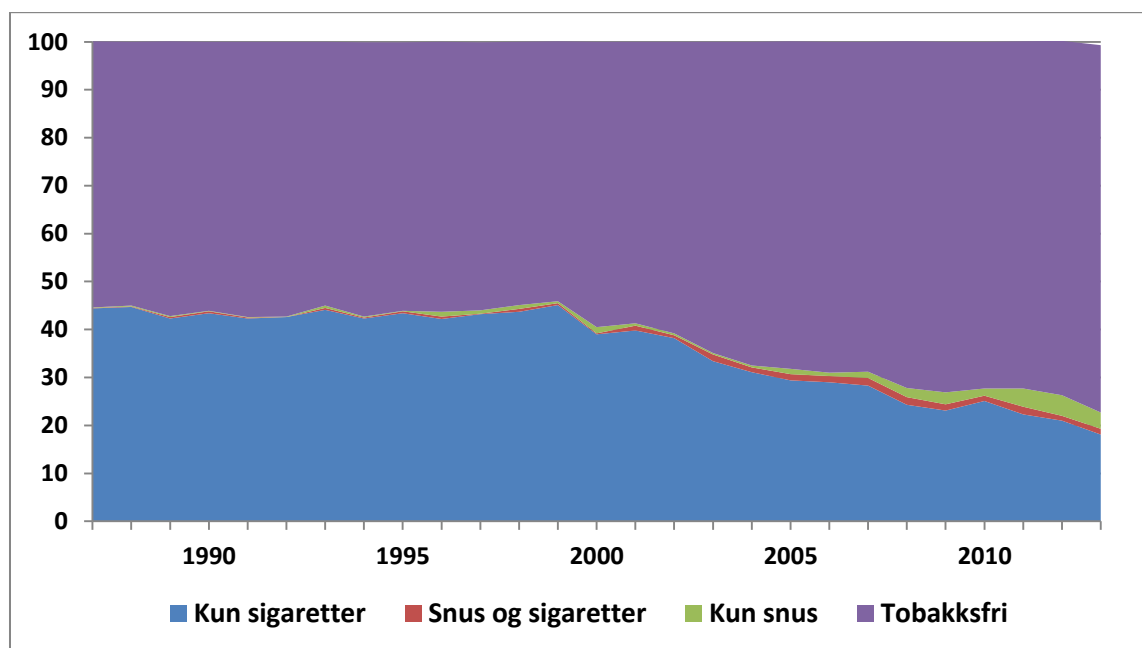
Flere enn 70 prosent av dobbeltbrukerne har startet med sigaretter. Utbredte motiv for deres etterfølgende snusbruk er nikotinsubstitusjon, røykereduksjon og røykeslutt. Menn som kombinerte sigaretter med snus, brukte 40 prosent færre sigaretter enn de som utelukkende røykte. Planer om en røykfri framtid forekom oftere blant dobbeltbrukere enn blant de som kun røykte (Lund & McNeill 2013).

Figur 3.28: Dobbelbruk (rødt areal) av sigaretter og snus blant menn i alderen 16-74 år i perioden 1985-2013



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Figur 3.29: Dobbelbruk (rødt areal) av sigaretter og snus blant kvinner i alderen 16-74 år i perioden 1985-2013



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

3.7 Risikooppfatninger om tobakk

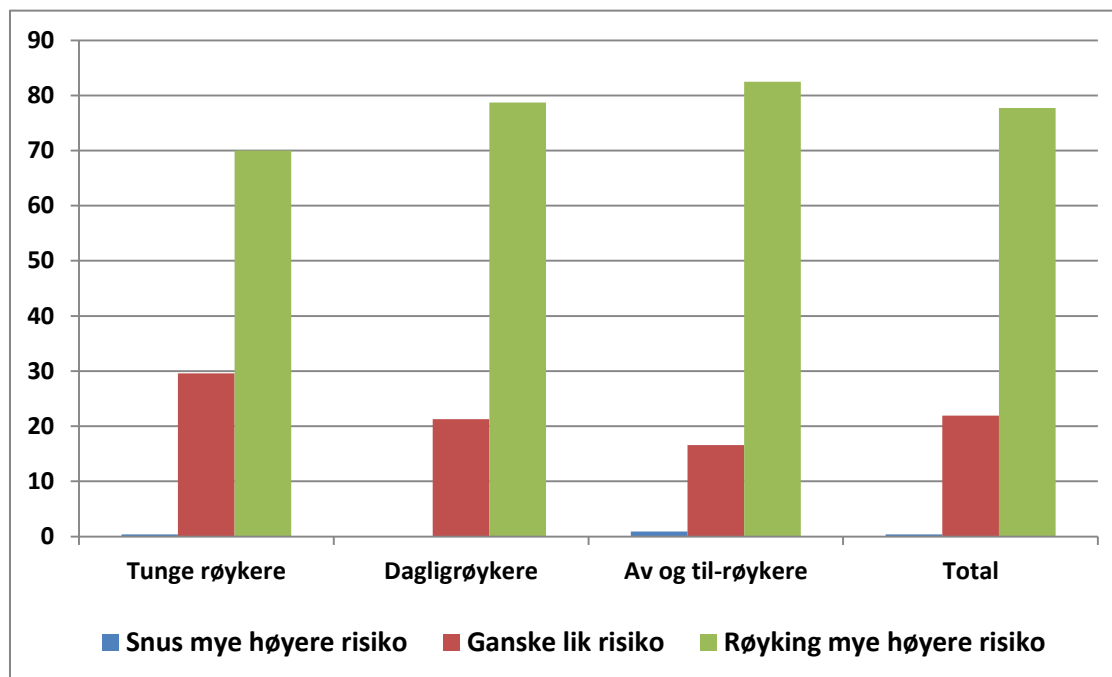
Risikoen for helseskader fra røyking har blitt oppgradert en rekke ganger siden den første autoritative rapporten om røyking og helse kom fra den amerikanske helsedirektøren i 1964. Det antas at omlag halvparten av alle røykere som begynner i tenårene og fortsetter utover 35 årsalderen vil dø av en tobakksrelatert sykdom (Doll et al., 1994). I motsetning til hva tilfellet har vært for røyking, har forskningen om følgeskadene ved snusbruk verken vist til utvidet skadeomfang eller økte risikoanslag.

Størrelsen på risikoreduksjonen ved overgang fra sigaretter til snus vil selvsagt variere for ulike sykdommer; fra 100 % reduksjon for respirasjonssykdommer (som er skyld i nesten halvparten av alle tobakksrelaterte dødsfall i Norge), til langt mindre risikoreduksjon for andre sykdommer, som for eksempel kreft i bukspyttkjertel (som er årsak til ganske få tobakksdødsfall). Anslaget som etter hvert er blitt standard i forskningslitteraturen - og annektert av en rekke medisinske organisasjoner - er «minst 90 % risikoreduksjon». Tallet framkommer som et 'globalt' resultat av risikoforskjeller mellom snusbruk og røyking regnet ut for en rekke enkeltsykdommer, i kombinasjon med den vekt hver av disse sykdommene har for det totale skadepanorama fra tobakksbruk.

Flere norske studier har vist en overvurdering i befolkningen av helserisiko ved bruk av snus i forhold til røyking (Norsk Respons 2005, Øverland et al 2008, Lund, 2012, Lund & Scheffels 2012). De fleste av studiene har brukt et globalt begrep om risiko, der respondentene har blitt bedt om å rangere de samlede skadevirkninger av snus - enten relativt eller absolutt. Dette gjør at det blir umulig å vite hvilke faktorer respondentene har tatt inn i sine oppfatninger om relativ skade.

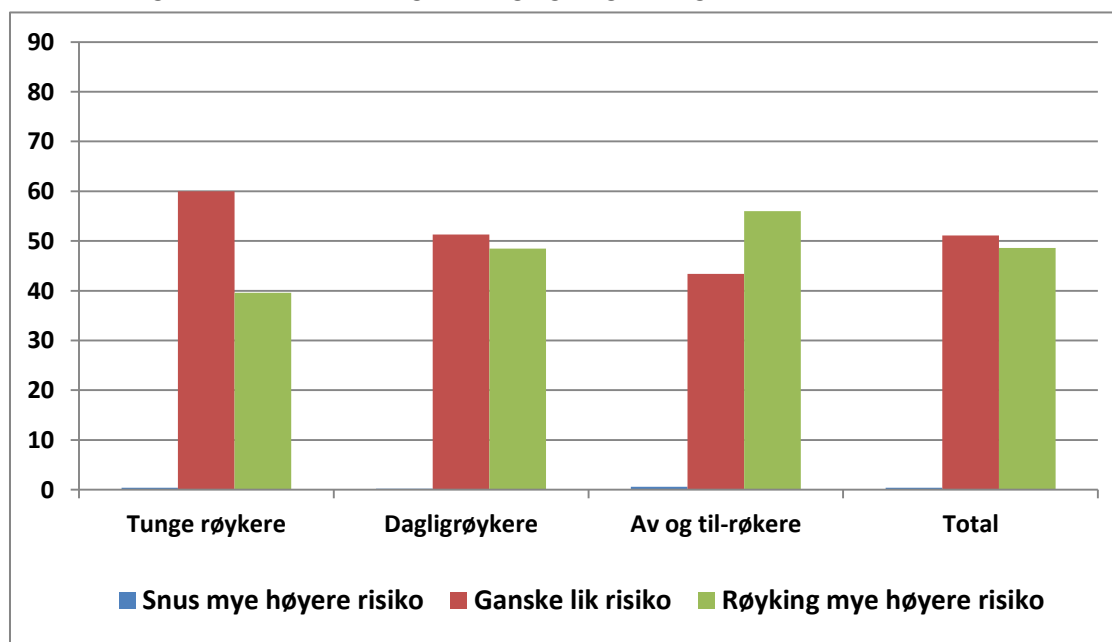
En undersøkelse publisert i 2013 (Lund & Scheffels, 2013) tok imidlertid sikte på å undersøke hvordan ulike kategorier av røykere oppfatter den relative risikoen for spesifikke sykdommer samt hvilke faktorer som kan påvirke slike oppfatninger. Det framkom at selv om et flertall svarte at de oppfattet røyking som mer skadelig enn snus, var det mange som vurderte snus som like skadelig som sigaretter (figur 3.30 og 3.31). Dette gjaldt overraskende nok også for lungekreft: mer enn to av ti av de spurte trodde at snus ga omtrent den samme risikoen for å få lungekreft som røyking. Denne feiloppfatningen var mest utbredt blant de tyngste røykerne, noe som er bekymringsfullt da disse er de som vil ha mest å tjene på å gå over fra sigaretter til snus. Feiloppfatninger om relativ risiko for hjerte-karsykdommer var også mest utbredt blant de tyngste røykerne.

Figur 3.30: Oppfatninger av relativ risiko for lungekreft ved bruk av snus vs sigaretter blant tunge-, daglig- og av-og-til-røykere



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

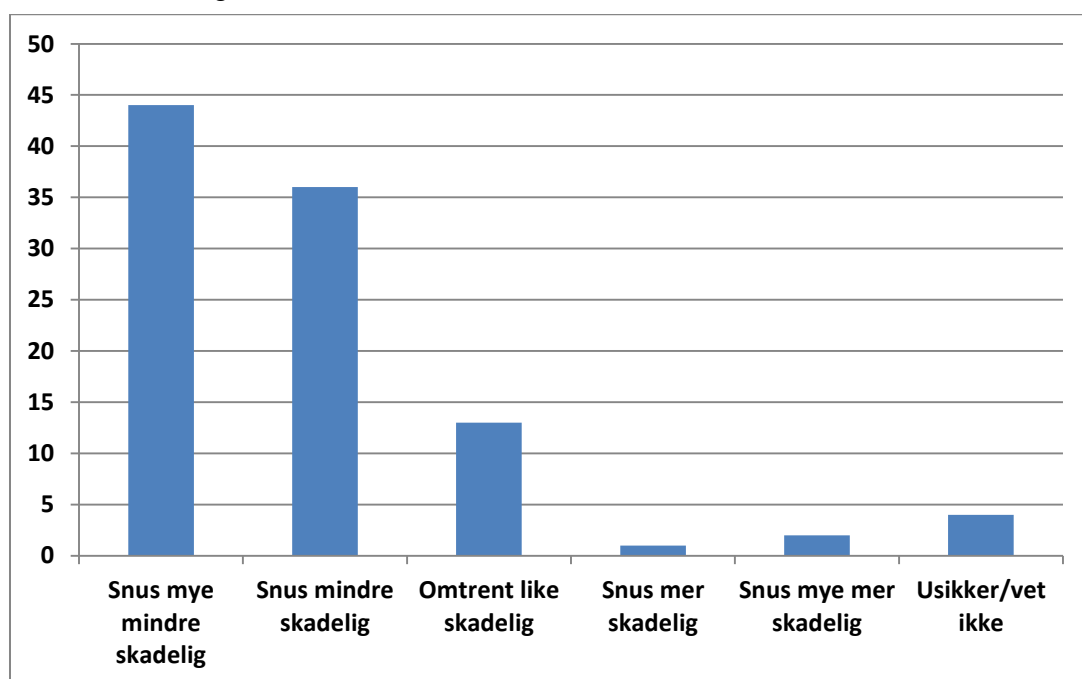
Figur 3.31: Oppfatninger av relativ risiko for hjerte- og karsykdom ved bruk av snus vs sigaretter blant tunge-, daglig- og av-og-til-røykere



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Godt informerte rådgivere er viktig om man skal lykkes med å informere og oppmuntre befolkningen om mindre skadelige nikotin- og tobakksprodukter. Resultater fra en undersøkelse blant 900 allmennleger i Norge viste at nesten to tredjedeler hadde oppfatninger om den relative risikoen mellom snus og sigaretter som ikke stemte overens med anslagene i de autoritative oppsummeringene (Levy et al 2004, ACSH 2013, Nutt et al 2014). Svært få leger trodde at snus var mer skadelig enn sigaretter, men nesten to av ti trodde skade fra de to produktene var mer eller mindre like, eller de oppga at de var usikre på vektingsforholdet (Figur 3.32). Et stort flertall rapporterte at de trodde snus var et mindre skadelig produkt enn sigaretter, men det var mer vanlig å tro snus var noe mindre skadelig (45 %) enn mye mindre skadelig (36 %).

Figur 3.32: Oppfatninger av relativ risiko for helseskader ved bruk av snus og sigaretter blant allmennleger i 2011 (N=891)



Kilde: SIRUS

Det ble funnet en klar sammenheng mellom oppfatninger av relativ risiko for snus og sigaretter, og tilbøyelighet til å informere pasientene om snus som et mulig hjelpemiddel for å slutte å røyke (Lund & Scheffels 2011).

3.8 Røykeslutt

At andelen som røyker i Norge nå er lavere enn tidligere, skyldes delvis at det er færre som begynner å røyke. Imidlertid har vi i figurene 3.12 og 3.13 sett at mens andelen røykere i eldre aldersgrupper holdt seg stabilt på et høyt nivå gjennom store deler av livstiden, så reduseres den allerede fra 30-40-års alder av i yngre aldersgrupper. Dette betyr i klartekst at det i yngre

aldersgrupper har blitt mer vanlig å slutte å røyke ved en lavere alder enn før, noe som også har bidratt til den lavere totale røykeprevalensen.

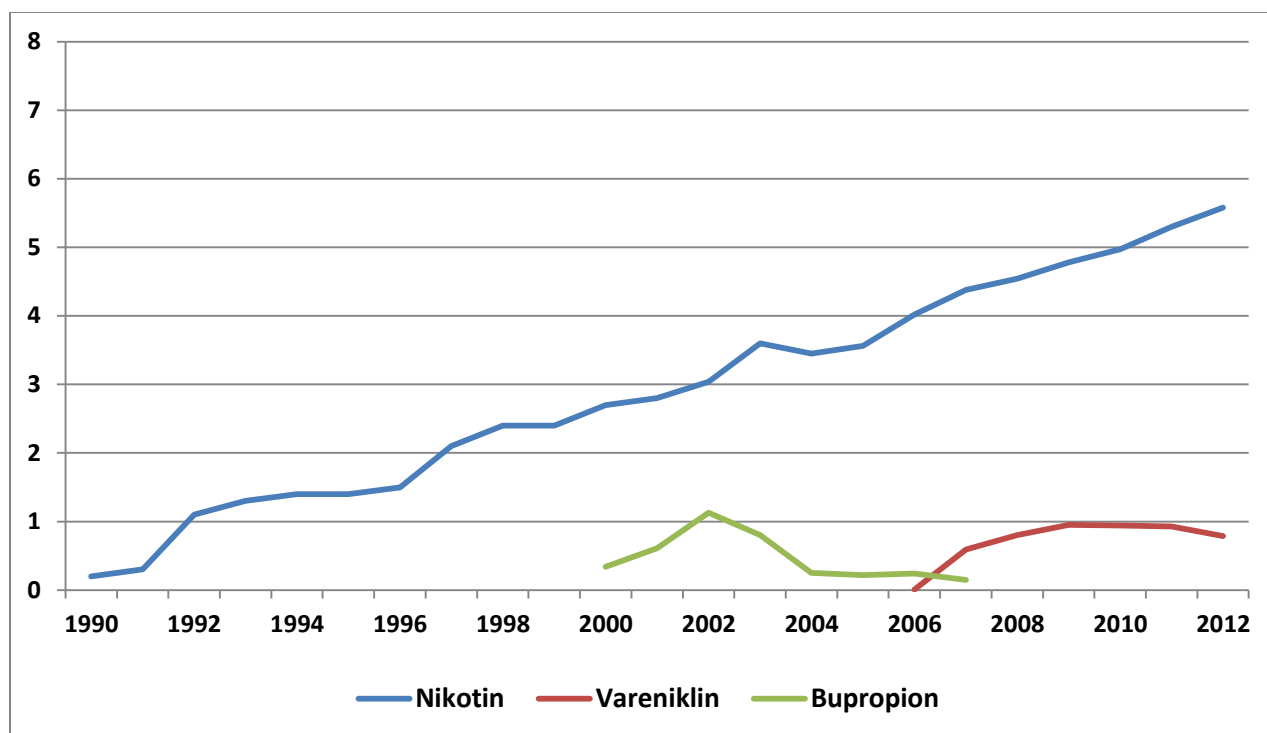
3.8.1 Legemidler til bruk ved nikotinavhengighet

I Norge er det tre typer legemidler godkjent for røykeavvenning: nikotinerstatning (NEP), vareniklin (Champix) og bupropion (Zyban). Nikotin har vært tilgjengelig i mer enn 25 år som legemiddel i terapi mot sigarettavhengighet, og blir hovedsakelig inntatt som 2-4 mg tyggegummi eller som 15-25 mg plaster. Nikotininhalator og –tabletter benyttes i mindre grad. Toleranse og helseeffekt er godt undersøkt, og viser at medisinsk nikotin i verste fall kun gir milde og forbigående plager. Potensiell avhengighet, fare for misbruk, og skade på småbarn som svelger nikotinlegemidler brukes heller ikke lengre som motargumenter. Nikotinerstatning selges reseptfritt fra apotek, og ble tilgjengelig i dagligvarehandelen fra januar 2003.

Til tross for at nikotinerstatning har vært på markedet i lang tid, har vært gjenstand for stor markedsføring fra Legemiddelindustrien, tilgjengelighet er bedret, og anbefales fra helsemyndighetene, er det kun 10-15 % av røykeslutterne som benytter disse (se figur 3.30). Den lave bruksfrekvensen i kombinasjon med svært moderat effekt betyr at legemidler til bruk i røykeavvenning i begrenset grad har bidratt til reduksjonen i tobakksforbruket. Blant reseptfrie legemidler var nikotinholdige preparater til bruk i røykeavvenning imidlertid den mest solgte produktgruppe med en omsetning på 325 millioner kroner i 2012 (Folkehelseinstituttet 2013). Figur 3.33 viser at det også har vært en økning i salg av nikotinerstatning.

Vareniklin (på markedet i 2007) og bupropion (på markedet i 2000) er reseptbelagte medikamenter som blokkerer eller erstatter nikotinens nevropsykologiske virkninger i hjernen. Bivirkningene fra legemidlene kan være vanskelig å skille fra abstinensplager som følge av røykeslutt.

Figur 3.33: Salg av legemidler til bruk ved nikotinavhengighet angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn, 1990-2012. Vedleggstabell 3.15

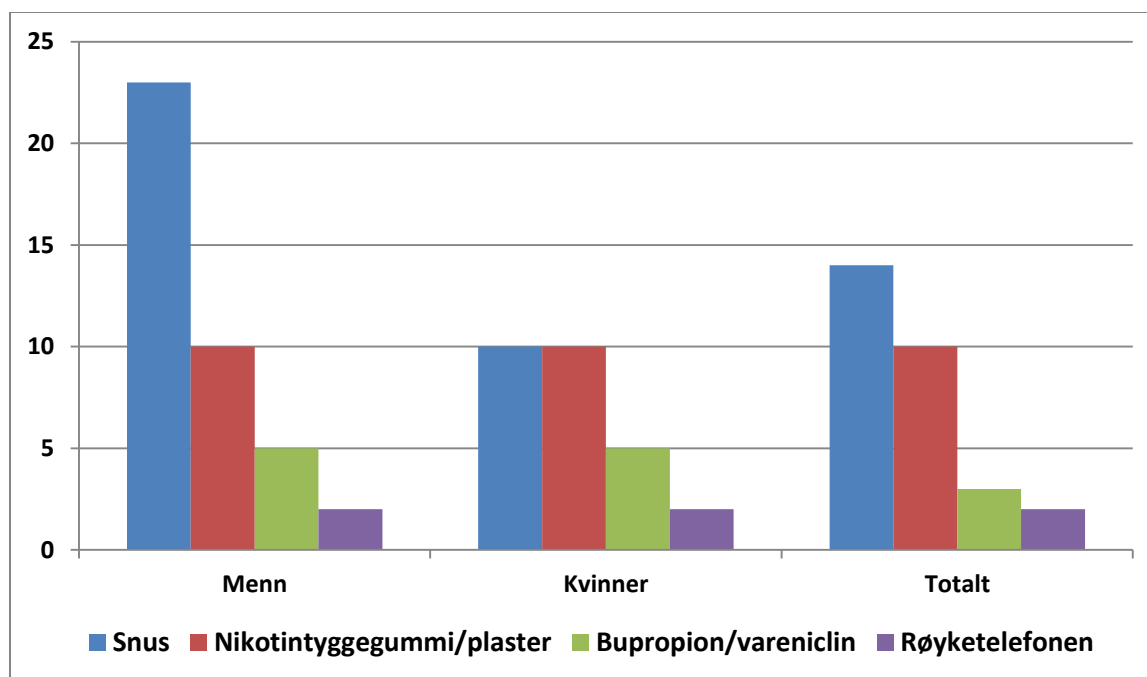


Kilde: Folkehelseinstituttet

3.8.2 Snus og røykeslutt

De fleste som slutter å røyke rapporterer at de verken gjør bruk av nikotinlegemidler, snus, e-sigaretter, konsulterer helsepersonell eller ringer Røyketelefonen. Utfallet for røykere som gjør bruk av slike uassisterte forsøk er like bra og ofte bedre enn for røykere som anvender spesielle metoder. Forskjellen kan ha sammenheng med at assistanse til røykeslutt oftere benyttes av røykere som i større grad har spesielle hjelpebehov. I eksperimentelle undersøkelser, der gruppene som sammenlignes er likeverdige, er som regel resultatene noe – men ikke mye - bedre i eksperimentgruppen som bruker nikotinlegemidler enn i kontrollgruppen.

Figur 3.34: Assistanse til røykeslutt. Vektet gjennomsnitt for nåværende og forhenværende røykere. Sammenslåtte data for perioden 2007-2013



Kilde: SIRUS

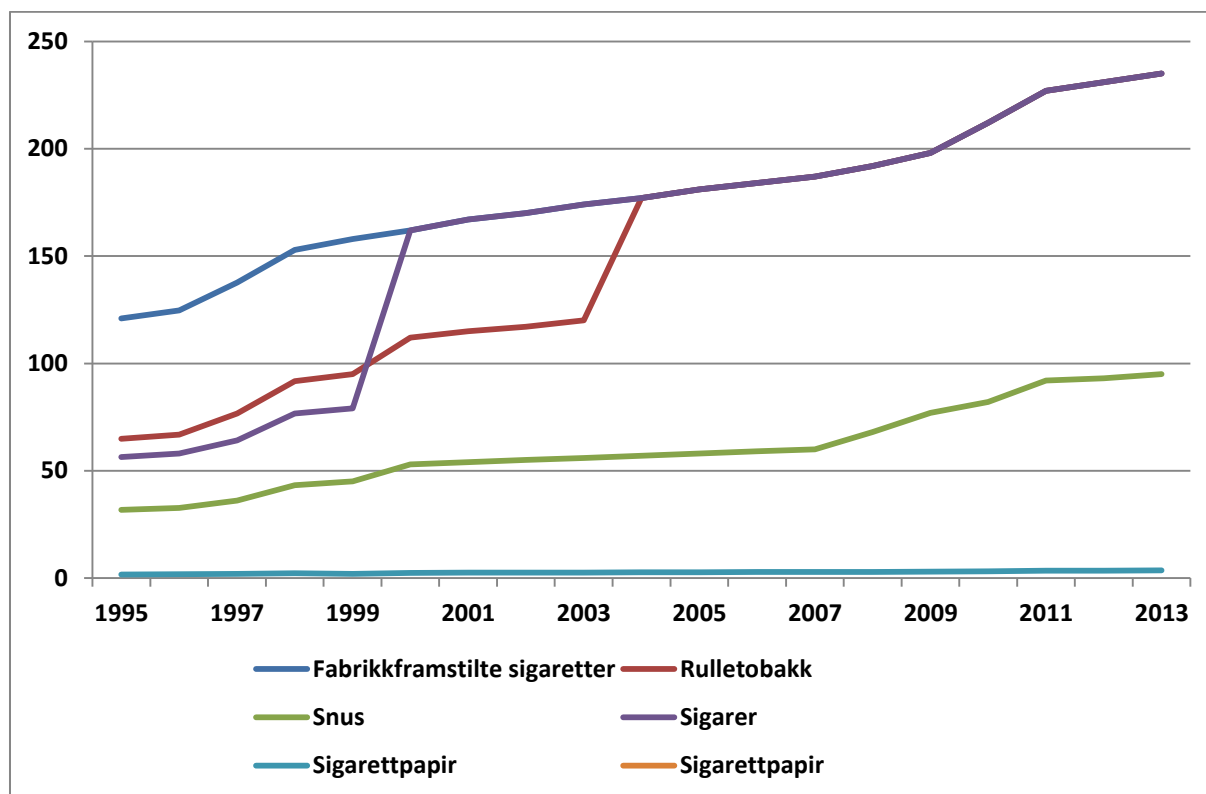
Andelen som bruker et hjelpemiddel for å slutte ser imidlertid ut til å ha økt over tid (Scheffels et al 2012), og dette skyldes i hovedsak bruken av snus som sluttemetode. Etter uassisterte forsøk, er nå snus den mest brukte metoden for å slutte å røyke blant norske menn, og blant kvinnelige røykesluttere har snus fått like stor utbredelse som nikotinlegemidlene (figur 3.30). Både observasjonelle (Ramström & Foulds 2006, Scheffels et al 2012, Lund et al 2010) og etter hvert flere – men ikke alle - eksperimentelle studier (Caldwell et al 2010, Fagerström et al 2012, Lunell & Curvall 2011, Kotlyear et al 2011), indikerer at snus har bedre effekt i røykeslutt enn nikotinlegemidlene. Dette har sannsynligvis sammenheng med at snus som regel har potensial til å avgi mer nikotin til blodbanen, samt at snusbruk gir en sensorisk opplevelse og en symbolsk funksjon som legemidlene mangler. Bruk av snus i røykeslutt ser ut til å være forbundet med forlenget nikotinavhengighet i forhold til bruk av nikotinlegemidler.

3.9 Tobakkspris og særavgift

I tillegg til at staten bruker særavgiftene for å finansiere offentlige utgifter, brukes de også som virkemiddel for å prise samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til bruk av helse- og miljøskadelige produkter. Særavgiften på tobakksvarer er en kvantumsavgift som er delt inn i seks avgiftsgrupper etter produkttype. Figur 3.35 viser at avgiftssatsene på tobakksvarer har økt betydelig. Satsene for sigarer og rulletobakk ble justert opp til nivået for fabrikkframstilte sigaretter i henholdsvis år 2000 og 2004. Særavgiften på snus (ikke brennbar tobakk) ligger

under satsene for tobakk som røykes (brennbar tobakk). Differansen i avgiftssats mellom brennbar og ikke-brennbar tobakk skyldes produktenes forskjellige skadepotensial. Noe av årsaken kan også tilskrives etterslep fra periode hvor sosiale hensyn ble vektlagt i avgiftsprofilen på tobakksvarer. Tradisjonelt ble snus og skrå hovedsakelig brukt av personer med lav inntekt. I senere tid har økningen i snusbruk blant ungdom blitt brukt som argument for å øke avgiften på snus.

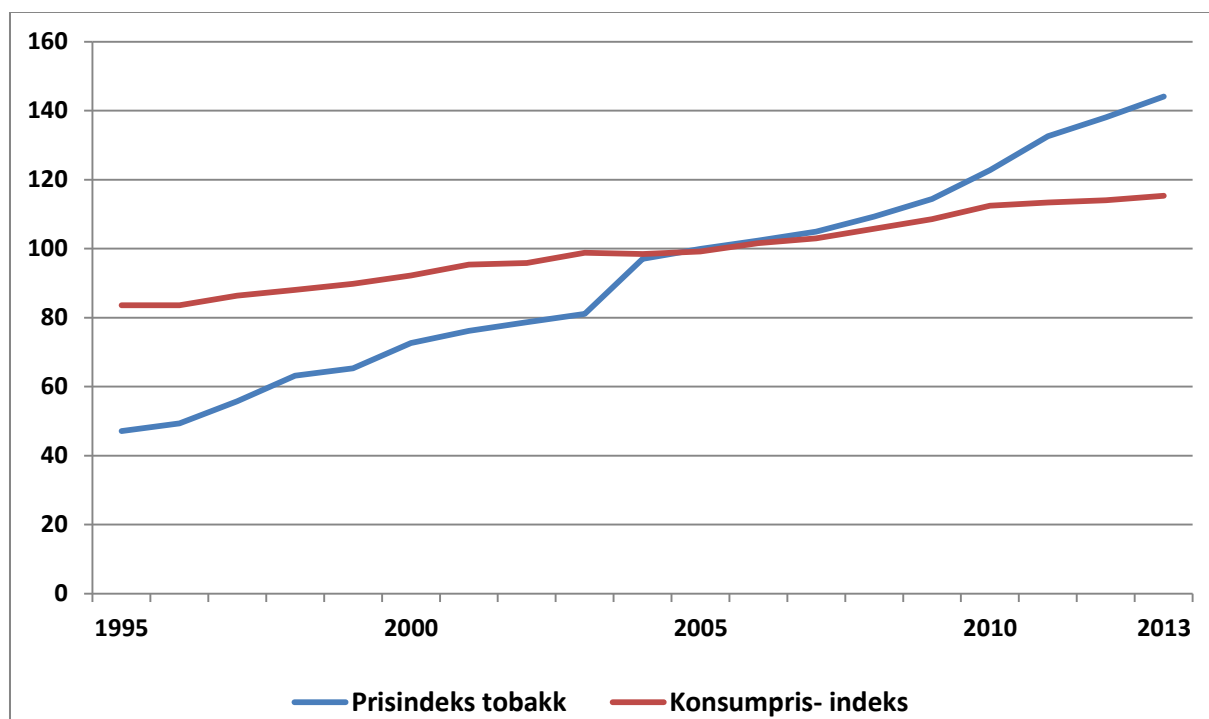
Figur 3.35: Utvikling i særavgifter på tobakksvarer i kroner per 100 gram 1995-2013.
Vedleggstabell 3.16



Kilde: Finansdepartementet

Fordi røykerne har en relativ overrepresentasjon av personer med kort utdanning og lav inntekt, vil avgiftsøkninger på tobakk i sterkeste grad ramme en gruppe som er svakest stilt. Personer med lav inntekt er dessuten mer prisfølsomme, og vil oppvise en større etterspørselsreduksjon enn personer med høyere inntjening. Sistnevnte gruppe vil i større grad være i stand til å bære kostnadsøkningen forbundet med fortsatt røyking. Avgiftsøkninger på tobakk vil derfor skape sosial ulikhet i varetilgang som kan oppfattes som urettferdig. I et helseperspektiv vektlegger man imidlertid at slike avgiftsøkninger i sin tur kan bidra til å skape en sosial resultatlikhet i framtidig helsestatus.

Figur 3.36: Prisindeks for tobakksvarer og konsumprisindeks 1995-2013 (2005=100). Vedleggstabell 3.17



Kilde: Statistisk sentralbyrå, SIRUS

Prisindeksen på tobakksvarer har siden 1995 økt vesentlig mer enn den samlede konsumprisindeksen (figur 3.36). Ifølge statsregnskapet har statens inntekter på tobakksomsetningen nominelt sett økt fra 1 milliard kroner i 1980 til 8,2 milliarder i 2012. Merverdiavgiften er ikke medregnet i disse tallene.

Effekten på tobakksforbruket av en avgiftsendring på sigaretter vil være større i en lukket økonomi enn i en åpen økonomi med betydelig handelslekkasje som den norske.

3.10 Mulige forklaringer på endringer i tobakksforbruket

Masseutbredelsen av sigarettøyking i Norge startet med automatiseringen i tobakksindustrien for ca. 100 år siden. Detaljerte samfunnsvitenskapelige forklaringer på endringen i røykemønstre i Norge er lansert i flere arbeider (Lund 1996, 2007, 2008, 2009). Disse har bl.a. vektlagt at økningen i første halvpart av 1900-tallet skjedde i et samfunnsmessig klima med intensiv reklame der sigarettene signaliserte modernitet, raffinement og elegance.

«Pilotene» i spredningsforløpet var menn i det urbane borgerskapet – effektive læringsmodeller som bidro til at røyking ble spredt til andre befolkningsgrupper. Røyking blant kvinner var sjeldent, men forekom hyppig i sosiale utgrupper som bohemmiljøet og blant prostituerte. Etter den annen verdenskrig ga myndighetene tobakk status som et nødvendighetsgode og brukte Marshall-hjelpen for å forsyne befolkningen. Røyking hadde en

dyp forankring i det sosiale liv, og ble praktisert av bl.a. leger og toppidrettsfolk og visualisert gjennom TV-programmer, filmer, avisbilder og reklameannonser. Som rollemodeller må vi anta at legene sendte sterke positive signaler om røyking til allmennheten. I 1952 røykte 74 % av norske mannlige leger og 44 % av de kvinnelige (Aarø et al 1977). Landets sosialminister deltok i reklame for sigaretter i 1950-årene.

Det tobakksvennlige samfunnsklimaet i 1950- og 60-årene ga trange vekstvilkår for den begynnende informasjonen om helsefare ved røyking. Advarslene ble i lang tid kommunisert av moralske entreprenører som mange kanskje oppfattet at var ute på et moralsk korstog og derfor hadde redusert troverdighet. I aviser og lærebøker fantes det liten motvekt til den massive reklamen som glorifiserte røyking (Kunø & Graff-Iversen 2002). Reklamen ble også mer aggressiv fra det tidspunkt da de endelige bevisene for røykingens helserisiko forelå (Lund 2002). Inntil 1970 holdt legestanden og myndighetene lav profil og var fraværende med et tobakkspreventivt engasjement. Den første offentlig finansierte opplysningskampanjen kom først i 1975 fra Statens informasjonstjeneste.

3.10.1 Reduksjonen i sigarettforbruket

Nedgangen i tobakkskonsumet blant menn i 1990-årene startet først 15 år etter at landet hadde fått en omfattende tobakkslovgivning. Fra 1975 førte tobakkskadeloven til et totalt forbud mot all tobakksreklame, innføring av helseadvarsler på tobakkspakkene og 16-års aldersgrense for kjøp og salg av tobakk. Loven skulle siden bli utvidet med paragrafer som beskyttet mot passiv røyking på arbeidsplasser og transportmidler (1989), og serveringssteder (2004). Den forbød nye nikotinprodukter (1989), påbød flere (1984) og større (2003) helseadvarsler, og høynet aldersgrensen for kjøp og salg av tobakk til 18 år (1995). I tiden etter 1975 økte realprisen på tobakk flere ganger, systematiske avvenningstiltak ble satt i verk, og kampanjevirkosomheten ble intensivert.

Myndighetenes innsats har sannsynligvis bidratt til å hindre at forbrukstoppen ble like høy som i for eksempel England og USA, og stadige utvidelser av loven har påskyndet nedgangen i røyking. Reduksjonen i røykingen skyldes også mange faktorer utenfor myndighetenes direkte kontroll, slik som røykingens endrede symbolinnhold, brukergruppens deklassering med påfølgende tap av modelleffekt, og snusens renessanse.

3.10.2 Forsinkelser i endringer blant kvinner

Som vist i figur 3.6 begynte kvinner å røyke på et senere historisk tidspunkt enn menn. Rønneberg og medarbeidere (1994) fant dessuten at sigarettene ble tatt i bruk på et senere tidspunkt i livsløpet hos kvinner enn hos menn. Dette må tolkes i lys av de restriktive normer for kvinnerøyking som forelå og som hemmet industrien i å drive kvinnerettet markedsføring. Som gruppe betraktet manglet kvinner typiske innovative kjennetegn som lang utdanning og kosmopolitisk orientering. De var mer religiøse og i større grad administratorer av den private

familiære sfære. Kvinner deltok derfor mindre på samfunnsmessige arenaer som kunne virke sekulariserende, normnedbrytende og rekrutterende for røyking (Lund 1996, 2007, 2008, 2009).

Veksten i kvinners røyking hadde sammenheng med liberaliseringen av normene og den påfølgende økningen i kvinnerettet markedsføring (Lund 2002). Periodene med krig og sosial og økonomisk labilitet hadde virket normoppløsende. Flere kvinner tok også lønnet arbeid og deltok på innrøykte samfunnsarenaer de tidligere hadde stått utenfor.

De røykepreventive tiltakene som etter hvert kom fra myndighetene, inntraff på et tidligere stadium i spredningsforløpet av kvinners røykevaner enn hva tilfellet var for menn. Dette har trolig bidratt til at veksten kulminerte på et lavere forbruksnivå enn hos menn.

Som nevnt startet nedgangen i kvinners tobakksforbruk senere enn hos menn. Dette er forårsaket av en såkalt kohorteffekt. I 1970-årene var det få eldre kvinnelige røykere, noe som skyldtes at det var uvanlig for denne generasjonen å røyke da de var unge i 1920- og 30-årene (Rønneberg et al 1994). Etter hvert som nye kvinnegenerasjoner – med oppvekst i et mer røykepositivt klima i 1950-årene – erstattet de eldre, har dette bidratt til å utlikne effekten av forbruksreduksjon blant de middelaldrende kvinnene. Frem mot århundreskiftet avtok imidlertid denne kohorteffekten, og etter århundreskiftet har det vært den samme forbruksreduksjonen blant kvinner som blant menn.

3.11 Historisk oversikt

1619 Christian IV bestemmer at røyking om bord på norske skip skal forbys av hensyn til brannfare og at overtredelse skal straffes med kjølhaling.

1632 Christian IV innfører et syvårig totalforbud mot tobakk

1650 Bergen tollsted begynner å registrere import av tobakk. Den første offentlige kilde for beregning av tobakksforbruket.

1741 Iverksetting av et svensk-norsk forbud mot røyking blant ungdom under 21 år. Overtredelse kan straffes med gapestokk to søndager på rad for de unges foreldre.

1778 JL. Tiedemanns tobakksfabrik etableres i Christiania.

1854 Conrad Langaard etablerer sin tobakksproduksjon i Christiania.

1882 Tobakksplantasjer anlegges i indre Sogn. Kommersiell produksjon av norskavlet tobakk foregår fram til 1920.

1885 Som den første tobakksfabrikant i Norge starter Conrad Langaard opp med produksjon av sigaretter i tillegg til snus, skrå, sigarer og pipetobakk.

1892 Forbud mot barnarbeid lovfestes. Inntil da hadde nærmere 50% av de sysselsatte i tobakksindustrien vært yngre enn 15 år.

1893 Tobakksbeskatningen bidrar med hele 12% av de totale statsinntektene.

1894 Reklameikonet 'Fiskeren' fra JL.Tiedemanns tobakksfabrik lanseres som varemerke. Den værbitte og sindige fiskeren ble meget populær med sin anbefaling «*Tiedemanns tobak er dog den beste*».

1898 Norske Kvinders Totalavholds-Selskap opplyser at «Tobak virker mest paa hjernen. Tobak er især meget skadeligt for børn og ungdom, fordi den svækker hukommelsen og tænkeevnen. Tobak er ikke til nogen virkelig nytte verken for børn eller voksne».

1899 En fullmaktslov gir kommunene myndighet til å håndheve en 15års grense for kjøp og konsum av tobakk på offentlig sted.

1901 Tobakksfabrikantenes Landsforening av 1901 stiftes for «*at varetage og befordre fælles interesser og at fremme kollegialt Samhold*». Foreningen oppretter konkurranseregulerende avtaler (minstepriser, emballasje-bestemmelser etc) og fungerte etter hvert som lobbyist overfor myndighetene.

1905 British American Tobacco Company (BATCO) etablerer seg i Norge - et felles eksportselskap av britisk-amerikansk tobakk overfor tredjeland.

1906 JL Tiedemanns Tobaksfabrik tar for første gang i bruk den automatiske sigarettmaskinen og håndrullingen av sigaretter avtar. Produksjonen øker og prisen går ned.

Tidsskrift for den Norske Lægeforening trykker et syv siders oversiktsreferat om *‘Tobaksrøkning og dens skadelige virkninger’* basert på tidens kunnskap. Oversikten inneholdt påstander som siden skulle bli verifisert, men også en del effekter uten etterfølgende evidens som *«hyppig tilbøielighet til flatulens’ tobaksdøvhed, nedsat centralt syn, søvnløshet»*.

1909 Fabrikktellingen viser 37 tobakksproduserende bedrifter i Norge med til sammen flere enn 2000 ansatte.

De Unges Vel dannes i Bergen – den første organisasjonen som arbeidet mot tobakk utelukkende.

1911 Investeringer i stadig mer avanserte sigarettmaskiner fram mot første verdenskrig forvandler tobakksproduksjonen fra en arbeidsintensiv til en kapitalintensiv industri.

1914 Komitéen til motarbeidelse av tobakkstrusten (Antitrustkomiteen) blir etablert av medlemsbedrifter i Tobaksfabrikantenes Landsforeninga når BATCO lanserer sin egen skråtobakk på det norske markedet. Det iverksettes boikott mot detaljister og grossister som fører varer produsert eller importert av BATCO. Forbrukerne oppfordres til å kjøpe norsk tobakk av nasjonale grunner.

Sigarettmerket Teddy lanseres fra Tiedemann med en tegning av Teddy Roosevelt på pakken. Valget av Roosevelt hadde sammenheng med hans kamp mot trust-dannelser i Amerika. Produksjonen av Teddy opphører først i 2008 og blir Norges lengstlevende tobakksprodukt.

1915 2500 norske tobakksforhandlere går til boikott av produkter fra tobakkstrusten BATCO etter press fra Antitrustkomiteen. BATCO nektes å annonsere i mange norske aviser. Stempelavgiften innføres på tobakksprodukter. Tollen mister sin betydning som beskatningsform.

1916 Skråtobakk og snus har en markedsandel på 64%. Røyketobakk utgjør til sammen 36% (pipetobakk, sigarer, rulletobakk, sigaretter).

Den landsomfattende Norske Antitobaksforening opprettes på Skodje, primært for å bekjempe tobakksspytingen. Utgir bladet Tobakkskampen. Hygiene, moral og familieøkonomi stod sentralt. Møtene ble avholdt på Godtemplarhus, Betania, Misjonslokaler og Metodistkirker.

1918 Kronprins Olav oppkaller sin seilbåt etter sigarettmerket Teddy. Teddy blir markedsdominerende fram mot 1920. Norske merker foretrekkes av patriotiske grunner.

1919 Sigarettmerkene Lucky Strike (BATCO) og Chesterfield (Liggett & Myers Tobacco/Sverre Urbye) lanseres i Norge.

Den Norske Antitobaksforening skifter navn til Landslaget Bort Med Tobakken.

1920 Masseproduksjon av sigaretter har ført til avsettingsproblemer. Tobakksprodusentene øker sine reklameutgifter. De første kjendiskampanjene for røyking starter med deltagelse fra bl.a. Roald Amundsen, Knut Hamsun, Johan Bojer, Arnulf Øverland, Oskar Braathen, Francis Bull og Edvard Munch. Markedsføringen var rettet mot menn. For kvinner var røyking fortsatt normovertredende.

1921 Tobakksindustrien er blant de første annonsører som starter opp med langvarig merkevarebygging, der hvert merke hadde sitt tema, logo og slagord som forble uforandret i lang tid for eksempel «*Teddy – alle mands ven*».

Forslaget om statlig tobakksmonopol blir for siste gang nedstemt av Stortinget etter tidligere behandlinger i 1889, 1903, 1904, 1906 og 1919. Selv med opprettelsen av Statens Vinmonopol i 1922 forble spørsmålet om tobakksmonopol ute av norsk politikk.

1922 Sverdrup Dahl begynner å distribuere reklamefilmer for tobakk til kino.

1924 'Fiskeren' fra Tiedemann blir forsøkt plagiert av en rekke andre tobakksfabrikanter, og fram til 1936 ble firmaet engasjert i over 30 tvistesaker der Reklameforeningen og Handelsstandens 50-mannsutvalg ofte ble tilkalt som dommere.

1926 Erling Falk, leder av den radikale politiske bevegelsen MOT DAG – hovedsakelig bestående av intellektuelle akademikere – gjør det til en symbolsk handling å avstå fra amerikanske virginiasigaretter. Preferansen for sigaretter laget av tyrkisk tobakk markerte en anti-imperialistisk holdning.

1927 Skråtobakk og snus har en markedsandel på 49%. Røyketobakk utgjør 51%

1928 Innlegg av kuponger og samleserier med sportsidoler i sigarettpakken.

1930 Trustkampen mot BATCO opphører. J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik kjøper seg inn i BATCO, overtar hele bedriften fra 1933 og gir den navnet NETO (Norsk-engelsk tobakksfabrikk).

1931 I Budsjettinnstilling til Stortinget legges det vekt på at sosiale hensyn bør tas ved avgiftsprofilen på tobakksvarer. Det innstilles på at røyketobakken «*ikke bør fordyres ved ytterligere beskatning fordi det vil ramme den jevne manns forbruk*».

Tiedemann-gruppens bedrifter melder seg ut av Tobakfabrikantenes Landsforening av 1901 etter uenighet om prisfastsetting på snus og skråtobakk. Sterk priskonkurranse mellom tobakksprodusentene.

1932 Tiedemann lanser reklamekampanje for sigarettmerket Medina med kvinnemodeller. «*Hvis vi to møtes og De byr meg en sigarett vil jeg helst ha en Medina*». Kvinners røyking var fortsatt prisgitt menns høflige gester. De kvinnelige røykemodellene hadde ofte utfordrende blikk og antrekk som signaliserte mangel på sømmelighetssans.

1933 Tiedemann lanserer reklamekampanje for rulle- og pipetobakken Gul Mix. En av de få store kampanjene for rulletobakk før 1950.

I reklamekampanjen Tidens Kvinner om Tiedemann brytes fordommer og stereotypier ned ved å la leder av Norsk Kvinnesaksforening Margarete Bonnevie, forfatter Sigrid Undset, leder av Den norske forfatterforening Barbara Ring og kvinneaktivist Gulla Grund anbefale røyking, bl.a. for å øke arbeidslysten.

M Glotts tobakksfabrikk AS lanserer sigarettmerket Speed. Conrad Langaard overtar produksjonen fra 1957 til den opphører i 1986.

Kringkastingsselskapet tillater tobakksreklame i en serie radioprogram (Medina-konsertene) sponset av JL Tiedemanns tobakksfabrik.

1934 Gyldendals konversasjonsleksikon skriver at «måteholden tobakkrøyking har, bortsett fra en lett svelgkatarr som under tiden kan utvikle sig, ingen sikkert påviselige skadelige virkninger, da bare en ytterst liten mengde nikotin resorberes».

Tobakkbranchens Felleskontor etableres – en sammenslutning av tobakkshandlere og produsenter opprettet bl.a. for å lage regler og yte etableringshjelp til nye forretninger. Foreningen skiftet seinere navn til Tobakksindustriens felleskontor.

1935 Lov om høyere almennskoler fastsetter at elever ikke kan røyke i skolenes umiddelbare nærhet.

J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik er blitt landets største tobakksprodusent. Fabrikken har overtatt sigarbedriften J.N. With (1922) og sigarettprodusentene W. Hartog & co (1923), BATCO (1930) og Carl E. Olsen (1935). I perioden 1927–40 står J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik for nær halvparten av bruttoproduksjonsverdien i tobakksindustrien. Senere ble en rekke andre tobakksprodusenter tilsluttet «Tiedemann-gruppen». Dette var P. Pedersen & sønn i Stavanger (1948), T.M. Nielsen & søn Tobakksfabrik i Larvik (1959), Norsk Kooperativ Landsforbunds Tobakksfabrik (1960), O. P. Moe & Søn (siden Rose Tobakk A/S) i Kristiansand (1971) og H. Petterøe tobakksfabrikk (1972).

1936 Sigarettmerket Frisco lanseres fra Conrad Langaard

1937 Sigarettmerket Blue Master (toasted) lanseres fra Tiedemann.

1938 Bladet Tobakskampen bytter navn til Rein Luft.

Tobakksfabrikernes Landsforening vedtar en intensjonsavtale om å begrense tobakksreklamen av hensyn til kostnadene for noen av medlemsbedriftene.

1939 Skråtobakk og snus har en markedsandel på 29%. Røyketobakk utgjør 71%.

1941 Sigarettmerket South State lanseres fra Tiedemann og blir en markedsleder fram til 1965.

1942 Rasjoneringskort på tobakk innføres. Månedstrasjon var 160 sigaretter for menn og 80 sigaretter for kvinner. Boken 'Tobakk til eget bruk' om dyrking hjemme selger 33 000 eksemplarer.

1943 Tobakksrasjonering endres til to sigaretter pr dag for menn og en sigarett for kvinner. Menn måtte være over 18 år, mens aldersgrensen for rasjoneringskort for kvinner var 21 år. Størrelsen på det areal hver familie kunne ta i bruk til tobakksdyrking ble regnet ut etter antall menn i husstanden. Omfattende svartebørs og bytteøkonomi med sigaretter som hard valuta.

1946 Rasjoneringen oppheves. Tobakk får status som nødvendighetsgode av forsyningsmyndighetene.

1948 Marshallhjelpen benyttes for å finansiere import av tobakk fra USA.

1949 Forsyningsmyndighetene bruker 110 millioner på import av tobakk, mens kun 40 millioner går til innkjøp av landbruksmaskiner.

1950 Skråtobakk og snus har en markedsandel på 19%. Røyketobakk utgjør 83%.

Tidsskrift for den Norske Lægeforening nevner for første gang røyking (sammen med sotplager i byene) som en mulig årsak til en observert økning i lungekreft.

1952 Reklameaktiviteten fra tobakksindustrien gjenopptas etter hvert som forsyningen av tobakk øker.

Under de olympiske vinterleker i Oslo erklæres Frisco fra Conrad Langaard som den offisielle olympiske sigaretten.

1953 J.L. Tiedemanns tobakksfabrik oppretter et medisinsk fond som skal anvendes til å «fremme utforskning av menneskets indre-medisinske sykdommer, fortrinnsvis hjerte/karsykdommer, heri inbefattet midler til å forebygge og helbrede slike sykdommer». Legatmidlene ble hvert år delt ut på fabrikkeier Joh. H. Andresens fødselsdag.

1954 Landets sosialminister, leder av Arbeiderpartiets kvinnesekretariat og tidligere Mot Dag-medlem Rakel Seweriin deltar i markedsføring for tobakk.

Sigarettmerket Kent lanseres med et filter bl.a. bestående av asbest under mottoet «*the greatest health protection ever developed*».

Filtersigaretten Ascot lanseres fra Tiedemann.

Tidsskrift for den Norske Lægeforening stiller på lederplass spørsmålet «*Er det bevist at sigarettørking fremkaller lungekreft?*» og inkluderer røyking blant mulige årsaksfaktorer sammen med ettervirkninger fra influensaepidemi (Spanskesyken 1918-19), atmosfæriske luftforurensninger, tjæreholdig støv fra asfalterte veier og svovel fra bruken av fyrstikker. En undersøkelse viser at 75% av mannlige og 45% av kvinnelige leger røyker hver dag. Innslaget av røykere blant leger er høyere enn gjennomsnittet for befolkningen.

1955 Tidsskrift for den Norske Lægeforening refererer en amerikansk studie om økt risiko for hjerte- karsykdommer blant røykere. Det understrekes at sammenhengen nødvendigvis ikke er kausal men «*at de begge er produktet av en tredje og felles årsak*».

1956 Patologen Liv Kreyberg publiserer en artikkel i Tidsskrift for den Norske Lægeforening basert på en studie av maligne lungesvulster fra 300 pasienter. 80% av en viss type svulster (Gruppe 1-svulster) har relasjon til tobakksrøyking.

I VG kritiserer Kreftregisterets leder Einar Pedersen staten for passivitet i bekjempelsen av røyking. Sosialminister Gudmund Harlem uttaler i Dagbladet «*Vi mangler det avgjørende bevis for at sigarettøyking kan medføre lungekreft, og før det foreligger anser vi det ikke riktig å foreta oss noe i sakens anledning*».

1957 Sigaretten Long Run lanseres fra Tobakkscompagniet med acetat filter. I reklamen heter det «vitenskapens siste framskritt i tobakksbransjen. Å røyke filter LONG RUN lønner seg i det «LONG RUN».

Landsforeningen mot Kreft gjennomfører en kartlegging av røykevaner blant skoleelever i grunnskolens øverste klassetrinn.

Landslaget Bort Med Tobakken oppfordrer til «at det må bli slutt med all tobakksreklame både på kinoer, i vekeblad, i aviser og ellers andre stader der tobakkskapitalen driv propaganda».

1958 Forlaget Liv & Helse begynner å distribuere informasjon om røykingens helseskader.

1960 Sigarettmerket Camel lanseres i Norge fra Conrad Langaard.

Boken om Skikk og Bruk skriver «Et vertskap som ikke tillater røyking ved bordet kan risikere å legge en demper på hele selskapet».

1963 I VG etterlyser Professor Erik Poppe ved Radiumhospitalet et røykeforbud på TV. Programdirektør Otto Næs svarer at «*intervjuobjektene slapper bedre av foran TV-kameraene hvis de får ta en røyk*».

President Gerhard Larsen henstiller legene på landsmøtet i Den Norske Lægeforening i Trondheim til å slukke sigarettene, og innfører isteden røykepause etter hver tredje taler. Landsforeningen Mot Kreft gjentar sin undersøkelse av røykevaner blant skoleelever fra 1957.

1964 En oppsiktsvekkende rapport fra den amerikanske helsedirektør erklærer på basis av en litteraturstudie av datidens biomedisinske og epidemiologiske studier at lungekreft og hjertekarsykdommer har sammenheng med røyking. Rapporten får stor oppmerksomhet i Norge.

Helsedirektør Karl Evang avgir den første offisielle, autoritative redegjørelse om røyking og

helse i Tidsskrift for den Norske Legeforening «*Omfattende vitenskapelige undersøkelser har fastslått at det består et sikkert årsaksforhold mellom sigaretttrøyking og lungekreft*». Evang peker videre på at røyking var en viktig årsaksfaktor for utvikling av strupekreft og kronisk bronkitt, og at hjerteinfarkt, hjertekrampe og emfysem hadde en relasjon til røyking.

Fra Stortingets talerstol sier Edvard Hambro at «vi (ikke-røykere) blir betraktet av folk flest som noen sinker og noen merkelige folk, og de av oss som har røkt og har holdt opp å røke, blir betraktet nærmest som avvikere. Men på grunn av den rapport som er kommet, ... kan vi ikke-røkere reise vårt hode og gå rundt mer som frie menn...»

En rekke frivillige organisasjoner setter arbeidet mot tobakksskadene på dagsordenen (Landsforeningen Mot Kreft, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Den Norske Lægeforening, Norsk Avholdsforbund, Norges Røde Kors, Statens Ungdomsråd, Norges Idrettsforbund, Norske Kvinners Sanitetsforening, Norsk Folkehjelp, Norges Husmorforbund).

Kirke- og undervisningsdepartementet sender rundskriv til landets skoler hvor det opplyses om plikt for å sørge for at elevene orienteres om tobakkens skadevirkninger.

Andelen som har hørt at røyking kan være kreftfremkallende har økt fra 39% i 1958 til 74%. Tobakksindustriens bransjeforening undertegner en intensjonsavtale om begrensning av reklame for sigaretter gjeldene fra 1965.

1965 Stortinget nedsetter et offentlig 'Utvalg for forskning i røykevaner' med følgende mandat «... å avggi en betenkning... om hvilke tiltak som kan settes i verk for å motvirke at folk begynner å røyke og for å stimulere røykere til å opphøre med å røyke eller innskrenke sitt forbruk.»

Landslaget Bort Med Tobakken endrer navn til Landslaget mot Tobakksskadene (LMT), rekrutterer medlemmer med medisinsk kompetanse og får mindre preg av å være en isolert gruppe fanatikere på etisk korstog.

Norge blir medlem av EFTA, og toll bortfaller på utenlandske sigarettmerker. Markedet internasjonaliseres og merker som Marlboro, Camel, Lucky Strike, Kent, Pall Mall, Winston, Benson & Hedges, Salem, Philip Morris og Dunhill får 30% prisreduksjon. Skjerpet rivalisering om markedsandeler. Norsk tobakksindustri trapper opp samarbeidet med amerikanske selskaper. Markedsandelen for norske sigarettmerker faller fra 75% i 1965 til 55% i 1975.

Norsk tobakksindustri intensiverer sin markedsføring – særlig mot kvinner som i økende grad har gått ut i yrkeslivet, tjener egne penger og framstår som potensielle kunder.

Kvinnerepresentasjonen i annonsene øker fra 33% i perioden 1955-64 til 62% i perioden 1965-75. Andel kvinner avbildet i røykesituasjoner øker fra 26% til 51%. Hver femte annonse etter 1965 er assosiert med et budskap om at kvinner oppnår selvstendighet og frihet ved å røyke et spesielt merke. «*Det likte han ikke – nå klarer jeg meg uten ham. Uten å rulle mine sigaretter av hans tobakk! Endelig har jeg fått min egen – spesiallaget for meg – Stjernesnitt K for 'kvinne'.*»

1966 Kringkastingssjef Ustvedt røyker sigar i programmet Åpen Post, og bryter sin egen instruks til de ansatte om å avstå fra røyking på skjermen.

Nye og gamle sigarettmerker lanseres med filtre bestående av kreppapir, cellulose, kork, kull eller acetat. Reklamen framhever at filteret har beskyttende egenskaper. «*Savoy – et alternativ - aktivt dobbelt filter som gir renere røkeglede*». Markedsandelen for filtersigarettene øker fra 23% i perioden 1955-64 til 72% i perioden 1965-1975. De mest markedsførte merkene i den siste perioden blir Pall Mall, Savoy, South State, Prince og Rothmans.

1967 'Utvalg for forskning i røykevaner' fremlegger en enstemmig rapport «Påvirkning av røykeadferd». Utvalget, ledet av lungelege Kjell Bjartveit, anbefaler blant annet koordinert innføring av reklameforbud, helseadvarsler, opplysningstiltak og røykeslutttiltak.

Sigarettmerket Prince fra det danske Skandinavisk tobakskompagni lanseres i Norge med JL Tidemanns tobaksfabrik som samarbeidspartner.

1968 Reklamen for Prince toppe Norsk Annonsestatistikk i årets fire første måneder.

Prince-kampanjen bruker ca 30 av tidens kjendiser som spredningsagenter for budskapet «*Ja, nå røyker også jeg Prince*» - bl.a. Julie Ege, Grynet Molvig, Inger Jacobsen, Kari Simonsen, Elisabeth Grannemann, Rolv Wesenlund, Lasse Kolstad, Roald Øyen m.fl.

JL. Tiedemann tobaksfabrik samler all sin produksjon i en enkelt fabrikk på Hovin i Oslo.

1969 Stortingsmelding nr. 62 fra Sosialdepartementet med handlingsprogram mot røyking legges fram for Stortinget. Det pekes på at tobakksindustriens intensjon om selvpålagt reklamebegrensning ikke har hatt betydning.

Annonser med opplysninger om faktiske egenskaper ved produktet (pris, pakning, papirtype, snitt, opprinnelsesland etc) erstattes av reklame som vektlegger det rene, naturlige, lyse, lette, milde, svale og forfriskende i produktene. «*Consulate – frisk som en fjellbekk*». Reklamen formidler at røykingen fører med seg velbehag, nytelse, lindring, belønning og nedsatt stress. Røykingen i annonsene foregår i situasjoner preget av kos, kameratskap, aktiv livsstil og romantikk. «*Siri – frisørdame, fotomodell og amatørskuespillerinne. Hun rekker alle 'jobbene'. Til og med å koble av innimellom. Om bord i seilbåten. Eller på turisthotellet, helst i Rondane. Hun røyker Seven Seas*».

Arbeiderpartiets sosialpolitiske talskvinne Sonja Ludvigsen hevder tobakksindustrien har møtt «*ethvert opplysningstiltak etter 1964-rapporten med økt og utvidet reklame*».

1970 Stortingets sosialkomite slutter seg til forslagene fra 'Utvalget for forskning i røykevaner'. En komite, ledet av professor Anders Bratholm, får mandat til å lage utkast til lov med forskrifter.

Tobakkindustriens felleskontor stiftes. En paraplyorganisasjon for norsk tobakksindustri som arbeider for tobakksindustriens interesser, avgir høringssvar på vegne av industrien, informerer om forbruksutvikling og grensehandel etc.

1971 Statens tobakksskaderåd opprettes ved kongelig resolusjon. Rådet, som ble ledet av Kjell Bjartveit fram til 1993, skulle holde seg orientert om forskningsresultater, påvirke røykevaner i helsegunstig retning, fungere som informasjonskilde og ta initiativ til vitenskapelige undersøkelser. Rådet hadde representanter fra medisin, sosiologi, psykologi, jus, informasjon og pedagogikk. Også eier av J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, Johan H. Andresen sr. satt i rådet, men trakk seg etter kort tid. Fra 1974 ble rådet et eget kapittel i statsbudsjettet og fikk sitt eget sekretariat.

NRK fjernsynet sender Vel Blåst - en 14-dagers programserie om røykeavvenning.

1972 Begrepet passiv røyking (*involuntary smoking*) introduseres i en rapport fra den amerikanske helsedirektør.

Statens tobakksskaderåd anbefaler i en rapport til Sosialdepartementet å avstå fra å lovregulere passiv røyking.

Conrad Langaard kjøper tobakksfabrikken Fredrik Jebe & co. Conrad Langaard distribuerer Marlboro fram til 2007 - verdens mest solgte sigarett. Selskapet hadde også Camel i sin produktportefølje.

1973 Lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer med reklameforbud og påbud om helseadvarselsmerking (tobakksloven), vedtas. Loven inneholder også forbud mot å selge tobakk til personer under 16 år.

På oppdrag fra Statens tobakksskaderåd begynner Statistisk sentralbyrå sine årlige undersøkelser om røykevaner i befolkningen.

1974 Trøndelag ikke-røykerforening stiftes.

1975 Tobakksloven trer i kraft og setter bl.a. en stopp for mer enn 60 års mer eller mindre sammenhengende reklamevirksomhet for tobakk.

Statens tobakksskaderåd gjennomfører den første landsomfattende undersøkelsen av røykevaner blant 13-15-åringene. Undersøkelsene skulle siden bli gjentatt hvert femte år inntil 2005.

Bergen ikke-røykerforening og Oslo ikke-røykerforening stiftes.

Antall tobakksproduserende bedrifter er redusert til seks - fra 38 i 1946.

J.L. Tiedemanns tobakksfabrik starter lisensproduksjon av sigarettmerket Prince, som skulle bli en markedsleder.

1976 Oppkrevingssystemet omlagt fra stempelavgift til deklarasjonsavgift. Betegnelsen på avgiften endret til "Avgift på tobakkvarer"

Et korps av strupekrefter opererte tilknyttet Norsk Landsforening for Laryngectomerte starter opp med foredrag om røykingens følgeskader på ungdomsskolene. Det første året holdes 400 foredrag for til sammen 45 000 elever.

1980 Statens arbeidstilsyn utgir retningslinjer om behandling av passiv røyking på arbeidsplasser.

Oslo ikke-røykerforening skifter navn til Røykfritt Miljø og distribuerer noe seinere klistremerket «*Kyss en ikke-røyker – nyt forskjellen*». Organisasjonen samarbeider med Norges Astma og Allergiforbund med å spre informasjon om passiv røyking.

1981 Den Norske Lægeforenings landsstyre oppfordrer regjeringen til å arbeide for at Norge kan bli et røykfritt samfunn innen år 2000. Flere frivillige organisasjoner slutter seg til vedtaket.

Fra hovedsakelig å ha vært betraktet som et fiskalt virkemiddel, begynner økninger i tobakksavgiften å få helsepolitiske begrunnelser.

1982 I en rapport fra den amerikanske helsedirektør assosieres langvarig eksponering for andres tobakksrøyk med framvekst av lungekreft hos ikke-røykere.

1983 En undersøkelse viser at 70% av landets kommuner avholder røykfrie møter. En økning fra 20% i 1973.

1984 Et system av 12 roterende helseadvarsler blir trykket på tobakkspakkene sammen med innholdsdeklarasjoner for tjære-, nikotin- og kullosnivå.

1985 Statens tobakkskaderåd utgir rapporten «Lufta er for alle» og påpeker at det eksisterende rettsvernet mot passiv røyking er svakt. Rådet går inn for å lovregulere adgangen til å røyke. 77% av den voksne befolkning støtter et slikt lovforslag.

1986 Olav Thon Gruppen overtar Conrad Langaard. Mens distribusjonen av utenlandsk produsert tobakk fortsetter (bl.a. Marlboro og Camel), legges Langaards tobakksproduksjon i Norge ned fra 1988.

1987 Helsedirektør Torbjørn Mork går offentlig ut mot lovregulering av røyking på menneskelige fellesarenaer.

1988 Endringer i lov om vern mot tobakkskader (den såkalte «røykeloven») trer i kraft. Vernet mot passiv røyking lovfestes i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang. På visse strenge betingelser er det fortsatt adgang til å tillate røyking i arbeidslokaler og institusjoner. Serveringssteder unntas fra forbudet inntil 2004.

I helsides avisannonser forteller tobakksindustrien at Røykeloven vil komme til å kriminalisere 1.3 millioner røykere. En organisasjon for å sikre røykernes rettigheter – Røykringen – stiftes i protest mot Røykeloven. Frontfigurer er advokat Alf Nordhus, redaktør Christan Christensen og komiker Rolv Wesenlund. Fremskrittspartiets formann Carl I Hagen hevder i stortingsdebatten at Røykeloven er *'usunn, kriminaliserende, tøvete,*

motsetningsskapende, manipulerende og formynderregulerende'.

Verdens røykfrie dag 31. mai innstiftes etter initiativ fra Verdens helseorganisasjon.

1989 Forskrift om forbud mot import, omsetning og produksjon av nye nikotin- og tobakksprodukter trer i kraft.

1991 I en artikkel i Tidsskrift for den Norske lægeforening presenterer kjemiprofessor Tore Sanner ved Radiumhospitalet et regnestykke som viser at røykerne representerer en samfunnsøkonomisk byrde

1993 Etter forskrift skal minst en tredjedel av bordene, sitteplassene og rommene bli røykfrie på overnattings- og serveringssteder.

‘Sosial- og helsedepartementets arbeidsgruppe for oppfølgingen av Handlingsplanen for et Røykfritt Norge år 2000’ blir nedlagt.

1994 Lobbyistkoalisjonen Tobakksfritt stiftes med professor Tore Sanner som mangeårig leder. Tobakksfritt skal opptre samlet som en pådriver overfor politiske myndigheter, drive informasjonsvirksomhet overfor politikere, beslutningstakere og media, initiere samarbeid på tvers av organisasjonene og drive nettverksbygging.

1996 Tobakksskadeloven innskjerpes ytterligere. Det innføres forbud mot røyking i åpne restauranter, og aldersgrensen for kjøp av tobakk heves fra 16 til 18 år. Forbud mot indirekte reklame trer i kraft. Ved forskrift innføres det forbud mot røyking inne i skoler og barnehager. Telefontjenesten Røyketelefonen opprettes og driftes av Statens tobakkskaderåd. Professor i sosialmedisin Per Fugelli kaller Røykeloven ‘et overgrep, uttrykk for formynderstaten på sitt verste tilforlatelig pakket inn i helseklær, en ytterliggående frihetsbegrensning, norgeshistoriens største mobbeaksjon’.

1997 «Vær røykfri» - et treårig skoleprogram utviklet av Den Norske Kreftforening tilbys alle landets ungdomsskoler med bistand fra Statens tobakkskaderåd. På det meste deltar mer enn halvparten av landets ungdomsskoleelever.

1998 Innskjerpingene i forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder trer i kraft slik at det gis adgang til å tillate røyking ved halvparten av bordene.

JL. Tiedemanns tobaksfabrik fusjoneres inn i skandinavias største tobakkskonsern

Skandinavisk Tobakskompagni med over 5000 ansatte og sete i Danmark. Tiedemanns får 17,2% av aksjene samt flere styreverv.

1999 Strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet i Norge 1999-2003 fra Sosial- og helsedepartementet og Tobakkskaderådet legges frem.

Nasjonal Kreftplan avsetter midler til ansettelse av folkehelserådgivere hos fylkesmennene.

Lungekrefttrammede Robert Lund stevner J.L. Tiedemanns tobaksfabrik for Orkdal herredsrett

med krav om erstatning for den skade han ble påført av røyking. Slagrammede Asgeir Storband stevner samme produsent for Oslo tingrett.

2000 Tiedemanns frikjennes i herredsretten. Robert Lunds enke anker til Frostating lagmanskrets. NOU 2000:16 «Tobakksindustriens erstatningsansvar» utgis fra en gruppe med mandat fra Sosial og helsedepartementet.

2002 EUs tobakksproduktdirektiv implementeres i norsk tobakkslovgivning. Forbud mot misvisende produktbetegnelser som f.eks. «light» og «mild», større helseadvarsler og hjemmel for å kreve produktopplysninger fra tobakksindustrien.

Statens tobakkskaderåd arrangerer en nasjonal tobakkskonferanse over to dager.

Statens tobakkskaderåd går inn i Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med omorganisering av den sentrale sosial- og helseforvaltningen.

I tillegg til alkohol- og narkotikaforskning, inkluderer Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) tobakksforskning i sin virksomhet.

2003 JL Tiedemanns tobakksfabrik frikjennes av Norsk høyesterett i Lund-saken.

Flere endringer i tobakkskadeloven vedtas, herunder forbud mot røyking på serveringssteder og utvidelse av arealet for helseadvarsel på emballasjen.

Direktoratet gjennomfører massemediekampanjen «Hver eneste sigarett skader deg» og en kampanje med fokus på tobakksindustriens arbeidsmetoder.

Som første land i verden ratifiserer Norge Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakkskader.

En utredning fra Nasjonalt folkehelseinstitutt konkluderer med at ca. 6 700 dødsfall (16% av alle dødsfall) skyldes røyking.

Salg av reseptfrie nikotinholdige legemidler (tyggegummi og plaster) tillates i dagligvarehandelen og fra bensinstasjoner.

Den elektroniske sigaretten oppfinnes av den kinesiske farmasøyten Hon Lik.

2004 Forbudet mot røyking på serveringssteder trer i kraft 1. juni. Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører en massemediekampanje om at alle har rett til en røykfri arbeidsplass.

2005 Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakkskader trer i kraft.

Asbjørnsens Tobakksfabrikk, opprettet i 1853 i Kristiansand, legger ned sin virksomhet.

Merkevaren Eventyrblanding (Reven) inngår deretter i Imperial Tobacco Group (UK) sin produktportefølje for Norge. Imperial kjøper også virksomheten til tobakksdistributør Gunnar Stenberg AS.

Andresen-familien, som har eid JL. Tiedemanns tobakksfabrik i 156 år over fem generasjoner, selger ut sin aksjepost i Skandinavisk Tobakskompagni for 3,3 milliarder kroner.

Verdens største tobakksprodusent, Philip Morris, etablerer et kontor i Norge og tar over distribusjonen av bl.a. Marlboro fra Conrad Langaard.

2006 Tidsskriftet Tobacco Control publiserer en rangering av de europeiske lands skåre på indeks for bruk av tobakkspreventive virkemidler. Norge kommer på tredje plass etter Irland og England.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010 og Nasjonal strategi for bekjempelse av KOLS 2006-2011 legges fram av Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet gjennomfører en massemediekampanje om KOLS.

SIRUS starter et flerårig forskningsprosjekt om snusbruk.

SIRUS og Statens arbeidsmiljøinstitutt publiserer resultater som viser at innføringen av 'Røykeloven' førte til økt trivsel, bedre selvopplevd helse, bedre luftkvalitet, god etterlevelse, få håndhevingsproblemer og ingen endringer i besøksfrekvens og inntjening på serveringsstedene. Professor i sosialmedisin Per Fugelli sier på toårsdagen til 'Røykeloven' *«Hipp hurra! Røykeloven var helt klart politisk og helsefaglig klok»*.

2007 Nasjonalt KOLS-råd opprettes med Helsedirektoratet som sekretariat.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet vinner en sak i Høyesterett om røykelovens anvendelse i såkalte røykeklubber.

Norwatch offentliggjør at Oljefondet besitter aksjer og obligasjoner i tobakksindustrien for 10,2 milliarder kroner.

NRK identifiserer personen bak 'Fiskeren' fra Tiedemann som Trondhjemsfiskeren Hans Peter Jacobsøn Wiggen (1832-96). I 1894 mottok Wiggen en to kroners sølvmynt og en flaske sprit for å stå motiv.

2008 J.L. Tiedemans tobakksfabrik, opprettet i 1778, legger ned sin produksjonsavdeling i Norge. Sigarettseksjonen i Skandinavisk Tobakskompagni A/S - House of Prince A/S og J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik A/S – selges til British American Tobacco. All tobakksproduksjon på norsk jord er dermed eliminert.

SIRUS utgir en rapport om kunnskapsgrunnlaget for effekt fra restriksjoner på synlige oppstillinger av tobakksvarer.

2009 Påbud om bildeadvarsler på tobakkspakkene vedtas, med effekt fra 1. juni 2011 for sigaretter og 1. januar 2012 for andre tobakksprodukter unntatt snus.

For første gang lanseres skadereduksjon som supplerende tiltak i norsk tobakkspolitikk i en rapport fra SIRUS.

2010 Forbudet mot synlig oppstilling av tobakksvarer trer i kraft 1. januar 2010.

Tobakksprodusenten Philip Morris anlegger søksmål mot staten og ønsker å få lovligheten av forbudet rettsbehandlet.

Verdens helseorganisasjon foretar en evaluering av det norske tobakksforebyggende arbeidet

og anbefaler bl.a. intensivert hjelp til røykeslutt.

SIRUS sier opp sin observatørstatus i Tobakksfritt. Utløsende årsak er uenighet om Tobakksfritts informasjon til myndighetene om snusbruk.

2011 Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet vinner en sak i Høyesterett om røykeforbudets anvendelse på uteserveringer.

Snus har en markedsandel på 30% - det høyeste siden mellomkrigstiden. Røyketobakk utgjør 70%. Den parallelle økningen i snusbruk og nedgangen i røyking har ført til at snus nå er mer utbredt enn sigaretter blant menn under 30 år.

Krav om at alle sigaretter skal være selvslukkende for å begrense omfanget av dødsbranner. Helsedirektoratet gir det første av flere påfølgende avslag på søknader om adgang til å selge elektroniske sigaretter.

2012 Helsedirektoratet gjennomfører massemediekampanjer mot røyking i januar og august. Helsedirektoratet arrangerer en nasjonal tobakkskonferanse over to dager med fokus på bl.a. virkemiddelbruk, tobakkseksponering av barn og snusbruk.

Staten (Helse- og omsorgsdepartementet) representert ved Regjeringsadvokaten vinner en sak i Oslo tingrett om lovligheten av forbudet mot oppstilling av tobakksvarer. Philip Morris, Norway anker ikke dommen.

Nasjonalt råd for tobakksforebygging, oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, foreslår å forby salg av snus fra 2017 samt å eliminere salget av tobakk fra taxfree-butikker.

2013 Stortinget vedtar nye tillegg til Tobakkskadeloven. Formålsparagrafen endres slik at siktemålet med loven er å oppnå et tobakksfritt samfunn. Videre vedtas fra 2014 bl.a. forbud mot ti-pakninger, opphør av røykerom i offentlige virksomheter, og innføring av bevillingsordning for tobakksforhandlere.

Helse- og omsorgsdepartementet utgir nasjonal strategiplan «En framtid uten tobakk», som i hovedsak går ut på å intensivere bruk av de tradisjonelle virkemidlene; informasjon, restriksjoner, avgifter og avvenningstilbud. Snus betraktes utelukkende som et onde, og forbudet mot elektroniske sigaretter anbefales videreført.

2014 Helseminister Høie trekker tilbake forslaget om bevilling for tobakksforhandlere. EU vedtar et Tobakksproduktdirektiv som bl.a. anbefaler medlemslandene å innføre et regulert salg av e-sigaretter.

3.12 Kilder og referanser

American Council on Science and Health (2013). *Nicotine & Health. Report*. New York

Augustson, E.M., Marcus, S.E. The use of the Current Population Survey to characterize subpopulations of continued smokers: A national perspective on the «hardcore» smoker phenomenon. *Nicotine and Tobacco Research* 2004;6(4);621-629.

Barbeau, E.M., Krieger, N., & Soobader, M.-J. (2004). Working Class Matters: Socioeconomic Disadvantage, Race/Ethnicity, Gender, and Smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health*, 94, 269-278.

Berg CJ, Lust KA, Sanem RJ al. Smoker self-identification versus recent smoking among college students. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36: 333-6.

Bertuccio P, La Vecchia C, Silverman DT, Petersen GM., et al. Cigar and pipe smoking, smokeless tobacco use and pancreatic cancer: an analysis from the international pancreatic cancer case-control consortium (PanC4). *Annals of Oncology*, 2011; 22, 1420–1426.

Bjartveit, K. (2007). *Hvit pest svart tjære: felttog mot farlige folkesykdommer på 1900-tallet*. Oslo: Det norske medisinske Selskab.

Blecher, E.H., & van Walbeek, C.P. (2004). An international analysis of cigarette affordability. *Tobacco Control*, 13, 339-346.

Boffetta P, Hecht S, Gray N, Gupta P, & Straif K. (2008). Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncology*, 9, 667-675.

Boffetta, P., & Straif, K. (2009). Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ*, 2009;339:b3060

Borgerding MF, Bodnar JA, Curtin GM, Swauger JE. The chemical composition of smokeless tobacco: A survey of products sold in the United States in 2006 and 2007. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 2012; 64 (3): 367-387.

Brønnum-Hansen, H. & Juel, K. (2001). Abstention from smoking extends life and compresses morbidity: A population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tobacco Control*, 10, 273-278.

Chapman, S. (2007). *Public health advocacy and tobacco control: Making smoking history*. Oxford: Blackwell Pub.

Danaei, G., Ding, E.L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehman, J., Murray, C.J.L., et al. (2009). The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. *PLoS Med*, 6, e1000058.

de Walque, D. (2007). Does education affect smoking behaviors?: Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education. *Journal of Health Economics*, 26, 877-895.

de Walque, D. (2010). Education, Information, and Smoking Decisions: Evidence from Smoking Histories in the United States, 1940-2000. *Journal of Human Resources*, 45, 682-717.

Dixon, J., & Banwell, C. (2009). Theory driven research designs for explaining behavioural health risk transitions: The case of smoking. *Social Science & Medicine*, 68, 2206-2214.

Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*; 309:901.

Emery, S., Gilpin, E.A., Farkas, A.J., Pierce, J.P. Characterizing and identifying «hard-core» smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *American Journal of Public Health* 200;90(3);387-394.

Fagerström, K. O., & Schildt, E.-B. (2003). Should the European Union lift the ban on snus? Evidence from the Swedish experience. *Addiction*, 98(9), 1191-1195.

Fakta/Norges Markedsdata/Nielsen Norge. Røykevaner. Halvårige rapporter. Oslo: Nielsen Norge, 1954–73.

Foulds, J., Ramstrom, L., Burke, M., & Fagerstrom, K. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*, 12, 349-359.

Furberg, H., Bulik, C. M., Lerman, C., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Sullivan, P. F. (2005). Is Swedish snus associated with smoking initiation or smoking cessation? *Tobacco Control*, 14, 422-424.

Gilljam H, Galanti MR. Role of snus (oral moist snuff) in smoking cessation and smoking reduction in Sweden. *Addiction* 2003;98(9):1183-1189.

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80, 223-255.

Hansson, J., Galanti, M.R., Hergens, M.P., Fredlund, P., Ahlbom, A. & Alfredsson, L. et al. (2012) Use of snus and acute myocardial infection: pooled analysis of eight prospective observational studies. *Eur J Epidemiology*

Heavner, K. K., Rosenberg, Z., & Phillips, C. V. (2009). Survey of smokers' reasons for not switching to safer sources of nicotine and their willingness to do so in the future. *Harm Reduction Journal*, 6: 14.

Hecht, S.S. (1999). Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, vol 91, no 14, 1194-1210.

Hergens, M. P., Ahlbom, A., Andersson T., & Pershagen, G. (2005). Swedish moist snuff and myocardial infarction among men. *Epidemiology*, 1, 12–16.

Helsedirektoratet (2010). Samfunnsøkonomiske kostnader av røyking. En vurdering av metodikk og kostnadenes størrelsesorden. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet.

Horverak Ø. Avgiftsfritt salg på flyplasser og ferger i utenlandstrafikk. Nettrapport. Oslo: SIRUS, 2012.

Hovengen R, Nordhagen R. Av-og-til-røyking – et økende problem. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 3222-3.

Hughes, J.R., The hardening hypothesis: Is the ability to quit decreasing due to increasing nicotine dependence? A review and commentary. *Drug and Alcohol Dependence* 2011;117:111-117.

Hugoson A, Hellqvist L, Rolandsson M, Birkhed D. Dental caries in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983-2003). *Acta Odontol Scand*. 2012; 70(4):289-96.

Huisman, M., Kunst, A.E., & Mackenbach, J.P. (2005). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*, 14, 106 - 113.

IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 100E (2012). A Review of Human Carcinogens: Personal Habits and Indoor Combustion, p. 295-296.

Jarvis, M.J., Wardle, J., Waller, J., Owen, L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ* 2003;326(7398);1061.

Johannesen, A., Omenaas, E., Bakke, P. & Gulsvik, A. (2005). Incidence of GOLD-defined chronic obstructive pulmonary disease in a general adult population. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9, 926-32.

Kunø N, Graff-Iversen S. Røyking i den populære helselitteraturen i årene 1940–60. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 2002; 122: 306–9.

Kvaavik E, von Soest T, Pedersen W. Nondaily smoking: a population-based, longitudinal study of stability and predictors. *BMC Public Health* 2014a; 14:123.

Kvaavik E, Scheffels J, Lund M. Av-og-til-røyking i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2014b; 134: 163-167.

Lasser, K., Wesley, B.J., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick,D., Bor,D,H. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA 2000;284(20);2606-2610.

Layte, R., & Whelan, C.T. (2008). Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. Eur Sociol Rev, jcn022.

Lee J, Halpern-Felsher BL. What does it take to be a smoker? Adolescents' characterization of different smoker types. Nicotine Tob Res 2011; 13: 1106-13.

Lee PN. Summary of epidemiological evidence relating snus to health. Regulatory Toxicology and Pharmacology, 2011; 59 (2): 197-214.

Lee PN & Hamling J. Systematic review of the relationship between smokeless tobacco and cancer in Europe and North America. BMC Medicine, 2009;7:36.

Levy, D. T., Mumford, E. A., Cummings, K. M., Gilpin, E. A., Giovino, G., Hyland, A., et al. (2004). The relative risks of a low-nitrosamine smokeless tobacco product compared with smoking cigarettes: Estimates of a panel of experts. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 13, 2035–42.

Legemiddelforbruket i Norge. Rapport 2013:1. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2013.

Lindbak RL, Helleve A. Tal om tobakk 1973 - 2012. Rapport IS-2064 Helsedirektoratet, Oslo, 2013.

Lopez, A.D., Collishaw, N.E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco Control, 3, 242-247.

Lund, I., & Scheffels, J. (2012). Perceptions of the relative harmfulness of snus among Norwegian general practitioners and their effect on the tendency to recommend snus in smoking cessation. Nicotine & Tobacco Research, 2, 169–175.

Lund, I. & Scheffels, J. Perceptions of relative risk of disease and addiction from cigarettes and snus. Psychology of Addictive Behaviours, 2013 Epub ahead of print.

Lund, K.E. (1996). Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. Doktoravhandling. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Lund KE. Omfanget av grensehandel, taxfreeimport og smugling av tobakk til Norge. Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2004; 124: 35–8.

Lund, K.E., & Lund, M. (2005). Røyking og sosial ulikhet i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen, 125, 560-563.

Lund KE. Tobakksbruk – kulturfenomen og risikofaktor. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. Samfunnsmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008: 272–81.

Lund KE. Det samfunnsmessige grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved røyking i 1950- og 1960-årene. I: Lund KE, red. Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarett røyking i 1950- og 1960-årene i Norge. SIRUS-skrifter nr. 2/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), 2007: 7–48.

Lund KE, Lund M, Bryhni A. Tobakksforbruket blant kvinner og menn 1927-2007. Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 2009; 129:1871-4.

Lund, K. E. (2012). Association between willingness to use snus to quit smoking and perception of relative risk between snus and cigarettes. Nicotine & Tobacco Research.

Lund KE, Tefre EM, Amundsen A, et al. Cigarette smoking, use of snuff and other risk behaviour among students. Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128(16):1808-1811.

Lund KE, McNeill, A., Scheffels J. (2010) The use of snus for quitting smoking compared to medicinal products. Nicotine & Tobacco Research, 12: 817 – 822.

Lund, K. E., & McNeill, A. (2013). Patterns of Dual Use of Snus and Cigarettes in a Mature Snus Market. Nicotine & Tobacco Research, 15(3), 678-684.

Lund, K.E., Scheffels, J & McNeill, A. (2010). The association between use of snus and quit rates for smoking: results from seven Norwegian cross-sectional studies. Addiction. 106, 162-167.

Lund, M., Lund K.E., Kvaavik E. Hardcore Smokers in Norway 1996-2009. Nicotine and Tobacco Research 2011;13(11);1132-1139.

Lund, M. & Lindbak, R. (2004). Tall om tobakk 1973-2003. SIRUS-skrifter nr. 2/2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Mathers, D.M. & Loncar, L. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 3, 2011-2029.

MS Intelligence. Norway Q2-2012 Industry Market Survey. Empty Discarded Pack Collection. Report, 2012.

Nadim M. Reise- og ferieundersøkelsen 2006. En videreføring av SSB's omnibusundersøkelse. Dokumentasjonsrapport nr. 42/2007. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007

Norsk Gallup Institutt. Røykevaner. Gallups merkevarebarometer oktober 1974. Oslo: Norsk Gallup Institutt, 1974.

Nordisk gränshandel och turism 2012. Rapport. Stockholm: HUI Research, 2013.

Nutt JD, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, Fagerström KO et al. (2014). Estimating the harms of nicotine-containing products using the MCDA approach. *European Addiction Research* 2014; 20: 218-225.

Ramström, L. M., & Foulds, J. (2006). Role of snus in initiation and cessation of tobacco smoking in Sweden. *Tobacco Control*, 15(3), 210-214. doi: 10.1136/tc.2005.014969

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.

Rognerud, M., Strand, B.H., & Næss, Ø. (2007). *Sosial ulikhet i helse: En faktarapport. Rapport / Nasjonalt folkehelseinstitutt pp. 68 s., fig., tab.).* Oslo: Norwegian institute for public health

Royal College of Physicians. (2007). *Harm reduction in nicotine addiction. Helping people who can't quit.* Rapport. London: Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians.

Rutqvist LE, Curvall M, Hassler T, Ringberger T, Wahlberg I. Swedish snus and the GothiaTek standard. *Harm Reduction Journal*, 2011; 8 (11).

Rønneberg A, Lund KE, Hafstad A. Lifetime smoking habits among Norwegian men and women born between 1890 and 1974. *International Journal of Epidemiology*, 1994; 23: 267–76.

Scientific committee on emerging and newly identified health risks (SCENIHR) (2008). *Health effects of smokeless tobacco products*. Brussels: European Commission.

Schane RE, Glantz SA, Ling PM. Nondaily and Social Smoking: An Increasingly Prevalent Pattern. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1742-4.

Scheffels J, Lund KE. Occasional Smoking in Adolescence: Constructing an Identity of Control This research was supported by The Norwegian Cancer Society. *Journal of Youth Studies* 2005; 8: 445-60.

Scheffels, J., Lund, K. & McNeill, A. (2012). Contrasting snus and NRT as methods to quit smoking. An observational study. *Harm Reduction Journal*, 9:10.

Shiffman S. Light and intermittent smokers: background and perspective. *Nicotine Tob Res* 2009; 11: 122-5.

Shiffman S, Ferguson SG, Dunbar MS et al. Tobacco Dependence Among Intermittent Smokers. *Nicotine Tob Res* 2012; 14: 1372-81.

Stepanov I, Jensen J, Hatsukami D, Hecht SS. New and traditional smokeless tobacco: Comparison of toxicant and carcinogen levels. *Nicotine & Tobacco Research*, 2008; 10 (12): 1773-82.

Stepanov I, Villalta PW, Knezevich A, Jensen J, Hatsukami D, Hecht SS. Analysis of 23 polycyclic aromatic hydrocarbons in smokeless tobacco by gas chromatography-mass spectrometry. *Chemical research in toxicology*, 2010; 23: 66-73.

Sæbø G. Stigmatisering av røyking og røykere? I: Sæbø G, red. 'Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...'. Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. Oslo: SIRUS, 2012: 149-69.

Sæbø, G. (2012) «Tobakksbrukernes syn på seg selv og hverandre», s. 125-147, i Sæbø, G. (red.) (2012) «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt... Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012.

Sæbø, G. (2013) "Sigaretter, snus og status: om livstilsskjeller mellom brukergrupper av ulike tobakksprodukter», *Sosiologisk tidsskrift* nr. 1/2013, 5-32

Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey M.R, Valentin, V, Hunt, D. et al. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the interheart study: a case-control study. *Lancet*, 19, 647-658.

Tenn, S., Herman, D.A., & Wendling, B. (2010). The role of education in the production of health: An empirical analysis of smoking behavior. *Journal of Health Economics*, 29, 404-417.

Thun, M., Peto, R., Boreham, J., & Lopez, A.D. (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco Control*, 21, 96-101.

USDHHS (2004). The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDHHS (2014). The health consequences of smoking – 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, U.S: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Vedøy, T.F. (2012). The role of education for current, former and never-smoking among non-western immigrants in Norway. Does the pattern fit the model of the cigarette epidemic? *Ethnicity & Health* 18: 190-210.

Vollset, S.E., Selmer, R., Tverdal, A. & Gjessing, K. (2006). Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. Rapport nr. 4/2006. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

West, P., Sweeting, H., & Young, R. (2007). Smoking in Scottish youths: personal income, parental social class and the cost of smoking. *Tobacco Control*, 16, 329-335.

WHO Study Group on Tobacco Product Regulation. Report on the Scientific Basis of Tobacco Product Regulation. WHO Technical Report Series, no. 951. World Health Organization, 2008.

WHO (2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization.

Wikström AK, Stephansen O, Kieler H, Cnattingius S. Snus under graviditet ä ringet riskfritt alternativ till rökning. *Läkartidningen*, 2011; 108 (29-31): 1430-1433.

Österdahl BG, Jansson C, & Paccou A. Decreased levels of tobacco-specific N-nitrosamines in moist snuff on the Swedish market. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 2004; 52 (16):5085-8.

Øverland, S., Hetland, J., & Aaroe, L. E. (2008). Relative harm of snus and cigarettes: What do Norwegian adolescents say? *Tobacco Control*, 17, 422-425, doi: 10.1136/tc.2008.026997.

Aarø LE, Bjartveit K, Vellar O et al. Smoking habits among Norwegian doctors 1974. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1977; 5: 127–35.

3.13 Vedleggstabeller

Vedleggstabell 3.1: Andel av siste døgns sigarettforbruk blant dagligrøykere som ble kjøpt i Norge og i utlandet, i prosent, 1990-2012

År	Norge	Sverige	Danmark	Utlandet/taxfree	Sum (N)
1990	91	3	-	7	756
1991	89	4	-	8	776
1992	87	4	-	9	606
1993	88	4	-	8	588
1994*	-	-	-	-	-
1995*	-	-	-	-	-
1996*	-	-	-	-	-
1997	85	4	5	7	428
1998	70	12	6	12	416
1999	74	11	5	10	351
2000	72	11	5	12	333
2001	73	16	6	6	385
2002	75	15	4	7	398
2003	68	16	5	11	333
2004	58	24	8	11	325
2005	66	21	2	8	284
2006	56	19	4	21	267
2007	69	13	3	14	253
2008	52	20	8	20	212
2009	62	17	3	18	234
2010	57	29	3	11	196
2011	68	16	1	14	181
2012	64	22	4	10	258

*Spørsmål ikke stilt

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggsabell 3.2: Mengde beslaglagt tobakk, i kilo, 2000-2013

År	Fabrikkframstilte sigaretter	Rulletobakk	Snus
2000	11274	1407	480
2001	6518	1472	485
2002	5969	5120	963
2003	4807	1790	465
2004	9251	2518	725
2005	6349	2429	762
2006	6069	2497	752
2007	7663	2112	666
2008	7194	1658	519
2009	13775	1797	449
2010	7227	1491	526
2011	9062	2161	756
2012	10150	2005	289
2013	8903	1495	397

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet

Vedleggstabell 3.3: Antall beslag av fabrikkframstilte sigaretter, rulletobakk og snus, 2000-2013

År	Fabrikkframstilte sigaretter	Rulletobakk	Snus
2000	3914	2050	603
2001	4017	1738	714
2002	3606	1471	623
2003	3694	1605	618
2004	5229	3046	1061
2005	5427	2884	1162
2006	6262	2868	1072
2007	6501	2267	971
2008	7388	2307	908
2009	6688	2071	738
2010	6744	1985	851
2011	7147	2148	988
2012	7453	1820	1027
2013	7006	1546	821

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet

Vedleggstabell 3.4: Utviklingen i registrert salg av fabrikkframstilte sigaretter, rulletobakk og snus, i tonn pr. år, 1976-2013

År	Fabrikkframstilte sigaretter	Rulletobakk	Snus
1976	1787	4499	277
1977	1817	4350	251
1978	1936	4335	276
1979	1972	4294	264
1980	2104	4368	261
1981	2045	4277	264
1982	1939	4321	261
1983	1787	4179	250
1984	1856	4155	257
1985	2096	3997	286
1986	2450	3853	286
1987	2666	3641	269
1988	2833	3537	276
1989	2876	3450	281
1990	2926	3427	286
1991	2938	3447	283
1992	3028	3470	280
1993	2644	3160	272
1994	2779	3333	306
1995	2565	2891	305
1996	2599	2918	327
1997	2672	2810	336
1998	2751	2710	367
1999	2663	2442	369
2000	2711	2262	368
2001	2653	2078	377
2002	2590	1991	400
2003	2487	1812	438
2004	2493	1480	514
2005	2363	1185	628
2006	2353	1072	690
2007	2377	1019	802
2008	2401	1014	934
2009	2401	1007	1065
2010	2258	964	1163
2011	2192	864	1199
2012	2031	728	1061
2013	1856	687	1234

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet

Vedleggstabell 3.5: Utviklingen i registrert salg av ulike tobakksprodukter i gram per innbygger 15 år og eldre, 1909-2013

År	Skrå	Snus	Pipetobakk	Sigarer	Rulletobakk	Sigaretter	Total
1909	995	125	264	56	0	30	1470
1910	965	150	290	60	0	45	1510
1911	945	155	315	65	0	60	1540
1912	930	160	330	70	0	85	1575
1913	915	145	340	75	0	100	1575
1914	900	140	350	80	0	115	1585
1915	890	130	360	90	0	130	1600
1916	876	204	376	108	0	129	1693
1917	800	200	370	100	0	140	1610
1918	720	230	380	90	0	150	1570
1919	680	220	400	80	0	160	1540
1920	660	230	420	70	0	170	1550
1921	600	270	430	60	0	180	1540
1922	580	270	450	50	0	190	1540
1923	560	260	460	40	0	210	1530
1924	540	260	470	30	0	220	1520
1925	520	280	475	20	0	240	1535
1926	500	260	480	20	0	250	1510
1927	480	240	483	14	0	262	1479
1928	478	241	495	16	1	258	1489
1929	486	239	518	14	2	273	1532
1930	459	231	546	15	3	305	1559
1931	399	201	559	13	4	273	1449
1932	370	206	559	18	5	277	1435
1933	324	192	564	16	8	281	1385
1934	307	181	569	20	9	289	1375
1935	302	181	599	22	15	299	1418
1936	288	186	629	22	18	346	1489
1937	270	194	650	26	19	387	1546
1938	260	204	662	26	25	365	1542
1939	247	205	688	31	44	395	1610
1940	229	229	590	34	180	376	1638
1941	149	225	468	20	192	285	1339
1942	129	188	330	12	127	260	1046
1943	100	156	238	7	96	197	794
1944	84	108	215	5	104	247	763
1945	84	118	407	5	64	374	1052
1946	217	204	512	8	169	582	1692
1947	176	207	847	14	87	608	1939
1948	183	225	802	25	144	472	1851
1949	142	226	673	20	266	492	1819
1950	127	226	739	17	248	467	1824
1951	121	225	713	13	271	467	1810
1952	114	225	743	13	287	465	1847
1953	106	217	722	15	306	510	1876
1954	99	216	725	19	309	497	1865

1955	92	212	722	20	306	530	1882
1956	91	206	688	20	341	567	1913
1957	85	198	684	22	343	539	1871
1958	83	191	705	23	375	532	1909
1959	72	186	716	24	413	558	1969
1960	71	177	769	23	427	538	2005
1961	66	176	530	30	677	534	2013
1962	60	167	464	32	791	545	2059
1963	55	160	419	36	858	514	2042
1964	52	155	528	51	774	504	2064
1965	48	150	401	43	898	505	2045
1966	44	141	399	38	958	529	2109
1967	39	132	406	41	978	531	2127
1968	39	137	392	47	1017	587	2219
1969	37	97	286	41	1103	625	2189
1970	31	106	403	38	1038	633	2249
1971	33	107	304	37	1048	627	2156
1972	30	98	211	40	1185	640	2204
1973	27	93	340	36	1126	600	2222
1974	28	93	154	36	1306	587	2204
1975	21	86	220	31	1319	561	2238
1976	22	86	228	29	1239	583	2187
1977	22	91	188	32	1220	588	2141
1978	19	85	195	31	1196	621	2147
1979	19	82	171	28	1196	628	2124
1980	18	82	127	26	1253	664	2170
1981	17	84	69	25	1270	641	2106
1982	15	76	172	21	1169	602	2055
1983	13	75	63	19	1222	550	1942
1984	13	83	155	20	1111	566	1948
1985	12	88	130	19	1078	633	1960
1986	11	83	144	18	1010	735	2001
1987	9	80	92	16	991	792	1980
1988	9	82	130	14	912	835	1982
1989	8	83	112	15	897	841	1956
1990	7	83	86	14	912	853	1955
1991	6	82	90	14	911	853	1956
1992	6	81	105	14	898	875	1979
1993	6	78	55	13	854	761	1767
1994	5	88	84	13	871	797	1858
1995	5	87	116	12	710	732	1662
1996	4	98	100	24	747	739	1712
1997	4	100	90	23	716	757	1690
1998	4	109	70	22	688	776	1669
1999	4	108	60	19	616	748	1555
2000	4	108	60	18	568	757	1515
2001	4	110	50	16	519	737	1436
2002	4	114	40	15	495	716	1384
2003	3	124	40	9	449	683	1308

2004	3	144	38	9	403	680	1277
2005	3	169	35	8	321	641	1177
2006	3	189	35	8	287	630	1152
2007	3	216	30	7	270	629	1155
2008	3	248	29	6	265	627	1178
2009	3	277	28	5	259	618	1190
2010	2	295	27	6	245	573	1148
2011	2	307	23	6	216	548	1102
2012	2	261	20	6	179	500	971
2013	2	299	20	6	167	450	944

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet, J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik, Tobakksindustriens Felleskontor, Statistisk sentralbyrå, SIRUS.

Vedleggstabell 3.6: Estimert totalforbruk av tobakk i kg (sigaretter, røyketobakk, snus) per innbygger 15 år+, 1960-2013*

År	Registrert	Uregistrert
1960	1142	-
1961	1387	-
1962	1503	-
1963	1532	-
1964	1433	-
1965	1553	-
1966	1628	-
1967	1641	-
1968	1741	-
1969	1825	-
1970	1777	-
1971	1782	-
1972	1923	-
1973	1819	-
1974	1986	-
1975	1966	49
1976	1908	106
1977	1899	55
1978	1902	61
1979	1906	64
1980	1999	69
1981	1995	141
1982	1847	185
1983	1847	280
1984	1760	287
1985	1799	241
1986	1828	281
1987	1863	272
1988	1829	271

1989	1821	263
1990	1848	249
1991	1846	238
1992	1854	290
1993	1693	254
1994	1756	286
1995	1529	295
1996	1584	375
1997	1573	443
1998	1573	496
1999	1472	572
2000	1433	530
2001	1366	506
2002	1325	515
2003	1256	619
2004	1227	690
2005	1131	754
2006	1106	622
2007	1115	775
2008	1140	729
2009	1154	870
2010	1113	682
2011	1071	629
2012	943	628
2013	916	610

* Beregnet på grunnlag av kjøp fra forhandlere i Norge (registrert salg), kjøp i naboland (grensehandel) og kjøp fra flyplasser og ferjer (taxfree-salg). Smuglet tobakk er ikke med.

Kilde: SIRUS

Vedleggstabell 3.7: Andel røykere i suksessive femårige fødselskohorter, 1890-1994

Menn	Alder											
Fødselskoho	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-
1890-1894	37	53	56	57	56	57	57	57	57	57	46	39
1895-1899	40	57	61	61	61	62	62	63	62	52	45	41
1900-1904	43	62	66	68	68	69	69	68	59	53	47	32
1905-1909	44	63	67	70	71	71	70	66	56	53	43	39
1910-1914	47	67	71	74	74	73	68	61	58	52	41	32
1915-1919	46	70	75	77	75	73	65	61	50	40	42	33
1920-1924	49	75	76	75	73	67	61	57	44	42	33	29
1925-1929	55	78	76	73	67	61	61	48	48	38	30	25
1930-1934	57	76	71	66	61	52	41	43	42	29	28	19
1935-1939	57	70	61	61	54	42	46	39	37	28	20	17
1940-1944	42	57	60	52	48	46	41	37	29	27	17	
1945-1949	35	52	54	48	47	42	38	35	28	23		

1950-1954	36	51	49	46	43	40	39	28	24			
1955-1959	37	40	41	45	40	35	31	26				
1960-1964	27	38	36	37	33	27	23					
1965-1969	25	37	38	34	28	20						
1970-1974	18	32	33	24	20							
1975-1979	26	33	26	19								
1980-1984	23	27	21									
1985-1989	17	18										
1990-	8											
Kvinner	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-
1890-1894	1	2	3	3	4	6	7	9	10	10	4	5
1895-1899	1	3	4	5	7	10	12	15	15	10	8	7
1900-1904	1	4	7	10	13	16	19	21	15	13	13	7
1905-1909	2	8	11	15	20	24	26	21	18	19	11	11
1910-1914	4	11	17	23	27	30	25	22	24	19	12	10
1915-1919	5	15	24	31	35	30	27	29	24	22	13	16
1920-1924	8	26	36	37	34	34	34	32	25	24	21	16
1925-1929	13	37	40	37	38	38	35	30	29	27	22	15
1930-1934	23	42	40	38	43	37	37	35	33	27	22	15
1935-1939	28	40	39	47	42	32	38	31	31	23	18	15
1940-1944	27	39	52	39	36	34	38	34	30	23	17	
1945-1949	26	52	46	42	40	39	36	36	28	21		
1950-1954	35	47	43	44	44	37	39	30	23			
1955-1959	36	42	45	43	41	33	30	27				
1960-1964	29	41	41	37	34	32	24					
1965-1969	23	34	34	34	28	24						
1970-1974	24	32	31	25	18							
1975-1979	23	31	23	16								
1980-1984	27	29	20									
1985-1989	17	19										
1990-	10											

Kilde: Lund I & Lund KE (2014)

Vedleggstabell 3.8: Andel som oppgir å røyke daglig eller av og til, i prosent, 1973-2013

År	Dagligrøyker		Av-og-til-røyker	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
1973	50,7	31,9	10,0	10,1
1974	52,8	32,1	7,4	9,3
1975	48,2	32,4	8,5	8,8
1976	48,9	31,5	9,0	9,5
1977	44,0	30,0	9,8	10,4
1978	44,9	31,1	9,8	11,1
1979	43,3	32,6	10,1	9,5
1980	42,0	30,2	8,1	9,8
1981	39,5	30,8	8,6	8,7
1982	39,6	34,0	8,4	9,9
1983	42,4	31,6	8,8	9,5
1984	41,5	34,0	7,2	7,8
1985	42,3	31,7	9,4	8,4
1986	38,4	31,4	9,7	10,3
1987	40,0	33,0	8,2	10,8
1988	41,0	35,4	8,2	8,6
1989	37,3	33,5	9,5	7,9
1990	36,3	33,2	9,8	9,5
1991	36,0	32,7	9,0	8,6
1992	37,5	30,9	10,0	10,5
1993	36,9	34,7	12,3	8,6
1994	35,0	30,7	9,4	10,6
1995	32,2	31,3	13,9	12,8
1996	33,2	32,1	12,7	11,4
1997	34,9	32,0	11,8	11,2
1998	33,7	31,6	10,9	10,5
1999	31,7	31,3	11,1	11,8
2000	29,6	29,1	10,9	9,3
2001	29,9	28,6	11,1	10,5
2002	28,3	29,4	12,5	10,3
2003	27,2	24,8	11,1	10,9
2004	26,0	25,1	11,6	10,0
2005	25,6	23,7	11,2	10,7
2006	23,6	23,0	10,0	9,8
2007	20,1	22,2	10,5	9,1
2008	20,4	20,3	9,4	8,3
2009	20,8	19,6	10,1	7,9
2010	19,4	19,5	11,1	9,1
2011	16,4	17,2	10,8	10,1
2012	15,7	15,4	9,8	7,9
2013	15,1	14,1	9,8	7,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.9: Andel dagligrøykere i ulike aldersgrupper, i prosent, 1973-2013

	Alder				
År	15-24	25-44	45-64	65-74	Total
1973	43,1	48,7	40,8	24,5	41,4
1974	44,9	48,8	42,5	24,2	42,1
1975	39,5	45,2	42,5	21,3	40,2
1976	42,0	44,9	40,5	24,7	40,2
1977	36,0	43,0	37,1	22,8	37,1
1978	37,5	44,0	37,0	24,3	37,9
1979	35,2	43,6	37,3	26,1	37,9
1980	35,4	40,4	35,6	24,1	36,0
1981	33,5	40,0	35,6	22,6	35,2
1982	34,6	42,6	34,5	27,4	36,7
1983	30,1	42,9	38,4	26,0	37,0
1984	31,2	44,5	37,9	23,6	37,7
1985	34,8	42,2	38,3	20,9	37,0
1986	28,2	41,9	34,9	23,7	35,0
1987	32,2	41,6	37,5	24,7	36,4
1988	27,8	43,3	40,1	32,1	38,1
1989	29,8	42,2	34,1	24,3	35,4
1990	27,9	42,5	33,9	23,4	34,7
1991	29,4	40,9	33,6	20,6	34,3
1992	19,1	33,6	41,4	33,2	35,0
1993	30,1	41,8	37,3	25,4	36,6
1994	26,6	39,4	32,9	22,4	33,7
1995	29,0	36,2	32,1	22,5	32,3
1996	28,4	35,3	36,1	22,9	33,1
1997	31,9	35,9	33,7	25,1	33,4
1998	32,0	35,5	33,3	22,7	33,1
1999	27,7	34,6	33,2	23,0	32,0
2000	30,1	31,8	29,2	24,1	29,9
2001	26,7	31,1	32,8	19,7	29,8
2002	27,8	30,1	31,6	20,8	29,4
2003	22,8	27,8	28,8	17,3	26,3
2004	24,4	27,5	26,1	20,8	25,9
2005	23,8	24,7	28,8	14,6	24,9
2006	19,9	23,8	27,6	17,3	23,8
2007	15,1	22,3	24,4	17,7	21,6
2008	14,8	20,2	24,9	15,3	20,6
2009	16,4	19,6	24,3	15,8	20,5
2010	11,9	18,4	23,4	18,5	19,4
2011	10,9	15,7	21,9	14,0	17,1
2012	7,3	12,6	18,7	12,7	13,5
2013	9,6	14,1	18,4	11,8	14,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.10: Gjennomsnittlig alder ved røykestart, 1980-2013

År	Menn	Kvinner
1980	17,6	20,5
1981	17,5	19,9
1982	17,3	20,0
1983	17,9	20,0
1984	17,4	19,4
1985	17,8	19,6
1986	17,7	19,5
1987	17,6	19,4
1988	17,2	19,9
1989	18,1	19,4
1990	17,7	19,3
1991	17,8	18,8
1992	17,1	18,0
1993	17,3	18,9
1994	17,7	19,0
1995	17,3	18,9
1996	17,7	18,7
1997	17,8	18,7
1998	17,9	18,5
1999	17,2	18,6
2000	17,5	18,9
2001	17,2	18,3
2002	17,6	19,0
2003	17,6	18,1
2004	17,4	18,0
2005	17,4	18,1
2006	17,8	17,8
2007	17,6	19,2
2008	17,3	18,6
2009	17,4	18,2
2011	17,9	17,8
2012	18,0	18,3
2013	17,5	17,9

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.11: Andel dagligrøykere i ulike landsdeler, i prosent, 1973-2013

År	Oslo/Akershus	Østlandet	Sør/Vestlandet	Møre/Trøndelag	Nord-	Totalt
1973	47,9	41,9	37,7	36,5	41,4	41,3
1974	45,8	42,1	38,1	39,9	45,4	42,1
1975	41,2	40,5	36,3	38,8	47,5	40,2
1976	44,3	40,0	37,5	38,3	41,2	40,0
1977	40,7	38,0	32,1	35,5	38,8	36,9
1978	37,9	37,5	38,0	36,9	40,8	37,9
1979	42,3	41,3	33,2	32,2	37,5	37,9
1980	40,0	36,0	32,1	33,8	40,4	36,0
1981	41,0	33,7	29,4	35,5	41,4	35,2
1982	34,6	38,7	34,6	34,6	42,4	36,7
1983	35,9	38,7	34,7	36,4	40,4	37,0
1984	38,2	40,0	35,0	33,7	42,1	37,7
1985	34,9	40,1	33,7	37,5	39,1	37,0
1986	34,3	34,7	34,3	36,4	36,8	35,0
1987	37,4	35,3	34,4	37,4	41,0	36,4
1988	39,6	37,2	38,4	35,6	40,1	38,1
1989	35,8	34,8	35,1	34,3	39,5	35,4
1990	32,8	35,2	33,9	30,5	41,9	34,7
1991	34,6	32,4	33,4	33,3	41,7	34,3
1992	32,4	36,8	33,0	31,2	38,9	34,4
1993	36,3	35,9	36,7	32,1	35,4	35,8
1994	35,8	32,7	31,1	30,6	33,9	32,8
1995	29,0	32,9	30,5	30,0	39,6	31,7
1996	28,2	32,2	35,0	32,0	35,8	32,7
1997	30,1	33,5	34,0	32,2	39,0	33,4
1998	30,3	31,5	34,5	30,8	36,3	32,7
1999	26,8	34,8	31,2	27,2	36,9	31,5
2000	27,4	28,9	29,1	28,8	35,3	29,3
2001	25,9	30,6	29,6	26,4	33,8	29,2
2002	26,2	31,7	28,5	25,3	31,0	28,8
2003	20,1	28,7	26,1	25,8	30,6	26,0
2004	23,4	27,8	25,3	23,5	26,9	25,5
2005	18,9	26,9	25,4	23,7	29,3	24,6
2006	21,2	25,8	22,6	21,2	25,7	23,3
2007	18,3	22,2	21,0	22,7	23,8	21,2
2008	16,1	23,1	21,5	17,1	21,9	20,4
2009	17,1	21,5	20,8	17,4	25,0	20,2
2010	15,9	21,2	20,3	18,5	21,5	19,4
2011	14,2	19,2	17,1	14,6	18,0	16,8
2012	11,6	15,8	13,8	12,3	10,9	13,4
2013	11,6	16,9	14,7	17,7	12,4	14,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.12: Andel dagligrøykere etter høyeste fullførte utdanning, i prosent, 1976-2013. Treårig glidende gjennomsnitt

År	Menn			Kvinner		
	Ungdoms- skole	Videregående skole	Universitet / Høgskole	Ungdoms- skole	Videregående skole	Universitet/ Høgskole
1976	50,2	47,2	33,0	31,9	32,5	15,7
1977	50,5	46,2	32,8	31,9	32,0	19,9
1978	48,6	45,4	28,6	32,3	32,4	21,7
1979	47,4	45,3	28,4	31,8	32,8	21,3
1980	44,1	44,4	27,0	32,1	32,7	20,0
1981	44,5	41,6	27,0	32,9	32,8	21,2
1982	44,8	41,1	27,8	34,0	32,3	25,6
1983	47,4	41,4	27,0	34,4	34,3	25,4
1984	47,5	43,7	26,9	32,4	34,3	25,5
1985	45,9	42,9	25,9	32,8	34,4	23,2
1986	44,2	42,5	27,2	32,9	34,0	22,5
1987	43,8	41,5	28,4	35,4	35,0	22,6
1988	43,9	41,1	28,6	34,8	37,0	22,8
1989	43,0	40,6	25,4	34,3	37,5	23,0
1990	41,4	39,7	22,6	33,9	36,9	21,1
1991	42,5	40,0	21,5	33,7	35,4	20,5
1992	43,6	39,8	22,1	36,3	35,9	19,4
1993	43,9	39,1	21,7	35,5	35,1	20,1
1994	42,4	37,4	21,6	36,8	36,0	18,2
1995	42,0	36,4	20,7	35,5	35,7	18,4
1996	42,2	36,7	20,6	37,6	36,3	19,1
1997	42,3	36,7	19,0	38,1	35,7	19,5
1998	41,6	35,5	18,3	38,2	34,2	19,2
1999	39,3	33,6	16,6	37,3	33,1	18,0
2000	39,2	32,4	17,3	36,3	32,9	17,4
2001	37,9	32,1	16,3	35,7	33,3	16,9
2002	38,2	31,9	15,2	33,8	32,4	15,3
2003	34,6	30,6	16,0	31,5	30,8	16,4
2004	34,1	29,8	15,1	30,5	29,1	14,3
2005	31,6	28,3	15,2	30,8	28,2	14,0
2006	31,8	26,0	12,0	32,5	26,8	11,7
2007	30,1	23,8	11,2	32,1	24,6	11,8
2008	30,7	22,4	9,8	32,2	23,1	10,7
2009	30,6	22,6	8,8	30,6	22,2	11,1
2010	29,2	20,8	8,1	29,3	21,5	10,4
2011	26,6	19,3	7,2	26,8	19,9	9,6
2012	25,1	17,1	6,8	24,2	18,5	8,1
2013	24,2	17,1	6,5	22,5	17,7	7,5

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.13: Andel snusbrukere blant kvinner og menn, i prosent, 1985-2012

År	Menn		Kvinner	
	Daglig	Av og til	Daglig	Av og til
1985	3,7	3,2	0,1	0,7
1986	2,8	4,5	0,2	0,1
1987	3,3	3,8	0,1	0,1
1988	2,2	3,3	0,0	0,3
1989	2,2	3,4	0,2	0,3
1990	2,5	3,9	0,1	0,4
1991	3,3	3,3	0,1	0,2
1992	3,3	4,4	0,0	0,1
1993	2,8	4,4	0,2	0,6
1994	4,1	3,7	0,2	0,2
1995	3,2	4,9	0,0	0,6
1996	4,6	5,8	0,2	1,3
1997	4,7	5,3	0,1	0,7
1998	4,8	5,1	0,2	1,3
1999	5,8	6,7	0,0	0,7
2000	5,6	4,7	0,2	1,4
2001	6,0	7,0	0,3	1,1
2002	6,4	5,2	0,0	1,0
2003	7,3	6,7	0,6	1,1
2004	8,1	7,3	0,1	1,3
2005	9,7	8,4	0,6	1,7
2006	11,7	4,2	0,5	1,5
2007	10,9	6,2	0,6	2,2
2008	8,5	7,2	1,4	2,1
2009	11,0	6,1	1,3	2,5
2010	8,9	6,1	1,5	1,1
2011	11,1	7,3	3,1	2,2
2012	13,2	5,9	4,0	1,2

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.14: Andel snusbrukere (daglig + av og til) i ulike aldersgrupper for periodene 1985-89, 1995-99 og 2008-12

År	Menn			Kvinner		
	16-24 år	25-44 år	45 år+	16-24 år	25-44 år	45 år +
1985-89	9,8	5,3	6,3	1,4	0,2	0,1
1995-99	18,5	12,2	4,8	1,3	1,0	0,9
2008-12	36,6	24,9	6,6	15,6	4,9	0,6

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 3.15: Salg av legemidler til bruk ved nikotinavhengighet angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn 1990-2013.

År	Nikotin	Vareniklin	Bupropion
1990	0.2	-	-
1991	0.3	-	-
1992	1.1	-	-
1993	1.3	-	-
1994	1.4	-	-
1995	1.4	-	-
1996	1.5	-	-
1997	2.1	-	-
1998	2.4	-	-
1999	2.4	-	-
2000	2.7	-	0.3
2001	2.8	-	0.6
2002	3.0	-	1.1
2003	3.6	-	0.8
2004	3.5	-	0.3
2005	3.6	-	0.2
2006	4.0	0.0	0.2
2007	4.4	0.6	0.2
2008	4.5	0.8	-
2009	4.8	1.0	-
2010	5.0	0.9	-
2011	5.3	0.9	-
2012	5.6	0.8	-

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk. Folkehelseinstituttet

Vedleggstabell 3.16: Utvikling i særavgift på tobakksvarer, i kr pr 100 gram, 1995-2013

År	Fabrikkframstilte sigaretter*	Rulletobakk	Snus	Sigarer	Sigarettpapir
1995	121	65	32	56	2,0
1996	125	67	33	58	2,0
1997	138	77	36	64	2,0
1998	153	92	43	77	2,0
1999	158	95	45	79	2,0
2000	162	112	53	162	2,4
2001	167	115	54	167	2,5
2002	170	117	55	170	2,6
2003	174	120	56	174	2,6
2004	177	177	57	177	2,7
2005	181	181	58	181	2,8
2006	184	184	59	184	2,8
2007	187	187	60	187	2,9
2008	192	192	68	192	2,9
2009	198	198	77	198	3,0
2010	212	212	82	212	3,2
2011	227	227	92	227	3,5
2012	231	231	93	231	3,5
2013	235	235	95	235	3,6

* Fabrikkframstilt sigarett = 1 gram

Kilde: Stortingsproposisjon 1. Skatte-, avgifts- og tollvedtak (for de suksessive år)

**Vedleggstabell 3.17: Prisindeks for tobakksvarer og konsumprisindeks, 1995-2013
(2005=100)**

År	Prisindeks tobakk	Konsumprisindeks
1995	47,1	83,6
1996	49,3	83,6
1997	55,7	86,4
1998	63,2	88,0
1999	65,3	89,8
2000	72,6	92,2
2001	76,2	95,4
2002	78,7	95,8
2003	81,1	98,8
2004	97,0	98,4
2005	99,9	99,2
2006	102,3	101,6
2007	104,9	103,0
2008	109,3	105,8
2009	114,4	108,5
2010	122,7	112,4
2011	132,6	113,4
2012	138,1	114,0
2013	144,1	115,3

4 Vanedannende legemidler⁷

Med vanedannende legemidler menes legemidler som brukes i medisinsk behandling, men som kan resultere i en avhengighetstilstand hos pasienten. Det gjelder legemiddelgruppene benzodiazepiner og benzodiazepinliknende stoffer (z-hypnotika) og ulike opioider. De aktuelle legemidlene omfatter først og fremst smertestillende midler, beroligende midler og sovemidler, men gjelder også visse muskelavslappende, hostestillende, antiepileptiske og sentralstimulerende midler. Brukt riktig er dette gode, effektive og trygge legemidler som kan lette fysisk og psykisk smerte. De aller fleste pasientene bruker disse medisinene i en kort periode og i de doser som er forskrevet av lege.

I tillegg til den terapeutiske nytten, representerer imidlertid vanedannende legemidler også fare for avhengighet og misbruksproblemer da de kan gi rusopplevelse eller eufori, toleranseutvikling og abstinenssymptomer. Dette gjelder både for pasienter som i utgangspunktet får slike legemidler i medisinsk øyemed og så blir avhengige, og for misbrukere av illegale rusmidler som bruker slike legemidler som supplement til andre narkotiske stoffer. Rusmiddelmisbrukere bruker ofte kombinasjoner av ulike medikamenter eller medikamenter sammen med alkohol eller illegale narkotiske stoffer. Slik kombinasjonsbruk øker faren for overdose.

I tillegg til den direkte forskrivningen fra lege, er det også et illegalt marked der «overskuddet» fra slik forskrivning omsettes. Noen av de vanedannende legemidlene som blir beslaglagt er derfor legale i utgangspunktet, men brukes illegalt. Det er også grunn til å anta at en betydelig del av slike legemidler som omsettes i misbruksmiljøene, importeres illegalt fra utlandet.

4.1 Noen vanedannende legemidler

4.1.1 Benzodiazepiner

Benzodiazepiner er legemidler som brukes som sovemedisin, beroligende middel og mot epilepsi. Den medisinske bruken er utbredt, men som nevnt er dette stoffer som også misbrukes. I dag finnes det flere forskjellige benzodiazepiner på det norske markedet. Noen av de mest kjente er diazepam (Vival, Valium, Stesolid), oxazepam (Sobril, Alopam), klonazepam (Rivotril) og flunitrazepam (tidligere i salg som Flunipam og Rohypnol). I tillegg finnes det også en rekke benzodiazepinliknende legemidler. De vanligste av disse i Norge er sovemidlene zopiklon (Imovane, Zopiklon, Zopitin) og zolpidem (Stilnoct, Stilnox, Zolpidem). Internasjonalt er det mange flere benzodiazepiner, som f. eks. fenazepam,

⁷ Kilde for beskrivelse og virkning: www.fhi.no

lorazepam. Det foregår også illegal produksjon av benzodiazepiner rettet mot misbruksmiljøene.

De første benzodiazepinene ble gjort tilgjengelige på det norske markedet i 1960. Bruken ble utbredt fordi man anså dem for å være relativt ufarlige med lite bivirkninger. De første 30 årene var derfor forskrivningen mot stress, angst og nervøse lidelser mer liberal enn i dag.

Benzodiazepiner finnes som tabletter, injeksjonsvæske, stikkpiller og klyster. Ved medisinsk bruk er det vanligst å bruke tabletter. De tas ved behov, eller med fast intervall og til faste tidspunkter. På grunn av tilvenning og fare for misbruk tilstrebes en så kortvarig bruk av medikamentene som mulig (inntil 2-4 uker).

Også ved misbruk er det vanligst å bruke tabletter som enten svelges hele eller knuses og inntas med drikke etc. Det blir da ofte brukt 5-10 ganger så høye doser som ved medisinsk bruk. For å oppnå raskere virkning, løser noen misbrukere tablettene opp i vann for så å injisere løsningen.

I enkelte miljøer er det vanlig å kombinere benzodiazepiner med andre rusmidler, både for å oppnå en sterkere rus og/eller dempe bivirkninger av annet rusmisbruk. Misbruksmønster kan også utvikles fra medisinsk bruk ved at pasienten fortsetter å bruke legemiddelet eller øker dosen uten at det foreligger et medisinsk behov.

Virkninger

Benzodiazepinenes terapeutiske virkninger er i hovedsak beroligende, angstdempende, søvnfremmende, krampestillende og muskelavslappende. Under bruk blir korttidsminnet og hukommelsen dårlig, talen kan bli sløret og brukeren søvnig. Brukeren kan oppleve likegladhet. Det er beskrevet at benzodiazepiner har blitt brukt som sløvende middel ved seksuelle overgrep ("date-rape-drug"). Den dempende effekten på sentralnervesystemet gir økt ulykkesrisiko. Benzodiazepiner gir økt impulsivitet og lavere terskel for aggressivitet selv ved terapeutiske konsentrasjoner.

Dersom man inntar benzodiazepiner for å oppnå beruselse, vil rusen vanligvis komme etter 10-60 minutter og kan vare i flere timer. Benzodiazepiner er ikke veldig giftige, og det trengs høye doser før det regnes som potensielt dødelig dersom et benzodiazepin inntas alene. Dersom flere medikamenter brukes samtidig eller i kombinasjon med alkohol og andre rusmidler, øker derimot faren for forgiftning betydelig. Symptomer ved forgiftning med benzodiazepiner er uregelmessig og nedsatt pustefrekvens, nedsatt bevissthet, blodtrykksfall, langsom hjerterefrekvens, nedsatt muskeltonus og nedsatt kroppstemperatur.

Toleranse og avvenning

Ved gjentatt bruk vil flere av virkningene bli mindre. Det innebærer at en gitt blodkonsentrasjon av et benzodiazepin vil ha mindre effekt på en person som bruker medikamentet jevnlig enn en som bruker det sporadisk.

Avvenning fra daglige høye doser kan gi seg uttrykk i et abstinenssyndrom preget av uro, angst, kramper, skjelvinger, hjertebank, økt puls og økt blodtrykk. For benzodiazepiner med lang halveringstid, som diazepam, nitrazepam, flunitrazepam og klonazepam, kan det gå mange dager, opp til et par uker, før abstinensplagene når sitt maksimum. Hos pasienter som har brukt benzodiazepiner i lang tid i doser som ikke har vært særlig mye høyere enn den terapeutiske, kan imidlertid abstinensplagene være relativt lette.

Det finnes motgift til benzodiazepiner - Anexate med virkestoff flumazenil. Dette stoffet opphever virkningene, men brukes kun i alvorlige tilfeller. Bruk av Anexate til misbrukere kan utløse abstinensreaksjoner.

4.1.2 Smertestillende legemidler - opioider

Opioider er en felles betegnelse på stoffer som binder seg til bestemte seter (opioidreseptorer) på celleoverflatene i kroppen. Gruppen opioider inkluderer stoffer som er direkte utvunnet fra opiumsvalmuen (opiat), derivater av slike, eller kunstig fremstilte stoffer med tilsvarende virkning. Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon. I medisinsk behandling benyttes også en rekke andre opioider (fentanyl, petidin m.fl). Opioider som morfin og kodein er hyppig brukt i medisinsk behandling av smerter. Men stoffene kan også misbrukes og føre til avhengighet.

De stoffene som er framstilt for medisinsk bruk, selges oftest som kapsler, tabletter, suppositorier, sirup eller injeksjonsløsninger. Vanligvis inntas disse stoffene ved intravenøs injeksjon eller gjennom munnen. For beskrivelse av illegale opioider se kap 5 Narkotika.

Virksomheter

Virksomheten av de ulike opioidene vil variere avhengig av inntaksmåte, dose, tilvenningsgrad og miljøet de inntas i. Virksomheten vil også være forskjellig hos en som tar stoffet en enkelt gang, sammenlignet med en som tar stoffet gjentatte ganger.

Den smertestillende virksomheten dominerer dersom brukeren på forhånd har sterke smerter. Hvis man ikke har slike smerter, vil stoffene først og fremst gi en følelse av rus og velvære. Videre kan virksomheter som nedsatt evne til selvkritikk, likegyldighet og følelse av virkelighetsflukt være mer eller mindre framtrekkende. Noen blir mer rastløse, mens andre blir trøtte. Kvalme, vannlatingsbesvær, forstoppelse, kløe og munntørrehet er vanlig. Pupillene blir små.

De fleste opioidene kan redusere den kritiske sansen og øke risikovilligheten, samt påvirke ferdighetene og reaksjonsevnen i forbindelse med bilkjøring og betjening av redskaper og maskiner. Etter langvarig og høyt forbruk vil misbrukere oftest bli preget fysisk og psykisk, komme i dårlig form, få nedsatt initiativ og følelsesmessig ubalanse. Injeksjonsmisbrukere vil ofte pådra seg hudinfeksjoner på stikkstedene og virusinfeksjoner som hepatitt (leverbetennelse) og i noen tilfeller HIV. Dette skjer blant annet på grunn av ureint brukerutstyr, ødelagte blodårer m.m.

Toleranse og avvenning

Toleransen (tilvenningen) for opioidenes virkninger kan utvikle seg raskt, det vil si i løpet av dager eller uker, men vil variere fra person til person. Viktige faktorer for utvikling av toleranse er bl.a. størrelse på dosen og hvor ofte stoffet inntas. En som bruker opioider jevnlig, vil tåle høyere doser enn en som bruker slike stoffer av og til.

Toleransen for høye doser kan avta raskt dersom man slutter med opioider. Tidligere misbrukere er derfor utsatt for overdoser ved "sprekk". Når opioider brukes mot sterke smerter, er det liten fare for utvikling av avhengighet. Brukt som rusmiddel og etter gjentatte inntak, er de sterkt avhengighetsskapende. Det oppstår et sterkt "sug" etter mer stoff (eng. "craving").

Etter inntak av større doser kan pustesenteret i hjernen påvirkes, slik at man "glemmer" å puste. Dette kan føre brukeren inn i en livstruende tilstand, der lammelse av pustesenteret kan lede til død, et såkalt overdosedødsfall. Personer som har tatt for store doser, kan være vanskelige å få kontakt med. Huden blir kald, blek og blåaktig og snorkelyder kan forekomme som tegn på redusert pustefunksjon. Død kan inntre kort tid etter inntak, men det kan også ta flere timer. Overdosedødsfall kan inntre ved bruk av de fleste opioider, også metadon. Faren øker ytterligere ved blandingsmisbruk, spesielt når opioider kombineres med beroligende/sovemidler eller med alkohol.

De vanligste abstinenssymptomene ligner en influensa med følelse av ubehag, muskelverk og frysninger. Uro og rastløshet kan hos noen være mer eller mindre ledsaget av angstfølelse. I sjeldne tilfeller kan en få mer alvorlige symptomer som blodtrykksproblemer og diare/oppkast som varer mer enn to-tre dager.

Abstinenssymptomer kan en sjelden gang medføre behov for sykehusinnleggelse.

Abstinensen kan lindres ved gradvis kontrollert nedtrapping, der en tar utgangspunkt i den dosen som personen er vant til å bruke.

Behandling og avvenning

Akutte overdoser behandles med "motgift" (opioidreseptor-antagonister) som har som mål å vekke opp "et utslått pustesenter". Bruk av slike medikamenter vil samtidig gi samme

symptomer som ved en akutt abstinens, fordi motgiften tar plassen til rusmiddelet på reseptorene.

4.1.3 Metadon og buprenorfin i substitusjonsbehandling

Buprenorfin (Temgesic, Subutex, Suboxone, Norspan) er et morfinlignende stoff. Stoffet brukes hovedsakelig i behandlingen av heroinavhengighet, og da på lignende måte som metadon, men kan også brukes til behandling av sterke smerter. Buprenorfin blokkerer virkningen av andre opioider slik at man ikke får rus hvis morfin og heroin tas samtidig med buprenorfin. For å oppnå best mulig blokkering, må buprenorfindosen være tilstrekkelig høy. Brukt på denne måten kan buprenorfin redusere behovet for heroin. I behandling av avhengighet tas buprenorfin i form av tabletter som legges under tungen. Buprenorfin kan misbrukes ved at tablettene løses i vann og injiseres. Konsentrasjonen i blodet blir da høyere enn ved inntak av tabletter gjennom munnen, og misbruket kan ledsages av rus og velværefølelse, samt sløvhet, døsighet, og følelse av å være omtåket. Misbruk ved injeksjon er forsøkt motvirket i Suboxone som også inneholder motgiften naloxon. Buprenorfin anses mindre farlig ved overdosering enn andre opioider, selv om det også er rapportert overdoser med dette stoffet.

Metadon er et syntetisk opioid og ble produsert i Tyskland under 2. verdenskrig, til behandling av sterke smerter. Metadon har liknende effekter som morfin, og brukes fortsatt enkelte steder til behandling av f. eks. kreftsmarter.

Metadon tas vanligvis gjennom munnen, sjeldnere intravenøst. Ved substitusjonsbehandling benytter man i Norge metadon utblandet i saft som drikkes fra små flasker. Metadon har smertestillende og hostedempende effekt og kan føre til trøtthet. Etter inntak blir pupillene små, med treg eller ingen lysreaksjon. Kvalme og oppkast, samt kløe i ansikt og hals kan forekomme, likedan økt svettetendens. Forstoppelse er vanlig. Inntak av en stor dose metadon kan medføre rus i form av oppstemthet og følelse av velvære. Når heroinmisbrukere bruker metadon, kan suget etter heroin avta. Metadon kan svekke pustesenteret i hjernen og medføre dødsfall, på samme måte som andre opioider. Risiko for død øker ved samtidig inntak av andre sentralt dempende stoffer som alkohol, sovemidler, beroligende og andre opioider.

Ved gjentatte inntak av samme dose kan det utvikles betydelig toleranse til en rekke av metadonets effekter. Hvor raskt en utvikler toleranse er individuelt, men er også avhengig av dosestørrelsen. Dersom inntaket av metadon reduseres eller stoppes, vil toleranseeffekten raskt avta. Metadondoser som benyttes daglig av pasienter i substitusjonsbehandling kan være dødelige for personer som ikke er tilvente.

En av årsakene til at metadon er et egnet medikament i substitusjonsbehandling, er den lange halveringstiden (virketiden). Ved bruk av metadon blir medikamentkonsentrasjonen i blod

mer jevn enn ved bruk av heroin og morfin, noe som medfører dempet ruseffekt, og at abstinenssymptomer kan reduseres over et lenger tidsrom.

For personer som har inntatt overdoser metadon, er akuttbehandlingen den samme som for overdoser av andre opioider. Blant annet benyttes motgiften naloxon (Narcanti®). Den har betydelig kortere virketid enn metadon og må derfor gis flere ganger, eller suppleres med en langtidsvirkende motgift, naltrexon (Revia®).

4.2 Lovgivning

Forskrivning av reseptbelagte legemidler reguleres av ulike lover og forskrifter. Jf. § 11 i helsepersonelloven er det således bare leger og tannleger som kan rekvirere reseptbelagte legemidler. I tillegg kan veterinærer rekvirere legemidler til veterinærmedisinsk bruk. Helsepersonelloven § 4 om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet, omfatter også legers forskrivningspraksis av ulike medikamenter. I tillegg til det generelle forsvarlighetskravet reguleres også rekvirering av reseptbelagte legemidler av den såkalte utleveringsforskriften (Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek).

Statens legemiddelverk er gitt myndighet til å godkjenne legemidler og klassifisere aktuelle legemidler i ulike reseptgrupper ut fra bestemte kriterier. I tråd med dette er det også Legemiddelverket som har ansvar for narkotikaforskriften eller den såkalte narkotikalista (Jf. legemiddeloven § 22). Det er forbudt, uten lovlig adkomst, å være i besittelse av eller bruke stoffer som er oppført på narkotikalista (Jf. legemiddeloven § 24). Det vil si at all ikke medisinsk bruk av slike stoffer er forbudt.

Vanedannende legemidler har reseptstatus A (narkotiske stoffer) og B (andre vanedannende legemidler). Legemidler som har reseptstatus A, såkalte A-preparater, er medisiner som er sterkt vanedannende. Eksempler er morfin, metadon, buprenorfin og andre opiater som virker smertestillende. A-preparater skrives ut på en egen resept. B-preparater er også vanedannende, men ikke fullt så sterke som A-preparater. Dette gjelder eksempelvis valium, paralgin forte og sovemedisiner. Resepter på A- og B-preparater kan bare ekspederes én gang, og resepten skal oppbevares i apoteket etter at legemidlet er utlevert. Det kreves legitimasjon for å få utlevert A- og B preparater. Andre medisiner det kreves resept for å få kjøpt har reseptstatus C, såkalte C-preparater.

Noen medisiner må legen søke spesielt om å skrive ut, dette kalles godkjenningsfritak. Dette er medisiner som det vanligvis ikke er lov å selge i Norge, men som det likevel er ønskelig at pasienten skal bruke. Legen må da skrive en søknad som sendes til det lokale apoteket som skal levere ut medisinerne. Apoteket sender søknaden videre til Statens Legemiddelverk for behandling.

Helsetilsynets veileder fra 2001 om forsvarlighet i forskrivning av vanedannende legemidler er under revidering. Veilederen er ment å sikre riktig forskrivning og bruk av vanedannende legemidler.

Mens Norge i lang tid har hatt promillegrense for alkohol som definerer når man har lov til å kjøre bil eller annet motorkjøretøy, har man tidligere ikke hatt slike konsentrasjonsgrenser for ulovlige rusgivende narkotiske stoffer. Med virkning fra 1. februar 2012 er det imidlertid vedtatt faste konsentrasjonsgrenser også for andre rusgivende stoffer. Grensen tilsvarer en påvirkning på 0,2 promille alkohol. De faste grensene gjelder ikke ved bruk av legemidler i doser som er forskrevet av lege.

4.3 Omsetning

Avhengighetsskapende legemidler er klassifisert i ATC systemet (Anatomical Therapeutic Chemical), og det vi her presenterer om salg er basert på denne klassifikasjonen. De mest brukte av disse legemidlene er angstdempende midler (anxiolytica, ATC gruppe N05BA), sovemidler og beroligende midler (hypnotica og sedativa i ATC gruppene N05CD og N05CF) og opioider (ATC gruppe N02A). Felles for opioidene er at de inneholder morfin eller morfinlignende stoffer som brukes som smertestillende midler ved moderate til sterke smerter. Dette er legemidler som brukes i sykehus og som skrives ut i allmennpraksis.

Blant morfinlignende legemidler finner vi som nevnt også metadon og buprenorfin (ATC gruppe N07BC, midler ved opioidavhengighet) som i Norge anvendes i legemiddelassistent rehabilitering (LAR). Buprenorfin i lavere doser er i ATC gruppe N02A.

Felles for alle disse legemidlene er at de utfra legemiddeloven er klassifisert som psykotrope eller narkotiske stoffer. Dette innebærer at bruk av slike legemidler er straffbart hvis de ikke er forskrevet av lege, og at de bare kan omsettes fra apotek etter resept. Det er også andre legemidler enn de som inngår i de viste figurene/tabellene, som vil kunne føre til avhengighet. Dette gjelder spesielt legemidler mot epilepsi, allergier, psykotiske tilstander m.v.

Vedleggstabell 4.1 viser utviklingen i salg av ulike avhengighetsskapende legemidler gjennom mer enn 20 år. Som det framgår har det vært en noe ulik utvikling i salg av legemidler som inngår i gruppen anxiolytica, hypnotika og sedativa. Mens det har vært en dels dramatisk nedgang i salg av benzodiazepinderivatene som inngår i ATC gruppene N05BA og N05CD, har det vært en tilsvarende økning i benzodiazepinlignende legemidler som inngår i ATC gruppe N05CF. Dette har etter alt å dømme sammenheng med den økende skepsisen til bruk av Rohypnol. Rohypnol ble i 2003 flyttet fra reseptgruppe B til reseptgruppe A, for så å bli avregistrert i 2004. Når det gjelder opioider i ATC gruppe N02A (opioider utenom substitusjonsbehandling), har salget vært relativt stabilt.

Tabell 4.1 viser antall brukere av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler fordelt på fylke i 2012. Antall brukere tilsvarer antall personer som har fått minst én utlevering etter resept fra apotek. Tabellen viser også antall brukere per 1 000 innbyggere i de enkelte fylker. Som det framgår er det relativt stor variasjon fra ett fylke til et annet. Blant fylkene med størst andel brukere finner vi Telemark, Østfold, Oppland og Agder-fylkene, mens Sogn og Fjordane har den laveste andelen.

Tabell 4.1: Antall brukere av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler i de enkelte fylker, 2012

	Anxiolytika * (benzodiazepiner) Angstdempende midler		Hypnotika ** (benzodiazepiner) Sovemidler/beroligende midler		Z-hypnotika *** (benzodiazepin lignende) Sovemidler/beroligende midler	
	Antall brukere	Brukere per 1000 innbyggere	Antall brukere	Brukere per 1000 innbyggere	Antall brukere	Brukere per 1000 innbyggere
Østfold	18 650	67	1 621	6	23 025	82
Akershus	25 593	46	2 776	5	38 981	69
Oslo	27 514	44	3 960	6	41 199	67
Hedmark	10 543	55	1 108	6	13 939	72
Oppland	11 298	60	1 207	6	15 270	82
Buskerud	14 984	56	2 004	8	20 210	76
Vestfold	13 481	57	2 072	9	19 190	81
Telemark	11 509	68	1 880	11	14 961	88
Aust-Agder	6 815	61	956	9	9 477	85
Vest-Agder	9 732	56	2 122	12	14 338	82
Rogaland	20 143	45	3 198	7	29 865	67
Hordaland	21 160	43	3 338	7	30 990	63
Sogn og Fjordane	3 456	32	476	4	5 588	52
Møre og Romsdal	12 464	48	1 768	7	18 750	73
Sør-Trøndelag	13 731	46	1 506	5	17 901	60
Nord-Trøndelag	5 682	42	624	5	8 956	67
Nordland	12 019	50	2 082	9	17 667	74
Troms	7 014	44	950	6	9 640	60
Finnmark	3 282	44	369	5	4 746	64

* ATC gruppe N05BA

** ATC gruppe N05CD

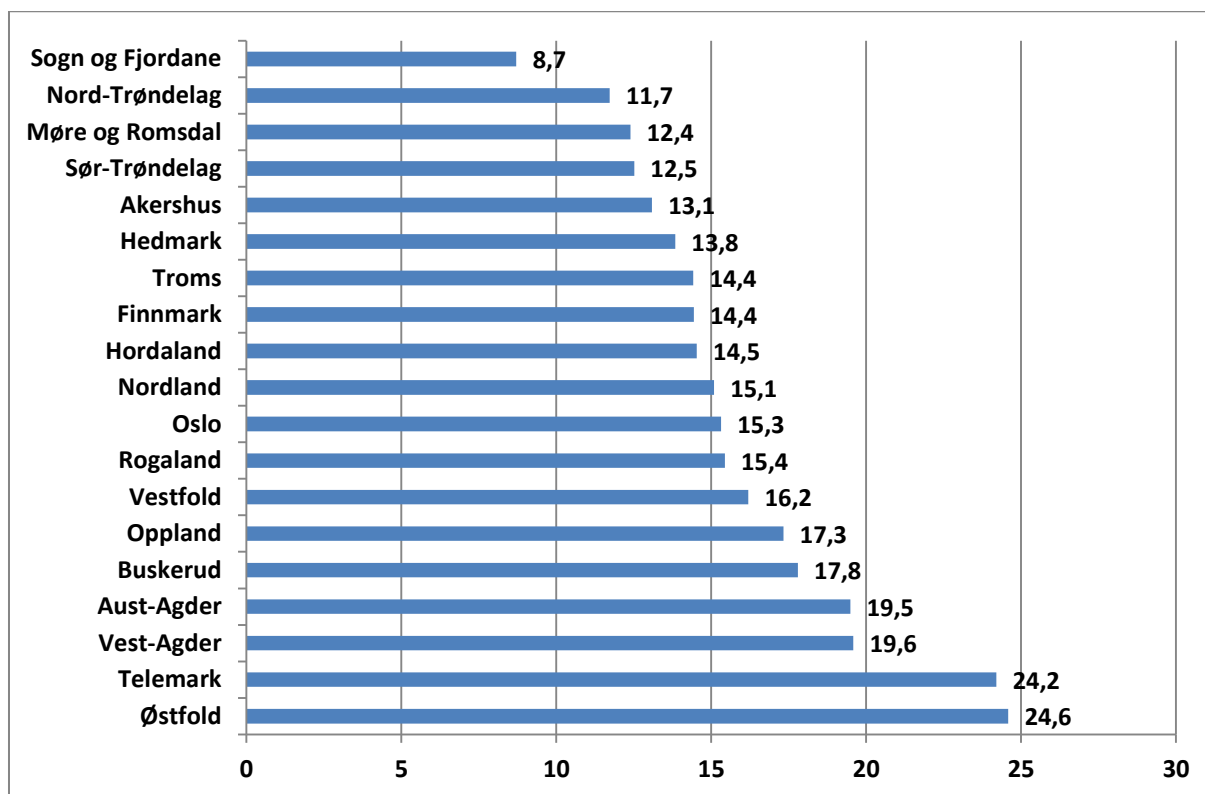
*** ATC gruppe N05CF

Kilde: Reseptregisteret

Figurene 4.1 og 4.2 viser den fylkesvise fordelingen i salg av anxiolytika (benzodiazepiner) og hypnotika og sedativa (benzodiazepinlignende legemidler) i 2012, mens vedleggstabell 4.2 og 4.3 viser utviklingen fra omkring årtusenskiftet fram til i dag. Som det framgår er det også her store fylkesvise variasjoner, både når det gjelder hvor mye slike legemidler som er solgt, og utvikling over tid. Østfold og Telemark har jevnt over hatt det høyeste salget av

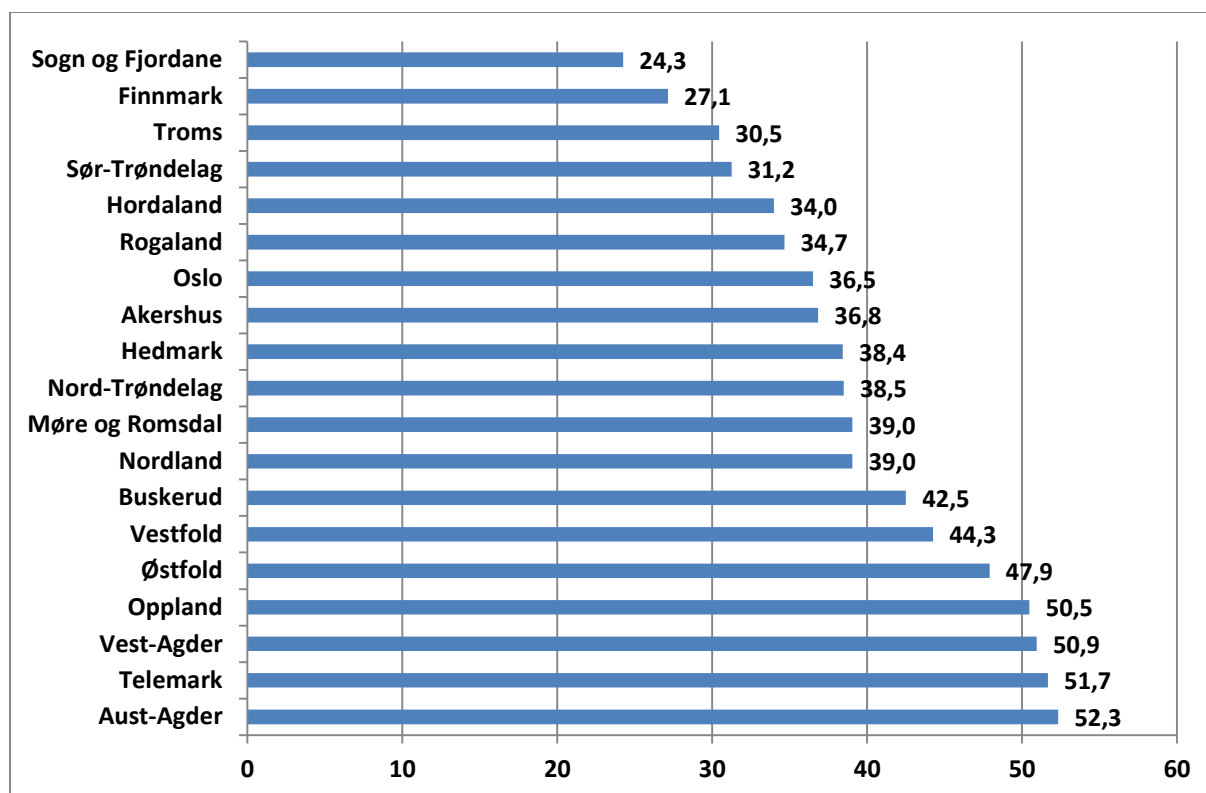
anxiolytika/benzodiazepiner per 1 000 innbygger, mens Sogn & Fjordane og Nord Trøndelag har hatt det laveste. For hypnotika/sedativa var det for de fleste fylker et jevnt økende salg fram til 2008, hvorefter det i mange fylker har vært en nedgang.

Figur 4.1: Salg av anxiolytika (angstdempende midler) i ulike fylker 2012, angitt i definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere per døgn



Kilde: www.legemiddelforbruk.no

Figur 4.2: Salg av hypnotika og sedativa (sove-/beroligende midler) i ulike fylker 2012 angitt i definerte døgndose (DDD) per 1000 innbyggere per døgn

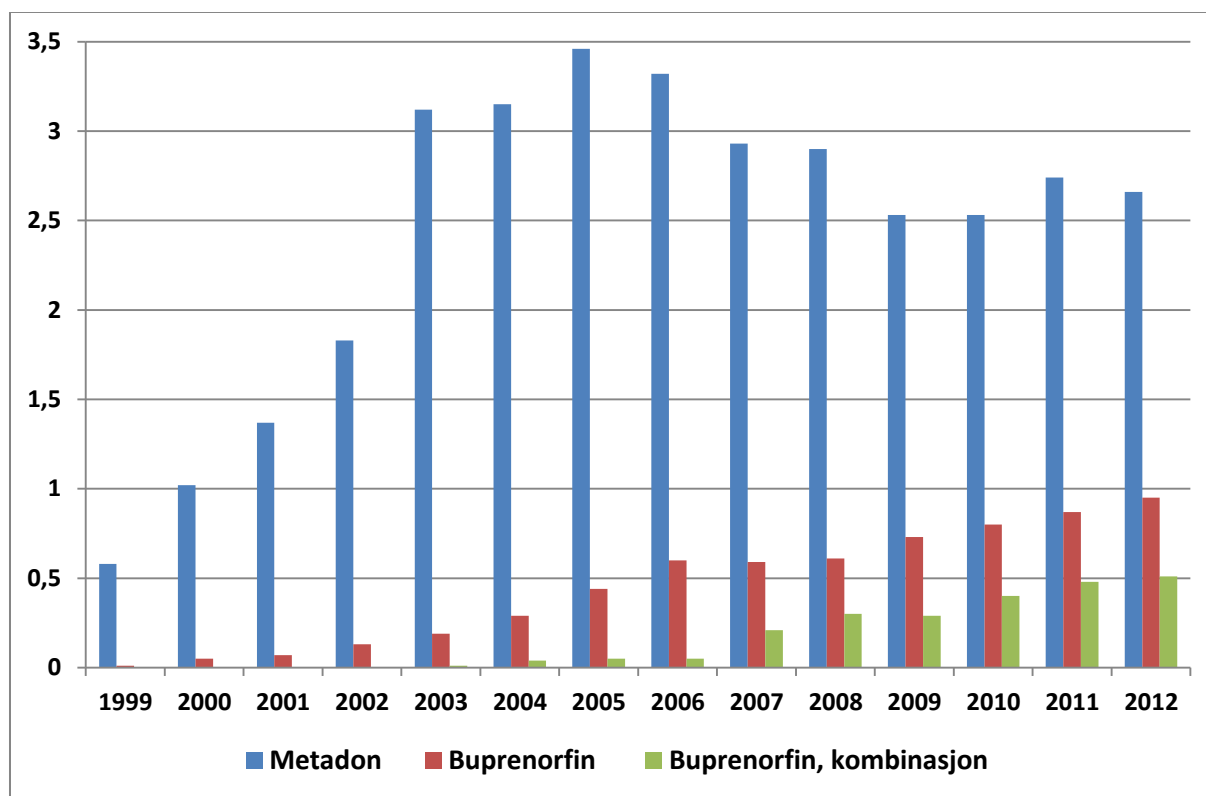


Kilde: www.legemiddelforbruk.no

4.3.1 Legemidler i substitusjonsbehandling

Etter at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble et landsdekkende tilbud i 1998, har det vært en stor økning i antall pasienter i slik behandling. Som vist i kapittel 8 var antall pasienter noe over 7 000 ved utgangen av 2012. Økningen i antall pasienter har naturlig nok medført at det samtidig har vært en økning i salg av de aktuelle substitusjonsmedikamentene, slik det framgår av figur 4.3. Da en i Norge startet opp denne behandlingsformen, var metadon det enerådende substitusjons-medikamentet. Etter hvert tok en også i bruk buprenorfinpreparatene Subutex og Suboxone, og disse har i økende grad erstattet bruken av metadon. Eksempelvis har andelen pasienter i substitusjons-behandling som blir behandlet med buprenorfin, økt fra 23 prosent i 2004 til 56 prosent i 2012 (Waal et al, 2013). For de som får metadon, har det også vært en nedgang i gjennomsnittlig dosering (fra 117 mg/dag i 2004 til 101 mg/dag i 2012), noe som også bidrar til at salget av metadon har gått ned (ibid.).

Figur 4.3: Salg av legemidler til bruk ved opioidavhengighet (ATC gruppe N07BC) angitt i definert døgndoser (DDD) * per 1000 innbygger per døgn. (Vedleggstabell 4.4)



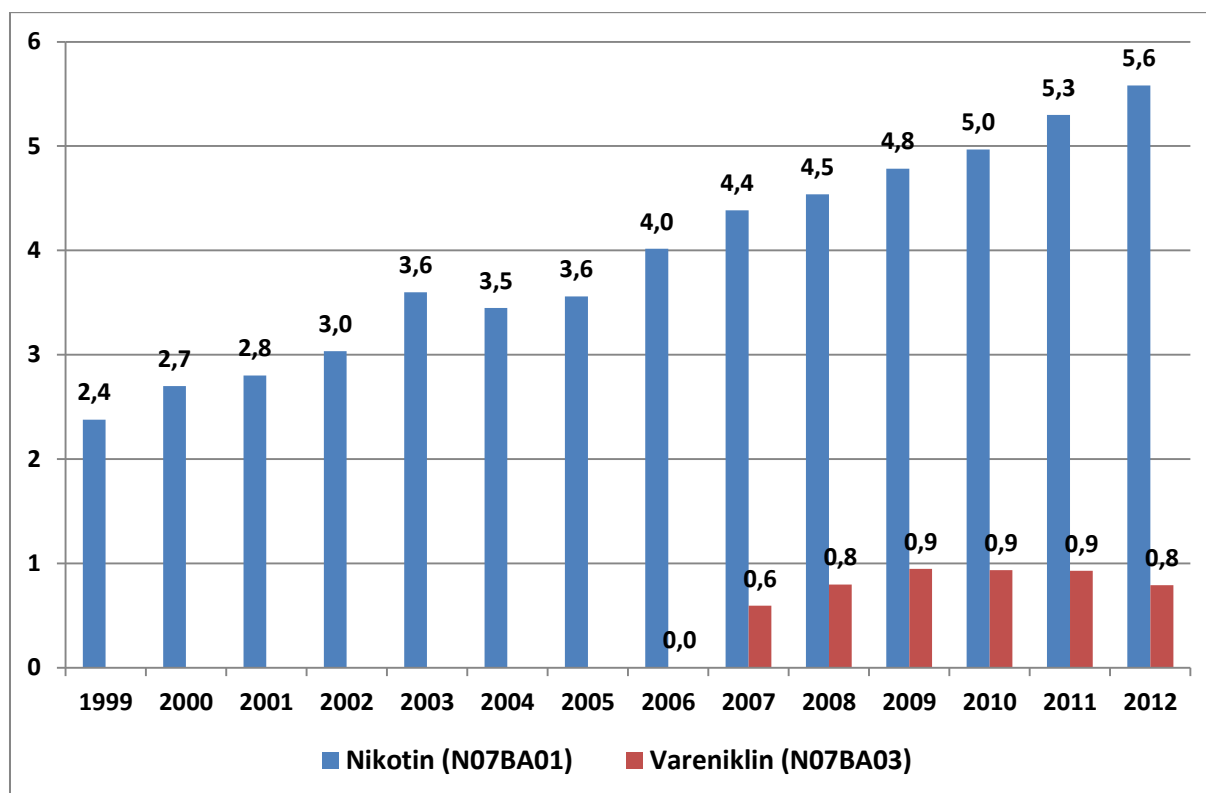
* Metadon (N07BC02, DDD= 25 mg), Buprenorfin (N07BC01, DDD= 8 mg), Buprenorfin, kombinasjon (N07BC51, DDD=8 mg)

Kilde: www.legemiddelforbruk.no

4.3.2 Legemidler ved nikotinavhengighet

Legemidler til bruk ved nikotinavhengighet kan deles inn i de to gruppene nikotinerstatningsprodukter og reseptpliktige nikotinfri medisin. I den første gruppen finnes nikotinsubstitusjon i ulike former som tyggegummi, plaster, sublingsvaltabletter og inhalatorer. Reseptpliktig nikotinfri medisin med sikte på røykeslutt er vareniklin og bupropion. Figur 4.4 viser utviklingen i salg av nikotinerstatning og vareniklin i DDD per 1000 innbyggere per dag fra 1999 til 2012. Bupropion er ikke tatt med ettersom dette stoffet er klassifisert som antidepressiva, og det bare er en liten del av bupropion som skrives ut i forbindelse med sikte på røykeslutt. Som det framgår har det vært en jevn økning gjennom flere år i salget av legemidler til bruk ved nikotinavhengighet, noe som må ses i sammenheng med at stadig flere slutter eller ønsker å slutte å røyke.

Figur 4.4: Salg av legemidler til bruk ved nikotinavhengighet



Kilde: www.legemiddelforbruk.no

4.4 Spørreskjemaundersøkelser

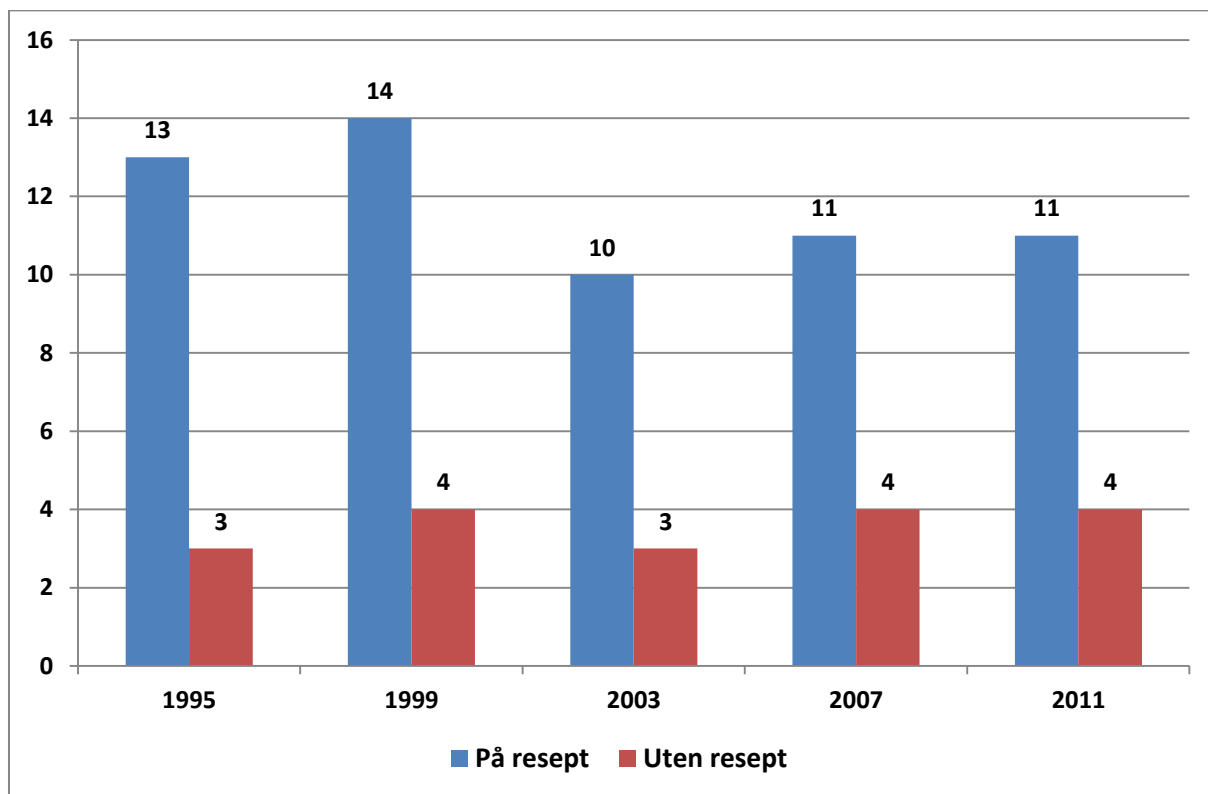
Spørreskjema-undersøkelser om bruk av rusmidler inneholder som regel også spørsmål om bruk av vanedannende legemidler. Mens noen slike data gir informasjon om legemiddelbruk både med og uten forskrivning fra lege, er andre begrenset til informasjon om ikke-forskrevet bruk. Dette gjelder eksempelvis de tidligere ungdomsundersøkelsene i aldersgruppa 15-20 år som ble avsluttet i 2008. Det framgår av disse at mellom tre og fem prosent både på 1990- og 2000-tallet oppga at de noen gang hadde brukt beroligende legemidler uten resept fra lege (Vedøy & Skretting, 2009).

4.4.1 Ungdom 15-16 år - ESPAD

I den europeiske skoleundersøkelsen ESPAD som foregår hvert fjerde år, blir det spurt om bruk av beroligende midler/sovepiller. Fra den norske delen av undersøkelsen framgår det at mens det i de to første undersøkelsesårene (1995 og 1999) var 13-14 prosent som oppga at de noen gang hadde brukt slike legemidler etter resept fra lege, var den tilsvarende andelen i de tre siste undersøkelsesårene (2003, 2007 og 2011) 10-11 prosent (figur 4.5). Samtidig oppga 3-4 prosent i alle de fem undersøkelsesårene at de noen gang hadde brukt vanedannende legemidler uten at det var forskrevet av lege. Dette er på omtrent samme nivå

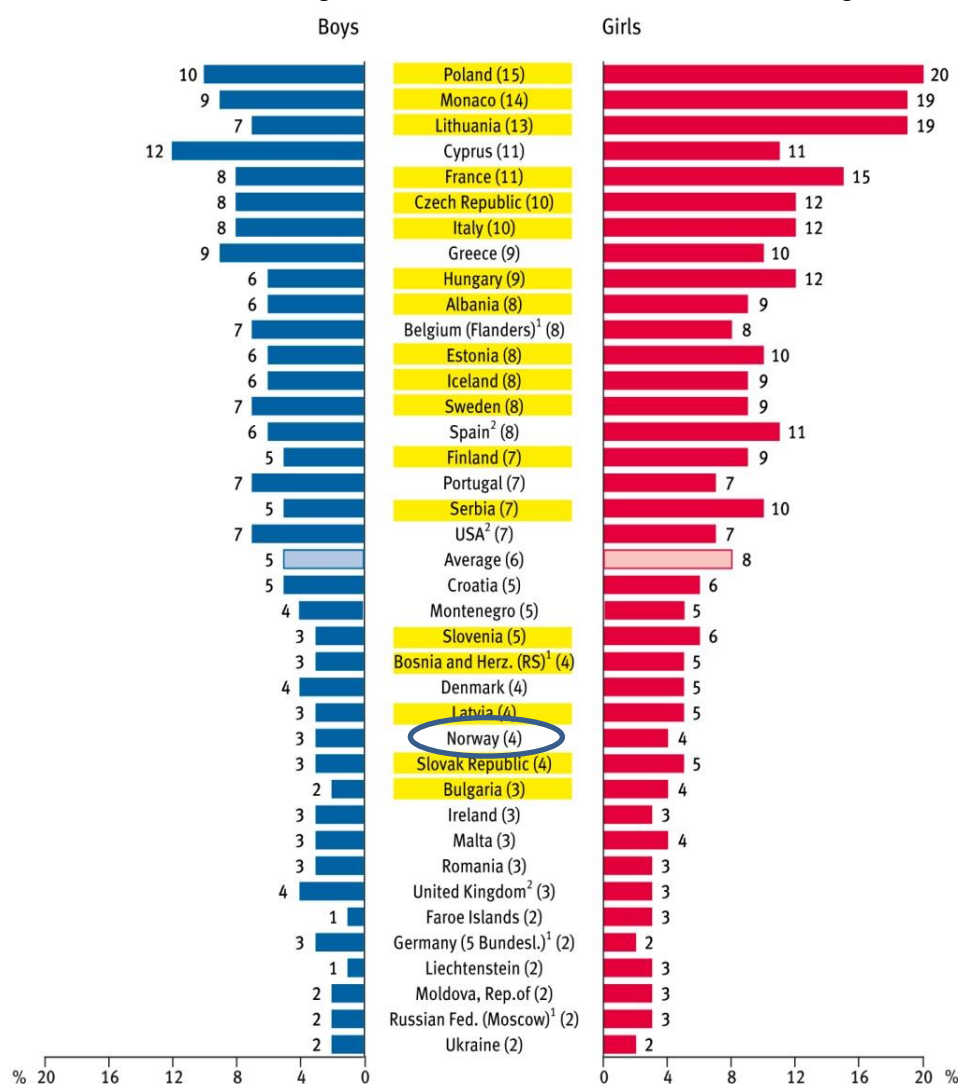
som eksempelvis Danmark og Island, mens den tilsvarende andelen i land som Polen, Frankrike og Italia er 10-15 prosent (figur 4.6).

Figur 4.5: Andel 15-16 åringer som oppgir at de noen gang har brukt beroligende midler/sovepiller henholdsvis med og uten resept fra lege.



Kilde: SIRUS

Figur 4.6: Andel 15-16-åringer i ulike europeiske land som oppgir at de noen gang har brukt vanedannende legemidler uten at det er forskrevet av lege. 2011.



Kilde: Hibell et al. 2012.

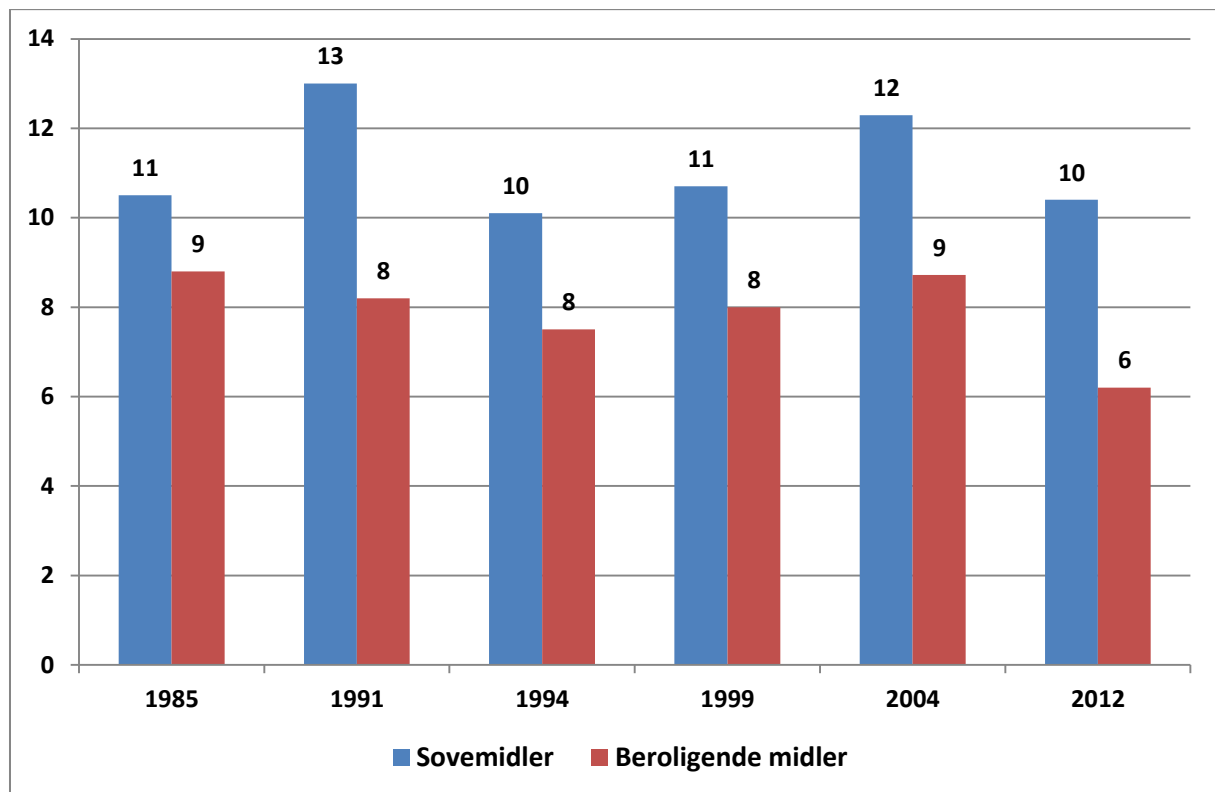
4.4.2 Befolkningsundersøkelse 16-79 år

Bruk av sovemidler og beroligende legemidler har fra 1985 inngått i de jevnlige undersøkelsene om bruk av rusmidler i den allmenne befolkning (16-79 år). Mens det i den europeiske skoleundersøkelsen i aldersgruppa 15-16 år spørres om bruk av slike legemidler uten at de er forskrevet av lege, er det ikke en slik begrensning i de generelle befolkningsundersøkelsene. I 2012-undersøkelsen er det spurt om bruk av tre typer av reseptbelagte vanedannende legemidler de siste 12 måneder:

- sovemidler (f.eks. imovane, zopiclon, stilnoct, apodorm, og flunipam)
- beroligende medikamenter (f.eks. sobril, valium og vival)
- smertestillende medikamenter (f.eks. paralgin forte og nobligan).

Andelen av personer 16-79 år som rapporterte bruk av slike legemidler har variert noe over tid. Når det gjelder bruk av sovemidler var det en oppgang fra 1985 til 1991, deretter en nedgang til 1994. Etter en ny oppgang fra 1994 til 2004 var det så en nedgang fra 2004 til 2012 (figur 4.7). For bruk av beroligende midler var bruken stabil i årene 1995 til 2004, mens det så var en nedgang i 2012. Undersøkelsene i perioden 1985 til 2004 har vært gjennomført på en noe annen måte enn i 2012, men metodene og spørsmålsstillingene var såpass nær at en bør kunne sammenligne resultatene.

Figur 4.7: Andel av befolkningen 16-79 år som har brukt sovemidler og beroligende midler i løpet av siste 12 måneder 1985-2012

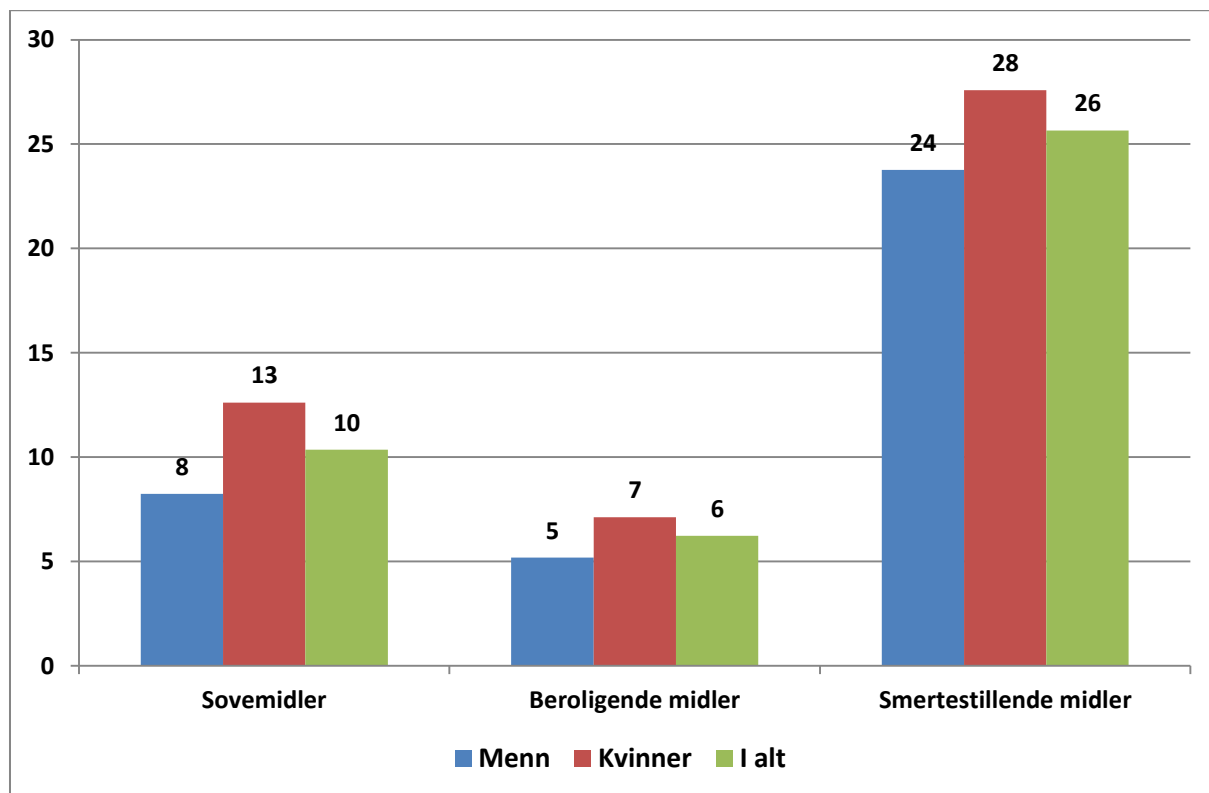


Kilde: SIRUS

Det er ikke stilt spørsmål om bruk av smertestillende legemidler i alle undersøkelsesårene, slik at vi her ikke har noen tidsserie. I 2012-undersøkelsen var det imidlertid en større andel som oppga bruk av smertestillende legemidler (omkring 25 prosent) enn sovemidler (omkring 10 prosent) og beroligende midler (omkring seks prosent), (figur 4.8). Det var ellers en noe

større andel kvinner enn menn som brukte sovemidler, mens det ikke var noen kjønnsforskjeller når det gjaldt bruk av beroligende og smertestillende legemidler.

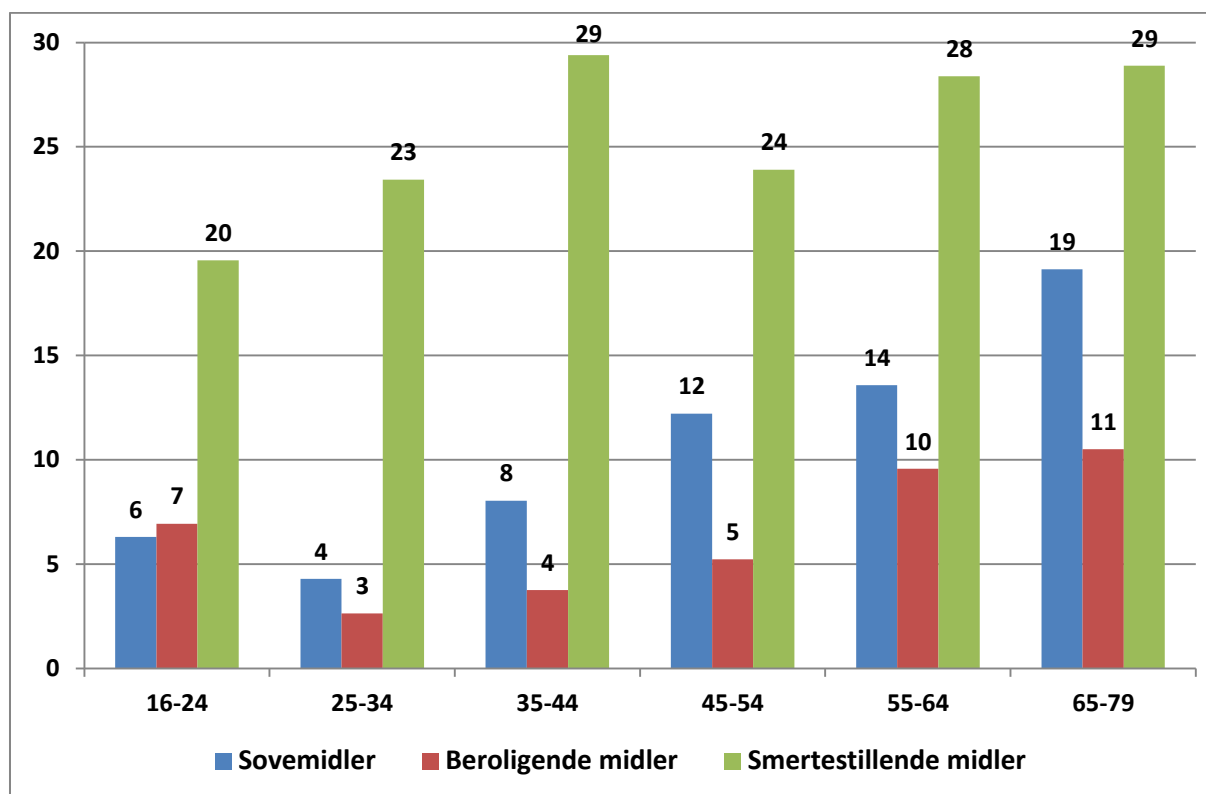
Figur 4.8: Andel kvinner og menn i alderen 16-79 år som i 2012 oppga å ha brukt reseptbelagte sovemidler, beroligende legemidler eller smertestillende legemidler siste 12 måneder



Kilde: SIRUS

Figur 4.9 viser andel i ulike aldersgrupper som i 2012 oppga å ha brukt de ulike legemidlene i løpet av de siste 12 måneder. Med unntak av den yngste aldersgruppa økte bruk av sovemidler og beroligende midler med økende alder. Når det gjaldt smertestillende midler var det stort sett en mindre andel blant unge enn de som var noe eldre, som oppga bruk i løpet av siste 12 måneder.

Figur 4.9: Andel i ulike aldersgrupper som i 2012 rapporterer at de har brukt reseptbelagte sovemidler, beroligende legemidler eller smertestillende legemidler siste 12 måneder



Kilde: SIRUS

4.5 Beslag

Selv om det kan være variasjoner fra ett år til et annet, viser beslagsstatistikken fra Kripas at det grovt sett har det vært en økning i beslag av benzodiazepiner. Dette gjelder både antall beslag og beslaglagt mengde (Vedleggstabell 4.5). Når det gjelder beslag av opioidholdige legemidler har det også her vært en økning i antall beslag, mens mengde beslaglagte slike legemidler har variert.

4.6 Historisk oversikt

I det følgende gis en oversikt over viktige hendelser og beslutninger med relevans for vanedannende legemidler.

1960 De første benzodiazepiner ble gitt markedstillatelse i Norge.

1964 Lov om legemidler (legemiddeloven) ble vedtatt.

1975 Flunitrazepan, mest kjent under merkenavnet Rohypnol, kom på markedet i Europa.

1980 De fleste barbiturater ble avregistrert i Norge.

1992 Det kom ny lov om legemidler m.v. (legemiddeloven).

1993 Det kom forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (utleveringsforskriften) FOR-1993 nr 1021.

1998 Ny forskrift om rekvirering av legemidler fra apotek trådte i kraft, FOR-1998-04-27 nr 455.

2001 Helsetilsynet ga ut en veileder om vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet, IK-2755 Helsetilsynet 2001.

2003 Rohypnol (flunitrazepan) ble flyttet fra reseptgruppe B til reseptgruppe A for å redusere forskrivningen.

2004 Reseptregisteret etableres i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt (FOR 2003-17 nr 1246: forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Reseptbasert legemiddelregister).
Rohypnol ble avregistrert.

2012 Det ble innført «promillegrense» for 20 narkotiske stoffer og legemidler. Flunipam utgår midlertidig, og det er lite sannsynlig at det kommer tilbake på det norske markedet.

4.7 Kilder og referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Meld. St. 30 (2011-2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika - doping

Hibell, B. et al (2012). The 2011 ESPAD Report. CAN. Stockholm.

Kripos. Narkotika- og dopingstatistikk

Vedøy, T.F. & Skretting A. (2009) Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008. SIRUS-Rapport 5/2009.

www.fhi.no (Fakta om de enkelte rusmidler)

www.legemiddelforbruk.no

www.reseptregisteret.no

Waal, H. et al (2013). Statusrapport 2012 LAR som det vil bli fremover? SERAF RAPPORT 1/2013

4.8 Vedleggstabeller

Vedleggstabell 4.1: Salg av avhengighetsskapende legemidler angitt i definerte døgndoser (DDD)* per 1000 innbyggere per døgn 1988-2012

Anxiolytika, hypnotika og sedativa				Opioider (ATC gruppe N02A)						Sentralt virkende sympatomimetika		
År	Anxiolytika**	Hypnotika***	Z-hypnotika	Morfin	Oxy-codone	Kodein*****	Fentanyl	Buprenorfin (1,2 mg) *****	Tramadol	Amfetamin	Dexamfetamin	Metylfenidat
1988	24.4	42.3	2.7	0.67	-	11.2	-	-	-	-	-	-
1989	23.7	42.7	2.3	0.80	-	10.9	-	-	-	-	-	-
1990	23.3	39.9	2.1	0.87	-	11.1	-	-	-	-	-	-
1991	22.3	35.2	0.5	0.90	-	11.4	-	-	-	-	-	-
1992	21.4	29.7	0.0	1.00	-	11.4	-	-	-	-	-	-
1993	19.7	27.4	0.0	1.06	-	11.3	-	-	-	-	-	-
1994	19.1	25.4	0.8	1.04	-	11.3	-	-	-	-	-	-
1995	18.3	21.7	4.2	1.10	-	11.1	0.0	-	-	-	-	-
1996	17.5	19.9	7.0	1.10	-	11.2	0.1	-	-	-	-	-
1997	17.4	18.4	9.9	1.10	-	11.5	0.3	-	-	-	-	-
1998	17.7	17.0	12.5	1.30	-	11.7	0.4	-	0.1	-	-	-
1999	17.9	15.1	15.2	1.40	-	11.8	0.4	-	0.4	-	-	-
2000	18.0	13.7	18.1	1.40	-	11.9	0.5	-	0.6	-	-	-
2001	18.3	13.1	20.9	1.40	0.0	12.5	0.6	-	0.8	-	-	-
2002	18.8	12.3	23.5	1.50	0.2	12.9	0.7	-	1.1	0.0	0.1	1.1
2003	19.3	9.2	27.7	1.50	0.4	13.0	0.8	-	1.3	0.0	0.1	1.7
2004	19.8	8.7	30.3	1.50	0.6	12.8	0.8	0.4	1.6	0.0	0.1	2.4
2005	20.1	8.5	32.8	1.48	0.8	12.9	0.9	0.4	1.9	0.0	0.2	3.2
2006	19.7	8.0	34.5	1.42	1.0	12.8	1.0	0.4	2.1	0.0	0.2	3.9
2007	19.4	7.5	36.3	1.31	1.1	12.7	1.0	0.4	2.4	0.0	0.2	4.6
2008	19.4	7.2	36.8	1.34	1.3	12.5	1.1	0.5	2.8	0.1	0.3	5.3

2009	18.9	6.9	37.2	1.34	1.5	12.2	1.1	0.5	3.0	0.1	0.4	5.8
2010	18.0	6.3	36.8	1.21	1.5	11.7	1.2	0.6	3.2	0.1	0.4	6.2
2011	16.5	5.8	36.4	1.21	1.5	11.4	1.3	0.6	3.5	0.1	0.4	6.3
2012	15.6	4.1	35.4	1.13	1.7	10.6	1.3	0.6	3.7	0.1	0.5	6.7

* En definert døgndose (teknisk måleenhet) er den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne.

** Benzodiazepiner, ATC gruppe N05BA

*** Benzodiazepiner, ATC gruppe N05CD

**** ATC gruppe N05CF

***** Kombinert med paracetamol

***** Gjelder doser beregnet til behandling av smerter, se også tabell 1.16.

Kilde: Grossistbasert legemiddestatistikk, Folkehelseinstituttet (www.legemiddelforbruk.no)

Vedleggstabell 4.2: Salg* av anxiolytika (benzodiazepiner ATC gruppe N05BA) fordelt på fylke, angitt i definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere per døgn 1999-2012 (Figur 4.1)**

Fylke	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Østfold	27.4	27.3	26.7	26.8	27.8	29.2	29.5	30.4	31.5	30.1	28.3	28.4	27.2	24.6
Akershus	14.6	14.3	14.7	14.8	15.4	15.6	16.0	15.7	15.8	15.9	15.3	14.4	13.8	13.1
Oslo	21.3	20.7	20.7	20.9	21.2	21.3	21.8	20.5	19.6	19.6	19.2	17.8	15.6	15.3
Hedmark	17.2	16.6	16.5	16.8	16.7	17.2	17.4	17.2	16.7	16.9	16.1	15.4	14.1	13.8
Oppland	19.6	19.8	20.3	21.2	21.0	21.5	22.3	22.9	22.7	22.7	22.3	21.0	18.1	17.3
Buskerud	20.4	20.6	21.2	22.2	23.6	24.7	24.2	23.6	22.9	23.1	23.1	21.1	19.3	17.8
Vestfold	19.4	19.8	20.7	21.4	21.7	22.2	23.3	22.9	22.5	22.4	20.8	19.1	17.4	16.2
Telemark	26.3	27.4	27.8	28.8	29.4	30.0	30.4	29.4	28.9	30.5	33.1	31.5	26.5	24.2
Aust-Agder	23.3	22.7	22.8	24.1	25.0	25.8	25.9	24.5	23.1	22.7	21.4	20.7	20.0	19.5
Vest-Agder	22.1	22.1	22.9	24.1	26.7	26.6	26.0	25.0	24.8	25.3	24.5	23.1	21.6	19.6
Rogaland	19.2	18.9	19.2	19.3	19.1	18.9	18.7	18.4	18.3	18.3	18.0	17.5	16.4	15.4
Hordaland	14.7	15.1	15.8	16.5	17.5	18.9	19.1	18.6	18.0	18.1	16.9	16.1	15.2	14.5
Sogn og Fjordane	10.5	10.5	10.5	10.9	10.9	11.7	11.5	10.9	10.5	10.5	10.6	10.0	9.1	8.7
Møre og Romsdal	14.0	14.1	14.8	15.5	15.3	15.6	15.8	15.9	16.0	16.1	15.7	15.1	13.5	12.4
Sør-Trøndelag	15.6	16.3	17.2	16.9	16.5	17.2	16.8	16.3	15.7	15.3	14.5	13.9	13.1	12.5
Nord-Trøndelag	13.1	13.4	13.8	14.2	14.3	15.0	15.1	14.9	14.9	14.6	14.1	12.8	11.7	11.7
Nordland	13.9	14.5	15.0	15.4	15.1	15.7	16.0	16.0	16.2	16.8	16.8	16.5	15.5	15.1
Troms	13.0	12.8	13.2	14.2	14.9	15.4	16.1	16.1	16.1	16.1	15.9	15.2	14.6	14.4
Finnmark	11.1	11.5	11.5	12.6	13.4	15.1	16.9	17.1	16.6	16.8	16.8	16.0	15.3	14.4
Hele landet	17.9	18.0	18.4	18.8	19.3	19.8	20.1	19.7	19.4	19.4	18.9	18.0	16.5	15.6

* Salg fra grossist til firma som produserer forhåndspakkede legemidler til enkeltpasienter (multidose pakninger) blir registrert på fylket der firmaet er registrert. Det som produseres kan være solgt fra apotek i hele landet. I Østfold finnes en pakkeenhet som gir større salg der enn i andre fylker.

** En definert døgndose (teknisk måleenhet) er den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne.

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk. Folkehelseinstituttet (www.legemiddelforbruk.no)

Vedleggstabell 4.3: Salg* av hypnotika og sedativa (benzodiazepiner og z-hypnotika ATC grupper N05CD og N05CF) fordelt på fylke, angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn 1999-2012 (Figur 4.2)**

Fylke	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Østfold	36.0	36.7	39.0	41.7	43.5	48.7	51.5	56.2	60.8	58.1	49.2	49.0	49.7	47.9
Akershus	25.5	26.4	29.0	30.7	32.0	34.5	36.3	37.6	39.2	39.8	40.0	38.9	39.4	36.8
Oslo	41.0	41.1	43.9	45.7	44.8	46.1	47.4	46.9	46.6	45.5	44.3	41.6	39.6	36.5
Hedmark	27.8	28.7	31.2	34.0	35.0	37.1	39.9	41.5	42.4	42.3	42.2	40.8	39.6	38.4
Oppland	33.4	35.1	38.0	40.5	42.8	45.9	50.2	53.2	55.6	56.4	57.6	55.4	53.1	50.5
Buskerud	32.7	34.3	37.0	39.5	40.4	42.9	45.5	46.2	47.5	48.4	49.3	47.2	45.9	42.5
Vestfold	32.3	33.5	36.4	37.5	39.0	40.4	44.1	46.1	48.2	49.5	49.3	48.5	47.1	44.3
Telemark	37.3	38.8	42.1	44.7	45.9	48.3	51.5	52.9	55.6	56.7	58.4	57.6	55.3	51.7
Aust-Agder	39.1	38.7	41.0	44.2	46.7	49.7	53.5	54.5	55.3	56.4	56.2	55.6	54.5	52.3
Vest-Agder	37.2	36.9	40.3	42.2	45.3	47.1	49.2	50.3	51.8	54.8	56.4	55.1	53.8	50.9
Rogaland	29.3	30.2	32.2	33.4	34.3	35.1	36.9	37.6	38.3	38.8	39.5	38.4	37.5	34.7
Hordaland	26.2	27.8	30.2	31.8	33.6	35.5	37.5	38.5	39.2	38.9	38.8	37.1	36.0	34.0
Sogn og Fjordane	19.6	19.7	21.7	23.3	24.5	24.8	26.2	27.0	27.7	27.7	27.8	27.1	26.3	24.3
Møre og Romsdal	27.9	29.3	32.5	34.7	35.7	38.2	40.8	42.7	44.8	45.5	45.9	45.1	42.8	39.0
Sør-Trøndelag	27.1	29.2	32.1	32.3	33.2	34.5	35.6	36.2	35.8	34.5	34.8	34.0	33.5	31.2
Nord-Trøndelag	27.3	29.4	31.5	33.7	34.7	37.4	39.7	40.2	42.4	42.3	42.4	40.3	39.4	38.5
Nordland	26.4	28.1	30.4	31.4	32.6	34.7	37.2	38.7	40.4	41.9	42.2	42.1	41.8	39.0
Troms	20.1	20.7	22.7	24.4	25.0	26.8	29.4	30.6	31.7	33.4	33.3	32.4	32.2	30.5
Finnmark	16.4	17.0	18.3	19.5	20.3	21.9	24.8	26.5	27.8	28.8	29.4	29.1	28.9	27.1
Hele landet	30.4	31.4	34.0	35.8	36.9	38.9	41.2	42.5	43.8	44.0	43.6	42.4	41.4	38.8

* Salg fra grossist til firma som produserer forhåndspakkede legemidler til enkeltpasienter (multidose pakninger) blir registrert på fylket der firmaet er registrert. Det som produseres kan være solgt fra apotek i hele landet. I Østfold finnes en pakkeenhet som gir større salg der enn i andre fylker.

** En definert døgndose (teknisk måleenhet) er den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne.

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk. Folkehelseinstituttet (www.legemiddelforbruk.no)

Vedleggstabell 4.4: Salg av legemidler til bruk ved opioidavhengighet (ATC gruppe N07BC) angitt i definerte døgndoser (DDD)* per 1000 innbyggere per døgn 1999-2012 (Figur 4.3)

Legemiddel	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Metadon	0.58	1.02	1.37	1.83	3.12	3.15	3.46	3.32	2.93	2.90	2.53	2.53	2.74	2.66
Buprenorfin	0.01	0.05	0.07	0.13	0.19	0.29	0.44	0.60	0.59	0.61	0.73	0.80	0.87	0.95
Buprenorfin, kombinasjon	-	-	-	-	0.01	0.04	0.05	0.05	0.21	0.30	0.29	0.40	0.48	0.51
Totalt	0.59	1.07	1.44	1.96	3.32	3.48	3.95	3.97	3.73	3.81	3.55	3.73	4.09	4.11

* En definert døgndose (teknisk måleenhet) er den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne.

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk. Folkehelseinstituttet (www.legemiddelforbruk.no)

Vedleggstabell 4.5: Antall beslag og beslaglagt mengde av benzodiazepiner og opioidholdige legemidler 1989-2012

År	Antall beslag	Opioidholdige medikamenter	Mengde beslaglagt	
	Benzodiazepiner		Benzodiazepiner (tabletter)	Opioidholdige legemidler (tabletter)
1989	855	-	36 218	-
1990	1 142	-	18 841	-
1991	1 189	-	17 666	-
1992	1 573	-	50 674	-
1993	947	-	15 780	-
1994	1 344	646	41 100	12 253
1995	1 640	782	27 000	11 325
1996	1 887	804	58 400	14 431
1997	2 523	705	153 100	16 076
1998	2 988	889	101 700	15 072
1999	3 469	884	183 000	15 800
2000	4 265	860	431 000	15 050
2001	6 006	1 109	847 000	18 800
2002	8 058	1 237	1 251 000	70 000
2003	4 700	1 216	545 525	17 465
2004	4 393	1 179	524 130	14 396
2005	3 928	1 319	548 000	13 900
2006	4 500	1 161	1 019 710	15 685
2007	4 088	959	730 317	17 354
2008	3 451	938	310 577	12 000
2009	3 796	1 078	671 377	15 186
2010	5 089	1 223	903 692	19 724
2011	5 185	1 240	803 653	13 519
2012	5 629	1217*	1 320 257	10903*

* Metadontabeller er ikke tatt med i 2012. Når det gjelder antall beslag er de fleste beslag som væske.

Kilde: Kripos

5 Narkotika

Det vi gjerne kaller det «nye» narkotikaproblemet har helt fra det oppsto i Norge på midten av 1960-tallet påkalt stor bekymring, og det ble relativt raskt tatt i bruk vide strafferammer. Slik sett kan Norge sies å ha en svært restriktiv narkotikapolitikk sammenlignet med de fleste andre vestlige land.

Norsk narkotikapolitikk kan imidlertid ikke ses i lys av de strafferettslige bestemmelsene i legemiddeloven og straffeloven alene, og hvordan disse utøves. Målet med lovverket har først og fremst vært å få bukt med ulovlig omsetning og innførsel av narkotika, men det har også blitt sett på som nødvendig med forbud og straffebestemmelse mot selve bruken. Her har det i første rekke vært allmennpreventive hensyn som har spilt inn.

Samtidig har en vært opptatt av hva som ligger til grunn for bruk/misbruk/avhengighet, og hvordan en skal møte de som bruker narkotiske stoffer og får problemer i tilknytning til slik bruk. Her har det vært, og er, ulike oppfatninger. Skal årsakene til bruk/misbruk/avhengighet av narkotika/rusmidler forstås som en sykdom? Eller mer som symptom på ulike samfunnsmessige problemer og/eller personlige problemer? Uenighet om hvordan narkotikaproblemet skal forstås, finner en så vel blant politikere og sentrale myndigheter som blant ulike grupper fagfolk, og blant lekfolk. Mens det som gjerne ble kalt symptomteorier i mange år sto som den dominerende årsaksforklaringen, har vi i de senere år sett en klar dreining mot å se misbruket i et sykdomsperspektiv. Dette har hatt som følge at mens personer med narkotikaproblemer tidligere ble betegnet som misbrukere – har det mer og mer gått i retning av å snakke om rus(middel)avhengige.

5.1 Om ulike narkotiske stoffer⁸

5.1.1 Cannabis

Cannabis er en samlebetegnelse på materiale fra planten *Cannabis sativa*. Planten inneholder en lang rekke substanser som har fellesbetegnelsen cannabinoider. Det viktigste aktive virkestoffet er delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Det er dette stoffet som i hovedsak gir rus. Produkter som framstilles av *Cannabis sativa* er marihuana, hasj og cannabisolje, og representerer ulike foredlingsgrader av plantematerialet.

- Marihuana er et uforedlet produkt av cannabis, og består vanligvis av tørkede blader av henholdsvis toppskudd og blomster, men kan også inneholde stilker eller frø. Fargen på marihuana er gjerne brun eller grønnlig. «Sinsemella» er en type marihua

⁸ Kilde: www.fhi.no

som lages av toppskuddene av ubefruktede hunnplanter, eventuelt i blanding med blader og stilker.

- Hasj eller cannabisharpiks er et raffinert produkt. Den THC-rike plantesaften eller harpiksen er oppkonsentrert og er presset til plater eller klumper sammen med deler av cellulosematerialet. Fargen varierer fra lys brun eller grønn til nesten sort.
- Cannabisolje er en mer konsentrert form av THC. Plantesaften er ekstrahert fra cellulosematerialet med et løsemiddel, som så dampes inn til et seigtflytende, oljelignende produkt. Cannabisoljen er en grønn eller brun klisteraktig olje.

I både hasjisj og marihuana er det stor variasjon i THC-innhold. Vanligvis er innholdet opptil 10-20 prosent THC. Cannabisolje inneholder vanligvis en høyere prosentandel THC. Undersøkelser viser at THC-innholdet i cannabisprodukter har økt markant. Parallelt med den kraftige økningen av THC ser man et fall av plantens innhold av cannabidiol (CBD). Cannabidiol er et naturlig cannabinoid som er vist å motvirke flere av de uønskede effektene av THC, spesielt tankeforstyrrelser og psykose, men også angst og negative effekter på hukommelse. Kripos gjennomfører regelmessig kvantitative bestemmelser av THC i beslaglagte cannabisprodukter.

Den vanligste inntaksmåten av cannabis er røyking. Hasj som røykes, gir fra seg en markant søtlig lukt. Virkestoffet i cannabis er ikke løselig i vann, noe som begrenser andre inntaksmåter. Cannabisproduktene kan også tilsettes ulike matvarer og spises.

Virkningen av cannabis er langt på vei avhengig av brukerens personlighet, forventninger og miljø, samt dose. Rusen kan gjøre brukeren avslappet og pratsom, og forsterker ofte sansene, spesielt inntrykk av farger, smak og musikk. Man kan oppleve seg selv som mer åpen og sosial, med hyppige latteranfall. Rusen svekker den kritiske sansen, og brukeren kan ofte oppføre seg ”fjollete”. Cannabis gir både dempende og svakt hallusinogene symptomer, noe som innebærer endret virkelighetsoppfatning. Langvarig bruk øker risikoen for angst- og depresjonsreaksjoner, og kan utløse psykoser hos disponerte individer. Dette kan vanskeliggjøre behandlingen av sinnslidelser som schizofreni og depresjonstilstander. Det er likevel ikke påvist at bruk av cannabis fører til livsvarige hjerneskader, men det kan muligens gi en reduksjon av enkelte intellektuelle funksjoner.

Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet så vel i Norge som i resten av den vestlige verden.

Medisinsk bruk av cannabis

Cannabinoider (cannabisstoff) i pilleform eller røyking av cannabis er i visse land godkjent for behandling av kvalme i forbindelse med cellegiftbehandling, som appetittstimulerende

middel hos pasienter med aids og langtkommen kreftsykdom, og som smertelindring hos pasienter med kreft og MS.

I Norge er det per i dag kun registrert ett legemiddel med innhold av cannabinoider (Sativex).. Sativex er godkjent for bruk hos pasienter med moderat eller alvorlig spastisitet (økt spenning i muskulaturen) forårsaket av multippel sklerose (MS). Det kan i spesielle tilfeller søkes om bruk av det syntetisk fremstilte cannabinoidet marinol (Dronabinol®), eksempelvis hos kreftpasienter. Per i dag er det begrenset dokumentasjon når det gjelder effekten av cannabinoider i medisinsk behandling.

5.1.2 Syntetiske cannabinoider - "spice"

Syntetiske cannabinoider er en stor gruppe relativt nye rusmidler. De inneholder ikke THC, men gir en rus som ligner cannabisrus. Effekten er imidlertid sterkere. Syntetiske cannabinoider kan medføre alvorlige og potensielt livstruende tilstander som krever rask legehjelp.

Det finnes mange varianter av syntetiske cannabinoider. Det er vanlig å selge stoffene i pulverform. I tillegg blir det solgt urteblandinger som i utgangspunktet ikke har psykoaktive egenskaper, men der syntetiske cannabinoider er sprøytet over urteblandingen. "Urtene" blir solgt over internett som lovlige urteblandinger eller røkelse med navn som "herbal highs" og "legal highs".

5.1.3 Amfetaminer

Amfetamin og metamfetamin er sentralstimulerende stoffer som virker på hjernen og gir økt våkenhet, økt selvfølelse og nedsatt appetitt, i tillegg til rusfølelse med hevet stemningsleie og kritikkkløshet. Virkninger på hjerte og blodkar gir økt risiko for hjerneblødning, hjerteinfarkt og hjerterytmeforstyrrelser.

Amfetamin og metamfetamin er kjemisk nært beslektet, og virkningene av disse stoffene er svært like. Det finnes flere hundre amfetaminliknende stoffer.

Amfetamin ble fremstilt i 1919 og har siden vært brukt ved behandling av luftveisplager, overvekt, ADHD (konsentrasjonsvansker med hyperaktivitet) og narkolepsi (søvnighetsforstyrrelse). Under andre verdenskrig ble amfetamin brukt av soldater for å fremme våkenhet over lengre tid, og fremdeles brukes lave doser amfetamin i krigssituasjoner i flere land. De prestasjonsfremmende egenskapene gjør stoffet attraktivt for idrettsutøvere, og amfetamin/metamfetamin står derfor på dopinglisten. Amfetamin og metamfetamin har lenge vært brukt som rusmidler. I Norge kan leger, etter å ha søkt om spesiell godkjenning, forskrive amfetaminholdige tabletter til behandling av pasienter med ADHD og narkolepsi.

I ren form er amfetamin og metamfetamin hvitt pulver. En variasjon av metamfetamin som kalles «ice», foreligger som isliknende krystaller. Amfetamin/metamfetamin som selges på gaten, er sjeldent rent stoff. Det inneholder ofte andre kjemikalier, som rester fra produksjon av andre rusgivende stoffer, og en rekke tilsetningsstoffer som koffein, salt og sukker. I noen tilfeller kan urenhetene i stoffet i seg selv være dødelige.

Amfetamin og metamfetamin kan inntas gjennom munnen som tabletter, pulver eller oppløst i væske, injiseres i blodårer eller sniffes gjennom nesen. Den krystallinske formen av metamfetamin kan røykes. Dersom amfetamin/metamfetamin inntas intravenøst, ved røyking eller ved sniffing, inntreer de akutte virkningene både kraftigere og raskere enn dersom samme dose inntas gjennom munnen.

En vanlig misbruksdose (en såkalt «kvarting») utgjør ca. 250 mg urent stoff. En slik dose kan inneholde om lag 50 - 150 mg rent amfetamin/metamfetamin eller mer. Vanlige enkeltdoser ved medisinsk behandling er 5-20 mg amfetamin.

Virkningene av amfetamin og metamfetamin er svært like. Forskjellen er at metamfetamin er mer fettløselig og når raskere frem til hjernen enn amfetamin, i tillegg til at noe metamfetamin omdannes til amfetamin i kroppen. Metamfetamin virker derfor raskere og gir mer langvarig effekt enn amfetamin, hvilket gjør at metamfetamin virker noe sterkere enn amfetamin. Det kreves dermed en noe lavere dose metamfetamin enn amfetamin for å oppnå samme effekt.

Inntak av amfetamin og metamfetamin gir virkninger både i hjernen og ellers i kroppen. Risikoen for alvorlige bivirkninger øker når stoffene tas sammen med andre rusmidler som alkohol, kokain og opiater.

- De akutte virkningene inntreer raskt etter inntak. Den subjektive ruseffekten vil vanligvis forsvinne i løpet av få timer.
- Amfetamin-/metamfetaminrus kjennetegnes av hevet stemningsleie, høy selvfølelse og økt psykomotorisk tempo (mer energi, raske bevegelse, rask tale, uro, rastløshet). Vanlige tilleggssymptomer er nervøsitet, nedsatt konsentrasjon, usammenhengende tanker og tale, svimmelhet og dempet sultfølelse og søvnbehov.
- Virkninger som nedsatt kritisk sans, økt sjansetaking og redusert evne til å konsentrere seg om flere oppgaver samtidig, innebærer økt risiko for alvorlige ulykker, for eksempel i trafikken.
- Det sees økt puls, blodtrykk, raskere åndedrett og økt kroppstemperatur med påfølgende svetting. Pupillene blir ofte store.

- Den stimulerende virkningen på hjerte- og karsystemet gir en økt risiko for blant annet hjerneblødning, hjerteinfarkt og hjerterytmeforstyrrelser, noe som kan føre til dødsfall. Slik påvirkning på hjerte- og karsystemet er rapportert selv ved lave doser.
- Amfetamin/metamfetamin misbrukes ofte i intense perioder med hyppige inntak opptil flere dager i strekk. En slik periode innebærer vanligvis svært lite søvn og matinntak. Etter hvert vil ikke ytterligere stoffinntak gi økt ruseffekt, og det følger en fase preget av utmattelse og stort søvnbehov. I denne fasen gjennomgår mange psykiske plager som depresjon, panikkangst og forvirring.

Vanligvis oppstår det ikke sterke fysiske abstinenssymptomer etter avsluttet bruk, men verking i ledd og muskler, angst og søvnvansker er vanlig. Søvnforstyrrelsene kan vedvare seks til åtte uker etter avsluttet bruk.

Det finnes ingen motgift mot amfetaminliknende stoffer. Alvorlige tilstander som følge av amfetamin-/metamfetaminmisbruk må behandles i sykehus, det gjelder for eksempel akutt hjertesykdom, hjerneblødning, alvorlig forhøyet kroppstemperatur og psykoser.

5.1.4 Heroin - opioider

Opioider er en felles betegnelse på stoffer som binder seg til bestemte seter (opioidreseptorer) på celleoverflatene i kroppen. Gruppen opioider inkluderer stoffer som er direkte utvunnet fra opiumsvalmuen (opiater), derivater av slike, eller kunstig fremstilte stoffer med tilsvarende virkning. Opioider som morfin og kodein er hyppig brukt i medisinsk behandling av smerter. Men stoffene kan også misbrukes og føre til rusmiddelavhengighet. Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon. I medisinsk behandling benyttes også en rekke andre opioider (fentanyl, petidin m.fl.).

De stoffene som er framstilt for medisinsk bruk, selges oftest som kapsler, tabletter, suppositorier (stikkpiller), sirup eller injeksjonsløsninger. Vanligvis inntas disse stoffene ved intravenøs injeksjon eller gjennom munnen. Illegale opioider, som for eksempel heroin, sprøytes inn i blodåren (intravenøs injeksjon) etter at det er oppløst i en væske, men det kan også røykes eller sniffes. Opium røykes eller spises.

Opioidene har fellesvirkninger som er mer eller mindre tydelige, avhengig av inntaksmåte, dose, tilvenningsgrad og miljøet de inntas i. Virkningen vil også være forskjellig hos en som tar stoffet en enkelt gang, sammenlignet med en som tar stoffet gjentatte ganger. Virkningen av en dose heroin varer oftest noen timer. Den smertestillende virkningen dominerer dersom brukeren på forhånd har sterke smerter. Hvis man ikke har slike, vil stoffene først og fremst gi en følelse av rus og velvære. Videre kan virkninger som nedsatt evne til selvkritikk, likegyldighet og følelse av virkelighetsflukt være mer eller mindre framtreddende. Noen blir

mer rastløse, men andre blir trøtte. Kvalme, vannlatingsbesvær, forstoppelse, kløe og munntørrehet er vanlig. Pupillene blir små.

De fleste opioidene kan redusere den kritiske sansen og øke risikovilligheten, samt påvirke ferdighetene og reaksjonsevnen i forbindelse med bilkjøring og betjening av redskaper og maskiner. Etter langvarig og høyt forbruk vil misbrukere oftest bli preget fysisk og psykisk, komme i dårlig form, få nedsatt initiativ, og komme i følelsesmessig ubalanse. Videre vil man kunne pådra seg hudinfeksjoner på stikkstedene, og virusinfeksjoner som hepatitt (leverbetennelse) og HIV. Dette skjer blant annet på grunn av ureint brukerstyr, ødelagte blodårer m.m.

Toleransen (tilvenningen) for opioidenes virkninger kan utvikle seg raskt, i løpet av dager eller uker, men dette varierer fra person til person. Viktige faktorer for utvikling av toleranse er bl.a. størrelse på dosen og hvor ofte stoffet inntas. En som bruker opioider jevnlig, vil tåle høyere doser enn en som bruker slike stoffer av og til. Toleransen for høye doser kan avta raskt dersom man slutter med opioider.

De vanligste abstinenssymptomene ligner en influensa med følelse av ubehag, muskelverk og frysninger. Uro og rastløshet kan hos noen være mer eller mindre ledsaget av angstfølelse. I sjeldne tilfeller kan en få mer alvorlige symptomer som blodtrykksproblemer og diare/oppkast som varer mer enn to-tre dager.

Akutte overdoser behandles med "motgift" (opioidreseptor-antagonister) som har som mål å vekke opp "et utslått pustesenter". Bruk av slike medikamenter vil samtidig gi samme symptomer som ved en akutt abstinens, fordi motgiften tar plassen til rusmiddelet på reseptorene.

En langtidsmisbruker kan ha behov for rehabilitering over måneder og år, fordi mange fysiske og psykiske funksjoner har vært skadelidende.

5.1.5 Kokain

Kokain er et kraftig sentralstimulerende stoff og har virkninger som ligner de man får etter inntak av amfetamin. Kokabladenes virkninger har vært kjent i årtusener. Røyking, injisering og sniffing av sterke kokainforbindelser gir hurtig innsettende og kraftig rus, med stor fare for avhengighetsutvikling.

Kokainbruk startet allerede for 2000 år siden, da inkaene i Peru tygde bladene av kokaplanten i religiøse seremonier. I 1850-årene ble kokain isolert fra bladene og det ble tilsatt i vin og andre drikker, deriblant Coca Cola. Bruken økte, og i 1914 ble kokain klassifisert som narkotikum i USA. I dag brukes kokain i sjeldne tilfeller som bedøvelsesmiddel ved øre-nese-halsoperasjoner, men har ellers ingen medisinske bruksområder. Sniffing av kokain begynte rundt 1900. I dag dyrkes kokain særlig øst i Andesfjellene, først og fremst i Bolivia og Peru.

Kokain kan fremstilles syntetisk etter utvinning av virkestoffet fra kokablader. Store deler av kokainframstillingen skjer i Colombia. Mer enn 80 prosent av kokainhandelen i verden er i dag kontrollert av mafiaen i latinamerikanske land.

På gaten selges kokain i to former, som kokainklorid og som rene kokainkrystaller. Kokainklorid er oftest sterkt blandet ut, og pulveret er ofte klumpete. Det må derfor deles opp med et barberblad eller lignende før det ordnes i tynne rekker og sniffes. En ”stripe” vil vanligvis inneholde ca. 25 mg kokain. Kokainklorid omtales som coke, snow, flake eller blow.

Kokainkrystaller, oftest omtalt som crack, er rent kokain og er den kokainvarianten som gir størst fare for avhengighetsutvikling. Crack varmes opp i vannpipe eller i sigaretter. Via lungene når kokainet fra crack raskt fram til blodet og hjernen, noe som gjør at crack gir sterk beruselse.

Virkningen av kokain avhenger av inntaksmåte, mengde og brukerens tidligere erfaringer med stoffet. Kokainrusen er intens, men kortvarig, vanligvis 15-60 min. Røyking av crack gir en enda hurtigere beruselse, og rusen kan være sterkere enn ved sniffing, men avtar allerede etter ca 10 min. Ofte inntas flere doser i løpet av kort tid.

Små doser føles behagelig, gir en følelse av å være ovenpå og ha økt energi. Sult- og søvnbehov undertrykkes. Pupillene utvider seg. Hvis man øker dosene, får brukeren forsterket disse positive ruseffektene. Kokain har også effekter som oppleves som negative. Atferden kan bli bisarr og voldelig. De kroppslige virkningene kan være livstruende med høy puls, høyt blodtrykk, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteinfarkt og hjerneblødning. Kramper og økt kroppstemperatur kan også oppstå. De psykiske virkningene kommer først og fremst ved høyere doser; under rusen kan man få angstanfall og bli irritabel. I sjeldne tilfeller kan man få hallusinasjoner og vrangforestillinger. Først og fremst kan dette skje hvis man tar mange enkeltdoser over lengre tid. Ved gjentatt bruk kan man også oppleve psykiske bivirkninger i kjølvannet av rusen: Søvnløshet, angst, hyperaktivitet og irritabilitet. Brukere kan bli voldelige, og man kan få kraftige anfall med panikkangst eller paranoide psykoser (vrangforestillinger om at man er forfulgt). Tegn på regelmessig bruk er skjelvinger, rennende nese og eksem ved neseborene. Det kan oppstå hull i neseskilleveggen. Menn som bruker kokain regelmessig, kan utvikle impotens.

5.1.6 Ecstasy

Ecstasy brukes gjerne som betegnelse på en rusmiddelgruppe (fenetylaminer) som består av amfetamin-lignende stoffer med sentralstimulerende og hallusinogene virkninger. De viktigste stoffene i ecstasy-gruppen er MDMA (3,4-metylen-dioksi-metamfetamin), MDA (metylen-dioksi-amfetamin) og MDEA (metylen-dioksi-etylmetamfetamin). De er alle illegalt fremstilte syntetiske ”designer-drugs”.

Inntak gjennom munnen er den vanligste bruksmåten for ecstasy. En vanlig rusdose MDMA er på cirka 50-150 mg, men mengden virkestoff i en tablett kan variere betydelig. Stoffene kan også røykes, sniffes eller injiseres intravenøst, da de er vannløselige. Etter inntak gjennom munnen kommer rusvirkningen etter ca. 30 minutter og varer 4-8 timer.

Ved inntak av en vanlig brukerdose er den sentralstimulerende virkningen dominerende. Det inntreffer en følelse av oppstemthet, økt energi og redusert tidsfølelse. Appetitt og trøtthet reduseres. Sansene skjerpes og inntrykk oppleves ofte som positive. Hallusinasjoner (sansebedrag) oppstår sjelden ved lave doser, men ved økende doser vil de hallusinogene egenskapene bli mer dominerende, og risikoen for forvirringstilstander øker. Brukeren kan få syns- og hørselshallusinasjoner og forfølgelsestanker. En ubehagelig følelse av panikk og angst kan også forekomme. Dette kan resultere i ukontrollerte handlinger, og påfølgende alvorlige skader og dødsfall. Hjerterforstyrrelser og økt kroppstemperatur: De fysiske symptomene ved ecstasybruk er blant annet raskere puls, høyere blodtrykk, økt kroppstemperatur og muskelspenninger. Dette kan resultere i alvorlig opphetning, hjerterytmeforstyrrelse, hjerteinfarkt og hjerneblødning. Fysisk aktivitet bidrar også til økt kroppstemperatur og dehydrering, noe som øker risikoen for farlige virkninger ytterligere.

PMMA og PMA - ecstasylignende stoffer

PMMA (para-metoksymetamfetamin) og PMA (para-metoksyamfetamin) er sentralstimulerende rusmidler med lignende effekt som MDMA (ecstasy). Begge stoffene kan inntas i seg selv, men PMMA omdannes også i noen grad til PMA i kroppen etter inntak.

5.1.7 GHB

Gammahydroksybutyrat (GHB) finnes naturlig i kroppen i små mengder og er et signalstoff i hjernen. Stoffet er lett å fremstille og ble første gang fremstilt i 1960. GHB har tidligere vært benyttet som narkosemiddel, men ble på grunn av mangel på smertestillende virkning og uforutsigbare effekter erstattet av mer egnede medikamenter. I dag brukes GHB ved søvn sykdommen narkolepsi, som søvnfremkallende medikament og mot alkoholabstinens. I Norge kan legemiddelet Xyrem, som inneholder GHB, forskrives ved narkolepsi. GBL (gammabutyrolakton) og 1,4-butandiol omdannes raskt i kroppen til GHB, og misbrukes som rusmidler. Disse stoffene ble oppført på narkotikalistens fra 2010. GBL har noe kraftigere virkning enn GHB.

GHB kan forekomme som en fargeløs, luktfri væske med salt smak, men finnes også som pulver og i kapsler. GHB doseres vanligvis i bruskorker og drikkes, men kan også settes intravenøst. Løsninger som selges under betegnelsen GHB kan i tillegg inneholde GBL og 1,4-butandiol. En vanlig brukerdose er i størrelsesorden 0,5-5 gram GHB.

GHB er et dempende stoff med virkninger som likner alkohol. GHB kan fremkalle rus hvor brukeren føler seg oppstemt. Rusen inntreffer gjerne i løpet av 15-30 minutter. Inntak av GHB kan også føre til svimmelhet, hodepine, oppkast, muskelsvakhet, forvirring, kritikkløshet og trøtthet. I mer alvorlige tilfeller kan det inntre vrangforestillinger, kramper, hemmet pust og bevisstløshet. Karakteristisk for personer som er bevisstløse som følge av GHB inntak, er at de etter kort tid plutselig våkner opp. Dette kan forklares med at GHB skilles raskt ut fra kroppen. GHB kan være svært farlig å innta, fordi det er liten forskjell mellom doser som gir rus og doser som fører til bevisstløshet og død. Det finnes ingen spesifikk behandling for GHB-overdose.

5.1.8 Khat

Khatbladene inneholder amfetaminliknende stoffer. De er klassifisert som et forbudt narkotisk stoff i Norge. Khat inneholder de amfetaminliknende stoffene katinon, katin og norefedrin. Khat tygges oftest over tre-fire timer. Virkestoffene tas opp i blodet gjennom munnslimhinnen, i tillegg tas noe opp fra tarmen. Konsentrasjonen av katinon i blodet er høyest to timer etter at en har begynt å tygge. På samme måte som amfetamin, øker khat frisettingen av signalstoffer i hjernen. Det gir en følelse av velvære, mild oppstemthet, økt våkenhet, og at man føler seg mer energisk.

Khatbrukere blir pratsomme, men kan også få vrangforestillinger i form av stormannsgalskap med urealistiske tanker og visjoner om egne evner. Tygging av khat gir gjerne en følelse av opphøydhed, og man blir mindre bevisst tid og sted. Khattyggere kan lett provoseres til sinne eller latterutbrudd. I noen tilfeller kan khat utløse akutte psykoser, mani, hyperaktivitet, paranoide tanker og aggressivitet.

5.2 Lovgivning

De første norske lovene om narkotika – opiumsloven av 1913 og opiumsloven av 1928 var oppfølging av internasjonale konvensjoner (Haag-konvensjonen av 1912 og Genève-konvensjonen av 1925), og var i liten eller ingen grad resultat av problemer med narkotika i Norge. Målet med de to konvensjonene var å regulere den internasjonale produksjonen og distribusjon av narkotiske stoffer som opium, opiater, kokain og cannabis.

Heller ikke legemiddeloven av 1964 kan ses i lys av situasjonen i Norge, i og med at denne kom som følge av FNs narkotikakonvensjon (Singel Convention on narcotic drugs) av 1961. Dette kan synes noe merkelig all den tid Norge som et av de første landene i Europa, allerede i 1961 hadde etablert en egen narkotikaklinikk – Statens klinikk for narkomane på Hov i Land. Målgruppen her var imidlertid de såkalt klassiske narkomane – pasienter og helsepersonell med tilgang til morfin.

Inntoget av cannabis på midten av 1960-tallet skapte imidlertid mer eller mindre begrunnet panikk – og snøballen begynte å rulle. Legemiddeloven av 1964 kom som nevnt som oppfølging av FNs narkotikakonvensjon, og ble vedtatt før det «nye» narkotikaproblemet kom til Norge. I tråd med narkotikakonvensjonen var loven myntet på ulovlig besittelse og omsetning av narkotika, og inneholdt ingen eksplisitt bestemmelse om bruk. Forbud mot bruk ble imidlertid tatt inn i forskrift av 1965 og ble brukt som hjemmel for å idømme straff for bruk i de første narkotikasakene som kom opp for retten.

I 1966 ble så Straffelovrådet anmodet om å overveie spørsmålene om å heve strafferammene for ulovlig befatning med narkotika. Straffelovrådet avga sin innstilling i 1967. Av innstillingen framgår det med all mulig tydelighet en frykt for at det nye narkotikaproblemet skulle få forfeste, og at en derfor måtte ta i bruk harde virkemidler (Justis-og politidepartementet, 1967).

Om behovet for strafferettslige bestemmelser ble det sagt:

«I samfunnets kamp mot misbruk av narkotiske stoffer er det uomgjengelig behov for effektive straffesanksjoner. Det er utvilsomt nødvendig å ha strenge bestemmelser mot ulovlig innførsel og omsetning av narkotika. Men etter Straffelovrådets oppfatning er det også nødvendig at man som et ledd i kampen mot misbruket har adgang til å reagere med straff mot ulovlig besittelse og mot ulovlig bruk av narkotiske midler. Dette gjelder selv om forbud og straff i seg selv er utilstrekkelig til å løse vedkommendes personlige og sosiale problemer, og selv om det overfor mange misbrukere først og fremst vil være behov for hjelpe- og støttetiltak, og i flere tilfelle for et kurativt påvirkningsarbeid.»

Vi ser her at Straffelovrådet vurderte det som nødvendig med en lovbestemt straffebestemmelse mot ulovlig bruk av narkotika.

Legemiddeloven av 1964 ga en øvre strafferamme på inntil to år for det som ble sett på som alvorlige narkotikaforbrytelser, dvs. ulovlig besittelse og omsetning av større kvanta. Straffelovrådet pekte på at det kunne være personer som ikke vil sky noen midler for å utnytte det at enkelte etterspør narkotika. Det framholdes derfor at en maksimumsstraff på to års fengsel er for lavt:

«Ulovlig innførsel og omsetning av narkotiske stoffer bør kunne møtes med strenge straffereaksjoner. I mange land har en erfart at storsmuglingen og hovedomsetningen av narkotika foretas av personer som uten skånsel utnytter andres trang til å skaffe seg disse stoffer. Man må regne med at det også her i landet vil bli søkt opparbeidet et marked for narkotiske stoffer, hvor smuglere og selgere vil søke å utnytte etterspørselen etter disse stoffer til egen vinning – uten hensyn til de skader som på denne måten tilføyes andre mennesker. Mange av forholdene med smugling og omsetning kan være så vidt graverende og grove at

maksimumsstraff på 2 år (legemiddeloven) må anses å være vesentlig for lav. Sterke grunner kan således anføres for en heving av lovens någjeldende maksimumsstraff.»

Straffelovrådet var imidlertid ikke bare opptatt av at straffebestemmelsene skulle ramme brukere av narkotika og de som spekulerte i økonomisk gevinst gjennom smugling og salg. En var også opptatt av at lovbestemmelser mot narkotika skulle ha en allmennpreventiv effekt ved å forhindre potensielle brukere i å prøve slike stoffer:

«Straffebud mot uhjemlet besittelse og uberettiget bruk av narkotika kan virke med til å forme almenhetens innstilling til slike giftstoffer og til å prege almenhetens atferd på dette området. Denne moral- og vanedannende virkning må anses å ha særlig betydning i en tid da bruk av slike midler blir mer alminnelig kjent enn før og appellerer til nyfikenhet og interesse, ikke minst blant ungdom. Den omstendighet at uberettiget bruk er straffbart, må også antas å virke avskrekkende overfor en del av dem som ellers kan tenkes å ville innlate seg på misbruk av narkotika. Man antar derfor at en straffetrussel i noen grad vil kunne bidra til å begrense uhjemlet besittelse og misbruk av narkotika..»

Ved Stortingets behandling av Straffelovrådets innstilling ble det ut fra dette tilføyd en § 162 i straffeloven om det som betegnes som alvorlige narkotikaforbrytelser – med en øvre strafferamme på 6 år. Samtidig ble forbud om bruk av narkotika tatt inn i legemiddeloven (Ot. prp. nr. 46 (1967-68)).

Den øvre strafferammen for alvorlige narkotikaforbrytelse (straffeloven § 162) ble allerede i 1972 hevet til 10 år (Ot. prp. nr 5 (1971.72)). Det ble understreket i lovproposisjonen at narkotikaforbrytelser av profesjonell karakter må betraktes som noen av de alvorligste forbrytelser i vårt samfunn. Målet med å forhøye strafferammen var å ramme profesjonelle narkotikaforbrytere ved å gjøre det mindre attraktivt å søke et marked i Norge. Det ble understreket at forhøyelsen tok sikte på å ramme profesjonelle narkotikaforbrytere. En forhøyelse skulle ikke ha betydning for straffene overfor de rene brukere, som mer ble betraktet som ofre enn gjerningsmenn. Det ble framholdt at disse ikke ble rammet av straffeloven § 162 men av de mildere bestemmelser i legemiddeloven. Selv om også bruk av narkotika skulle gi grunnlag for straff, ser vi her at det først og fremst var de som innfører og omsetter narkotika en ønsket å ramme.

Strafferammen ble ytterligere hevet til 15 år fra 1981 (Ot. prp. nr 62 (1980-81)) og til 21 år fra 1984, noe som er lovens strengeste straff i Norge (Ot.prp. nr 23 (1983.84)).

Tabell 5.1: Lover som omhandler narkotika («utvikling»)

1913	• Opiumsloven (Bakgrunn i Haag-konvensjonen)
1928	• Ny opiumslov (Bakgrunn i Genève-konvensjonen)
1964	• Legemiddeloven vedtatt (Bakgrunn i Single Convention): • Kap VI Narkotika m.v. • Befatning med narkotika kunne gi bøter, ev. 3 md. fengsel. • Mer alvorlige brudd: 2 års fengsel.
1968	• Forbud mot bruk inn i legemiddeloven • Straffeloven § 162: maksimumsstraff 6 års fengsel.
1972	• Straffeloven § 162: maksimumsstraff 10 års fengsel
1981	• Straffeloven § 162: maksimumsstraff 15 års fengsel.
1984	• Straffeloven § 162: maksimumsstraff 21 år. • Legemiddeloven: bruk/besittelse eget bruk: bøter, ev. 6 mnd fengsel. Bestemmelsen om mer alvorlige narkotikalovbrudd (2 års fengsel) flyttes til straffeloven.
1992	• Ny legemiddelov. Ingen endringer mht. narkotika

5.3 Narkotikamarkedet

Vi har av naturlige grunner ikke registerdata om omsetning av narkotika slik vi har for alkohol, tobakk og legemidler som er forskrevet av lege. Vi må derfor bruke andre datakilder for å beskrive narkotikamarkedet. En viktig kilde er politiets og tollvesenets beslag av ulike stoffer. Andre aktuelle kilder er spørreundersøkelser om opplevd tilgjengelighet og prisutvikling for ulike stoffer. Etter hvert framstår også informasjon fra ulike internetsider som en viktig datakilde. Dette gjelder først og fremst når vi skal prøve å beskrive markedet for nye syntetiske stoffer.

Et viktig kjennetegn ved narkotikamarkedet er at det er internasjonalt. Narkotikaøkonomien er svært omfattende og nært forbundet med voldskriminalitet. Mesteparten av produksjonen foregår i Sørøst-Asia (heroin), Latin-Amerika (kokain), Nord-Afrika (cannabis) og smugles

videre til mottakerland. Det produseres imidlertid også cannabis i Europa. Syntetiske stoffer som for eksempel amfetaminer, produseres for en stor del i Europa. EMCDDA i samarbeid med EUROPOL kom i 2013 med en analyse av utviklingen i det europeiske narkotikamarkedet der de trekker opp følgende hovedpunkter (EMCDDA & EUROPOL 2013):

- Det foregår en økende sammenblanding av markedet for heroin, kokain, cannabis og syntetiske stoffer.
- Det oppstår nye smuglerruter ved at narkotikaen går gjennom flere ledd/kanaler og en økende bruk av ordinære transportmidler.
- Den organiserte kriminaliteten tar i bruk nye metoder for å utnytte mulighetene i et mer globalt og flytende narkotikamarked.
- Globalisering er en nøkkel for forandringer, og påvirker så vel strømmen av narkotika, tilgjengeligheten og etterspørselen, og fører til et stadig mer dynamisk og bevegelig narkotikamarked.
- Internett er i ferd med å utvikle seg til en online markeds plass, og bidrar til den raske globale spredningen av nye trender ved å gjøre kommunikasjonen enklere, og gi tilgang til kunnskap, ekspertise og logistikk.
- Økende etterspørsel etter narkotika i produsentlandene i Afrika, Asia og Latin-Amerika påvirker strømmen av narkotika inn og ut av Europa.
- Europa er en viktig kilde for kunnskap, ekspertise og produksjon av syntetiske stoffer og cannabis.
- Betydningen av ny teknologi i produksjonsutvikling som kilde for ikke-kontrollerte kjemikalier og produksjon og markedsføring av nye psykoaktive substanser.
- Heroinproblemet framstår fortsatt som viktig, men en kombinasjon av tiltak med sikte på redusert tilførsel og etterspørsel synes å bidra til en nedgang.
- Sentralstimulerende stoffer synes å få økt betydning ved at de opererer på et marked der brukerne ofte bruker stoffene om hverandre.
- Nye stoffer, som for eksempel syntetiske cannabinoider, kommer inn på markedet.
- Cannabismarkedet karakteriseres av stor etterspørsel og bredde i produkter, produsenter og forsyningskilder. Innenlandsproduksjon øker i betydning og har forbindelser til volds- og annen kriminalitet.

5.3.1 Beslag

Beslag av narkotika gjøres både av politiet og tollvesenet. Mens beslag ved grenseoverganger (f eks Svinesund, utenlandsferjer, postforsendelser fra utlandet, flyplasser) stort sett gjøres av tollvesenet, vil det som regel være politiet som står for beslagene innenlands (f. eks. gatebeslag). Store enkeltbeslag vil ofte være resultat av lengre etterretnings- og etterforskningsarbeid i et samarbeid mellom tollvesen og politi. Dette er et samarbeid som foregår så vel nasjonalt som internasjonalt. De fleste beslag omfatter imidlertid mindre mengder. Hvor mange beslag som gjøres i et gitt år vil blant annet være et resultat av innsats og prioriteringer. Endringer som må antas å påvirke antall beslag, er eksempelvis bedre teknisk utstyr ved etterretning/etterforskning, nye etterforskningsmetoder og økt bruk av narkotikahunder.

Kriminalpolitisen - Kripos - samordner registreringen av alle beslag av narkotika fra politi og toll. Dette for å unngå dobbelttelling i beslag der både politi og tollvesen er involvert. Beslag som gjøres i fengslene og forsvaret inngår også i oversikten om narkotikabeslag som kommer fra Kripos. Den forteller hva og hvor mye narkotika som årlig beslaglegges. Antall beslag er definert ut fra hvor mange ganger en type stoff er registrert. Det kan med andre ord registreres flere beslag i en og samme sak hvis det beslaglegges flere typer stoff.

Tabell 5.2: Definisjoner fra Kripos mht. beslag

Sak	Journalført oppdrag mottatt ved Kripos. Dette korrelerer normalt ikke med antall saker slik det framkommer fra SSB i om antall anmeldelser. Saksantallet ved Kripos vil være uavhengig av den påtalemessige bruk av begrepene bruk, besittelse, oppbevaring, omsetning og innførsel. Antall anmeldelser slik det framkommer fra SSB, er derfor omkring det dobbelte av antall saker som registreres ved Kripos.
Beslag	I en sak kan det ofte være flere beslag. Det kan dreie seg om ulike stofftyper, eller at beslagene er gjort på forskjellige steder og på ulike tidspunkt. Delpakninger med en og samme stofftype regnes derimot som ett beslag dersom beslagene er gjort på samme tid og samme sted.
Mengde	For doping- og legemidler oppgis mengden i antall medisinske doser (f eks tabletter), mens det for ecstasy og LSD oppgis antall «rusdoser» (tabletter eller andre enheter). For GHB/GBL oppgis mengden i liter, og for øvrige stofftyper i gram eller kilo.

Kilde: Kripos

Beslagsdata er basert på verifiserte analyseresultater til bruk i ordinære straffesaker og opplysninger fra politidistriktene når narkotikasakene er avgjort med forelegg eller ved tilståelsesdommer. Ved tilståelsesdommer er sakene avgjort uten at beslagene er testet ved laboratoriet, men det er vanligvis gitt relevante opplysninger om hvilke stoffer det mest

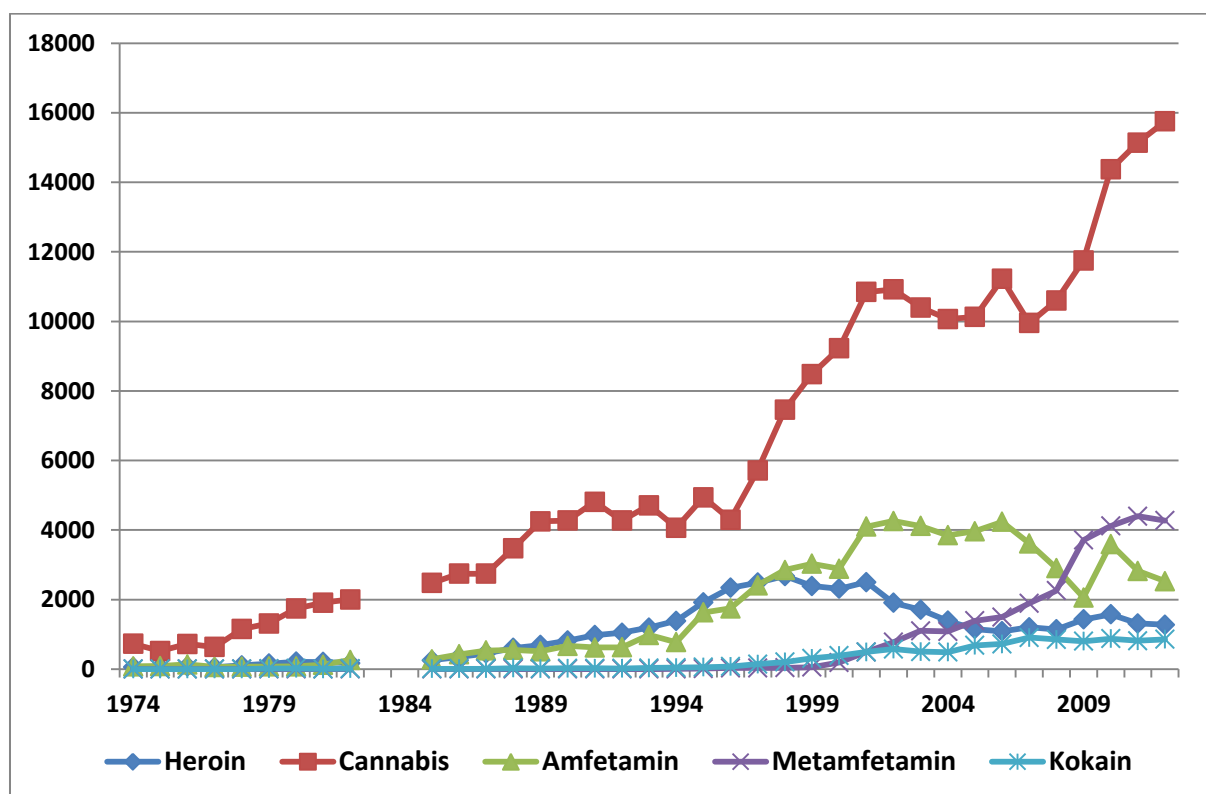
sannsynlig kan være. Noen av disse beslagene kan skjule andre stofftyper enn det som er gitt i forklaringene. Det kan eksempelvis dreie seg om hvorvidt det er «vanlig» amfetamin eller metamfetamin/andre pulverstoffer. Et annet eksempel kan være såkalte «ecstasytabletter» som langt fra alltid inneholder MDMA, men kan dreie seg om analoge stoffer. Tall for disse stoffgruppene er derfor dels basert på verifiserte resultater, dels på beregninger ut fra erfaringen Kripos har om fordeling mellom de ulike typene. Selv om det er de tradisjonelle stoffene som dominerer markedet, dukker det stadig opp beslag med nye syntetiske stoffer. Ifølge Kripos er det i løpet av de siste tre årene påvist oppimot 70 slik nye stoffer.

I de første årene etter at narkotika oppsto som et problem på midten av 1960-tallet, var det først og fremst *cannabis* som ble beslaglagt. Selv om det etter hvert kom andre stoffer i omløp, står cannabis fremdeles for en vesentlig del av narkotikabeslagene, og utgjorde i 2012 vel en tredjedel. Hvilke cannabisprodukter som beslaglegges ser imidlertid ut til å ha endret seg noe. Mens antall hasjbeslag i de senere år har vært relativt stabilt, har det vært en økning i beslag av marihuana og cannabisplanter. Tidlig på 2000-tallet utgjorde hasj omkring 90 prosent av cannabisbeslagene, men var i 2012 redusert til 70 prosent, mens marihuana/cannabisplanter utgjorde 30 prosent. I følge Kripos kan denne utviklingen trolig tilskrives økt innenlands cannabisproduksjon. Hasjen som beslaglegges i Norge kommer i hovedsak fra Marokko. Hasjen smugles fra Nord Afrika via Sør-Spania og Nederland. Mye av marihuanaen som beslaglegges kommer fra Nederland og Tsjekkia.

Figur 5.1 gir viser utviklingen i *antall* beslag av heroin, cannabis, amfetaminer og kokain fra 1974 fram til 2012. For cannabis har det stort sett vært en jevn økning fra 5-700 på midten av 1970-tallet til 10-14 000 i årene etter årtusenskiftet. Ser vi på utvikling i hvor *mye* cannabis som er beslaglagt, har det også vært en mer eller mindre jevn økning, selv om det her er tydelige variasjoner fra ett år til et annet. Et år som her skiller seg ut er 1995, med en beslaglagt mengde på nesten 20 tonn. Dette kan tilskrives to store enkeltbeslag på henholdsvis 18 og 1,2 tonn. Beslaget på 18 tonn var i følge Kripos ikke ment for det norske markedet. I 2012 ble det gjort beslag av cannabis i alle landets 27 politidistrikt.

De første beslagene av **syntetiske cannabinoider** ble gjort i 2008 og 2009, med ett beslag hvert år. I 2010 ble det gjort ni beslag av slike stoffer, og i 2011 og 2012 økte antallet til henholdsvis 186 og 262. Beslaglagt mengde syntetiske cannabinoider i 2011 var hele 10,4 kilo, mens det i 2012 var 5,9 kilo.

Figur 5.1: Antall beslag av heroin, cannabis, amfetamin, metamfetamin og kokain 1974-2011 (Vedleggstabell 5.1)



Kilde: Kripas

Vedleggstabell 5.1 viser grunnlagstallene for figur 5.1 *Antall* beslag av heroin, cannabis, amfetamin, metamfetamin og kokain, mens beslaglagt *mengde* av de samme stoffene framgår av vedleggstabell 5.2 Beslaglagt mengde heroin, kokain, cannabis, amfetamin, metamfetamin.

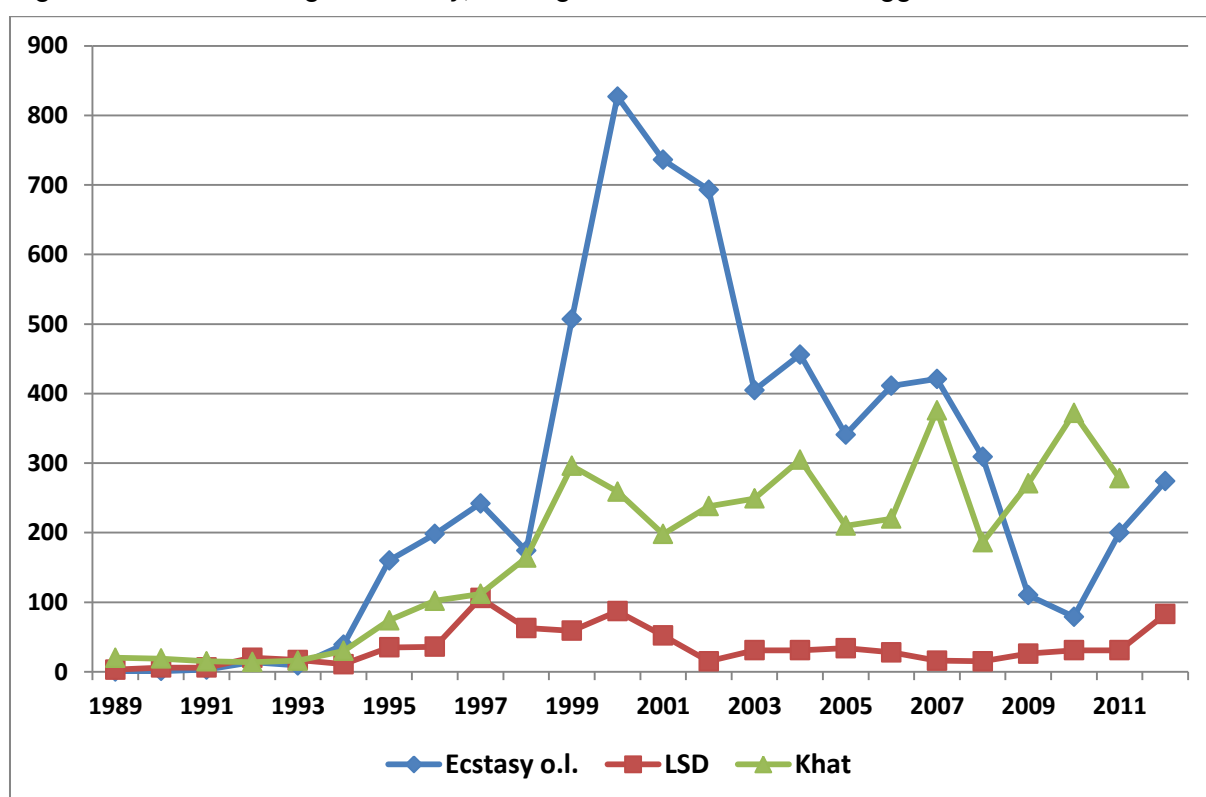
Som det framgår av figur 5.1 var det en jevn økning i antall beslag av «vanlig» *amfetamin* fram til begynnelsen av 2000-tallet, mens det deretter, med unntak av enkelte år, har vært en nedgang. Samtidig har det imidlertid vært en stor økning i antall beslag av *metamfetamin*. Informasjon fra behandling og spørreundersøkelser tilsier imidlertid at brukere av amfetaminer ikke vet om stoffet de inntar er «vanlig» amfetamin eller metamfetamin, noe som indikerer at det i Norge ikke er et eget marked for metamfetamin på tross av de mange beslagene. Når det gjelder hvor mye amfetamin/metamfetamin som er beslaglagt, har det etter tusenårsskiftet jevnt over vært en langt større mengde enn i tidligere år, selv om det har variert noe fra år til år.

Ser vi på beslagsutviklingen for *heroin*, er det stort sett gjort færre beslag etter tusenårsskiftet sammenlignet med 1990-årene (figur 5.1). Samtidig har det vært til dels store variasjoner i hvor mye heroin som beslaglegges fra år til år. Når det gjelder *kokain* er det gjort langt flere

beslag på 2000-tallet enn i tidligere år. Det har imidlertid vært store variasjoner fra ett år til et annet i hvor mye som er beslaglagt.

Ser vi på beslagsutviklingen for andre stoffer, finner vi at det i de senere år har vært langt færre beslag av *ecstasy* enn tilfellet var rundt årtusenskiftet og de etterfølgende år (figur 5.2/vedleggstabell 5.3). Det samme gjelder for hvor mye *ecstasy* som er beslaglagt (vedleggstabell 5.4). Mens det i flere år ble gjort omkring 15-30 beslag av *LSD*, økte antallet til 83 i 2012. Når det gjelder *GHB/GBL* har det i de senere år vært en jevn økning i antall beslag, mens det har vært noe variasjon i beslaglagt mengde. For Khat har det vært noe variasjon fra år til år, både for hvor mange beslag som er gjort og hvor mye som er beslaglagt.

Figur 5.2: Antall beslag av ecstasy, LSD og Khat 1989-2012 (Vedleggstabell 5.3)



Kilde: Kripos

5.4 Spørreundersøkelser

På samme måte som for alkohol og tobakk har SIRUS foretatt spørreskjemaundersøkelser for å få kunnskap om bruk av de forskjellige substansene i ulike deler av befolkningen.

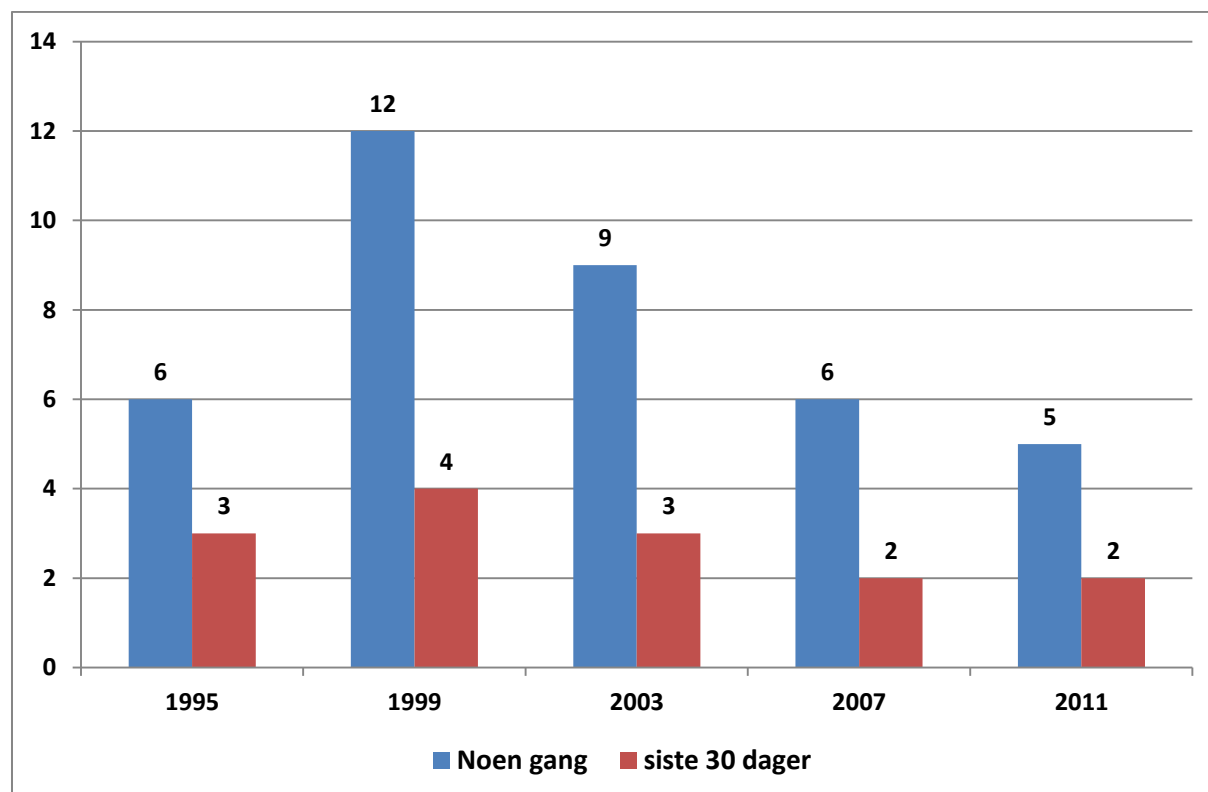
5.4.1 Ungdom 15-16 åringer- ESPAD

Som allerede nevnt er cannabis det mest brukte narkotiske stoffet i så vel Norge som i resten av den vestlige verden. Data fra den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen, ESPAD, viser at det var en klar økning fra 1995 til 1999 i andelen 15-16 åringer som oppga at

de hadde brukt cannabis *noen gang*, men at det så har vært en jevn nedgang i de påfølgende undersøkelsesårene (figur 5.3). Mens det i 1999 var 12 prosent som oppga at de hadde brukt cannabis *noen gang*, var denne andelen sunket til fem prosent i 2011. Andelen som rapporterte at de hadde brukt stoffet i løpet av *de siste 30 dagene*, var naturlig nok lavere. Dette indikerer at mange av de som prøver hasj eller marihuana, ikke går over til å bruke stoffet regelmessig, men bare bruker det én eller noen få ganger. Av de fem prosentene som i 2011-undersøkelsen oppga at de hadde brukt cannabis *noen gang*, hadde eksempelvis litt over halvparten bare brukt hasj eller marihuana én eller to ganger. Utviklingen for bruk i løpet av *siste 30 dager* var imidlertid den samme som for bruk *noen gang*, med en økning fra 1995 til 1999, og deretter en nedgang. I 1999-undersøkelsen oppga således fire prosent at de hadde brukt cannabis i løpet av den siste måneden, mens den tilsvarende andelen i 2011 var to prosent. Det framkom ingen vesentlige kjønnsforskjeller, verken når det gjaldt bruk *noen gang*, eller bruk i løpet av *de siste 30 dager*.

Nedgang i andel unge som oppgir å ha brukt cannabis, er en utvikling vi også ser i andre undersøkelser. Eksempelvis viser en undersøkelse blant unge i Oslo en nedgang i andelen som oppgir å ha brukt hasj/marihuana fra 13 prosent i 1996 til ni prosent i 2006 og 2012 (Øia 2012).

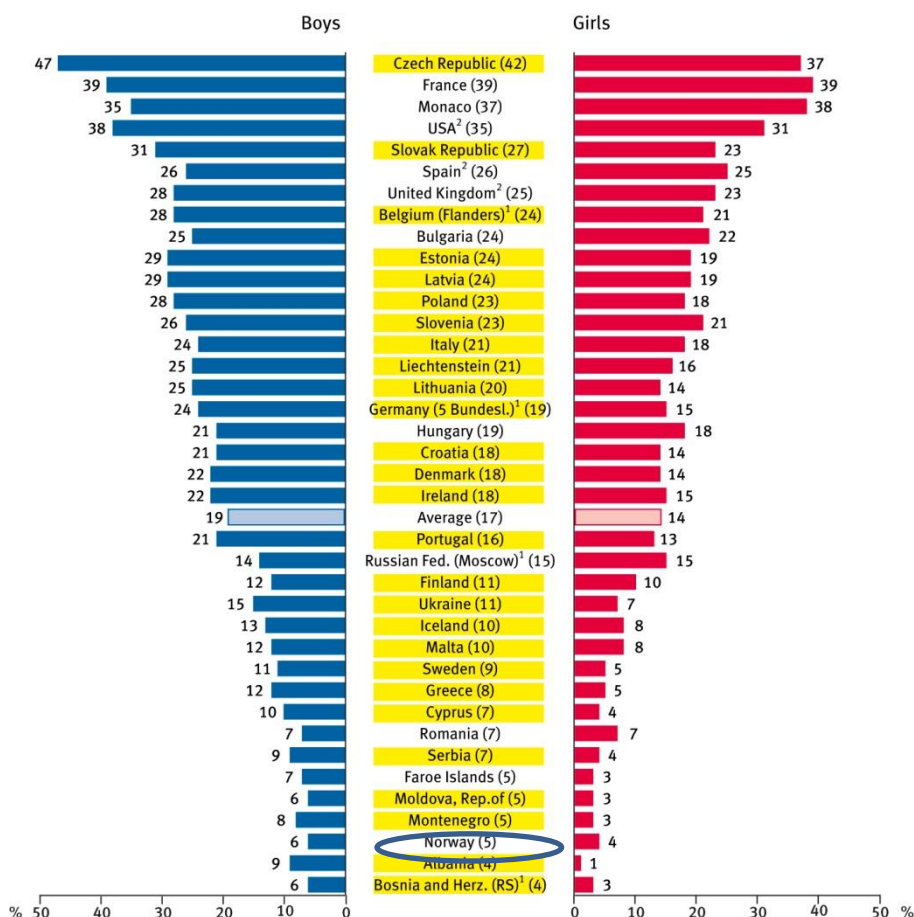
Figur 5.3: Andel 15-16-åringer som har brukt cannabis noen gang og i løpet av siste 30 dager 1995-2011



Kilde: SIRUS

Figur 5.4 viser andelen 15-16 åringer i ulike europeiske land som i 2011-undersøkelsen oppgir å ha brukt cannabis noen gang. Her ser vi at norske ungdommer befinner seg i det helt nedre sjiktet sammenlignet med andre land i Europa. Mens det i land som Tsjekkia og Frankrike var omkring 40 prosent som oppgir å ha brukt cannabis, var andelen i Norge fem prosent.

Figur 5.4: Andel 15-16-åringer i ulike europeiske land som har brukt cannabis



Kilde: Hibell et al. (2012).

Når det gjelder bruk av andre narkotiske stoffer enn cannabis, er det få 15-16 åringer som oppgir å ha slik erfaring. I 2011-undersøkelsen var det omkring to prosent som oppga slik bruk.

5.4.2 Befolkningsundersøkelse 16-64 år

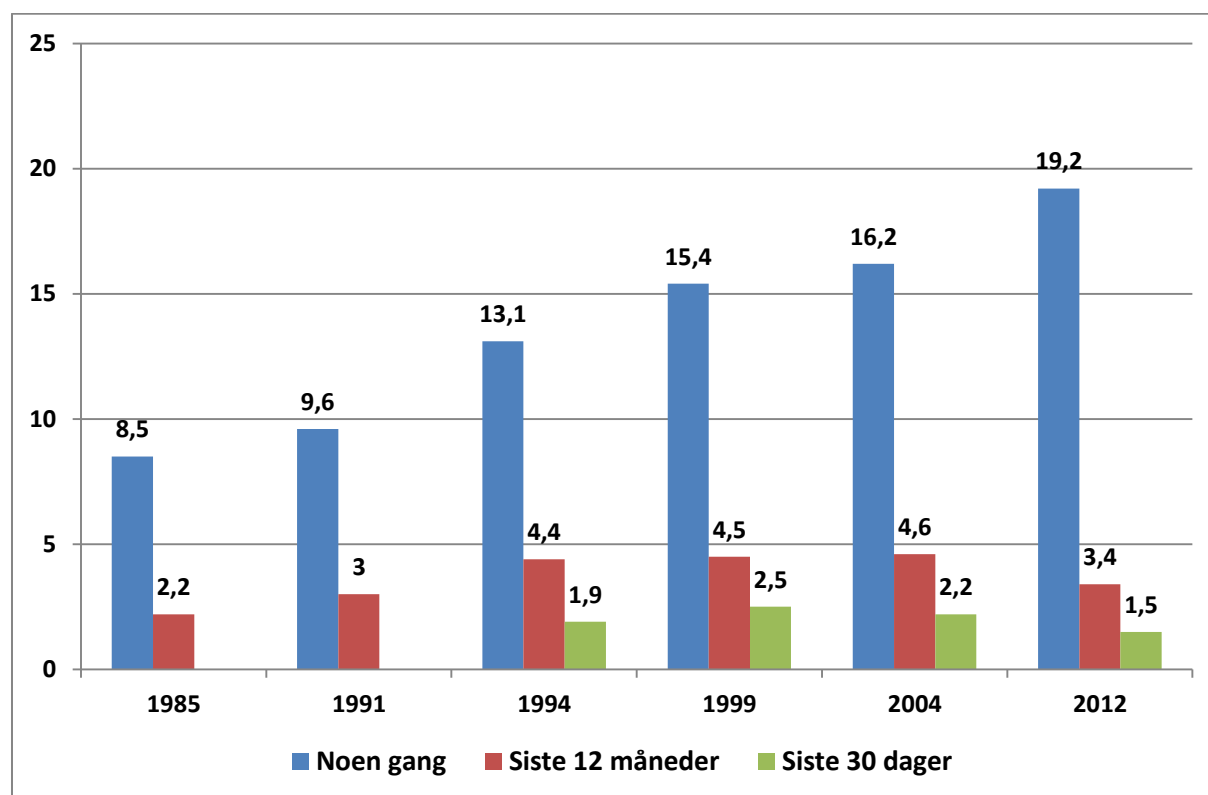
Det foreligger også data om bruk av cannabis fra de regelmessige spørreundersøkelsene i regi av SIRUS om bruk av rusmidler. Selv om de tidligere undersøkelsene har vært gjennomført

på en annen måte enn den som ble foretatt i 2012, er metodene og spørsmålsstillingene såpass nær at vi mener å kunne bruke resultatene fra de tidligere undersøkelsene for å se på utvikling. Andelen som oppgir å ha brukt cannabis én eller flere ganger hittil i livet har økt jevnlig helt siden 80-tallet, fra 8,5 prosent i 1985 til vel 19 prosent i 2012, se figur 5.5. Dette kan tilskrives en såkalt kohorteffekt ved at cannabisbruk startet blant ungdom og unge voksne på 1960-tallet, og de fleste av disse har ennå ikke passert 65 år. Ettersom stadig nye personer prøver cannabis, vil også andelen som har prøvd stoffet *noen gang*, dermed øke.

Andelen som oppgir å ha brukt cannabis *siste år* og *siste 4 uker*, er naturlig nok langt lavere enn for bruk *noen gang*. I 2012 var det således 3,4 prosent som oppga bruk i løpet av *siste 12 måneder*, og 1,5 prosent i løpet av *siste 4 uker*. Det kan se ut som en mindre andel hadde brukt cannabis *siste år* og *siste 4 uker* i 2012 enn i 2004, men forskjellen er ikke større enn at den kan skyldes tilfeldigheter.

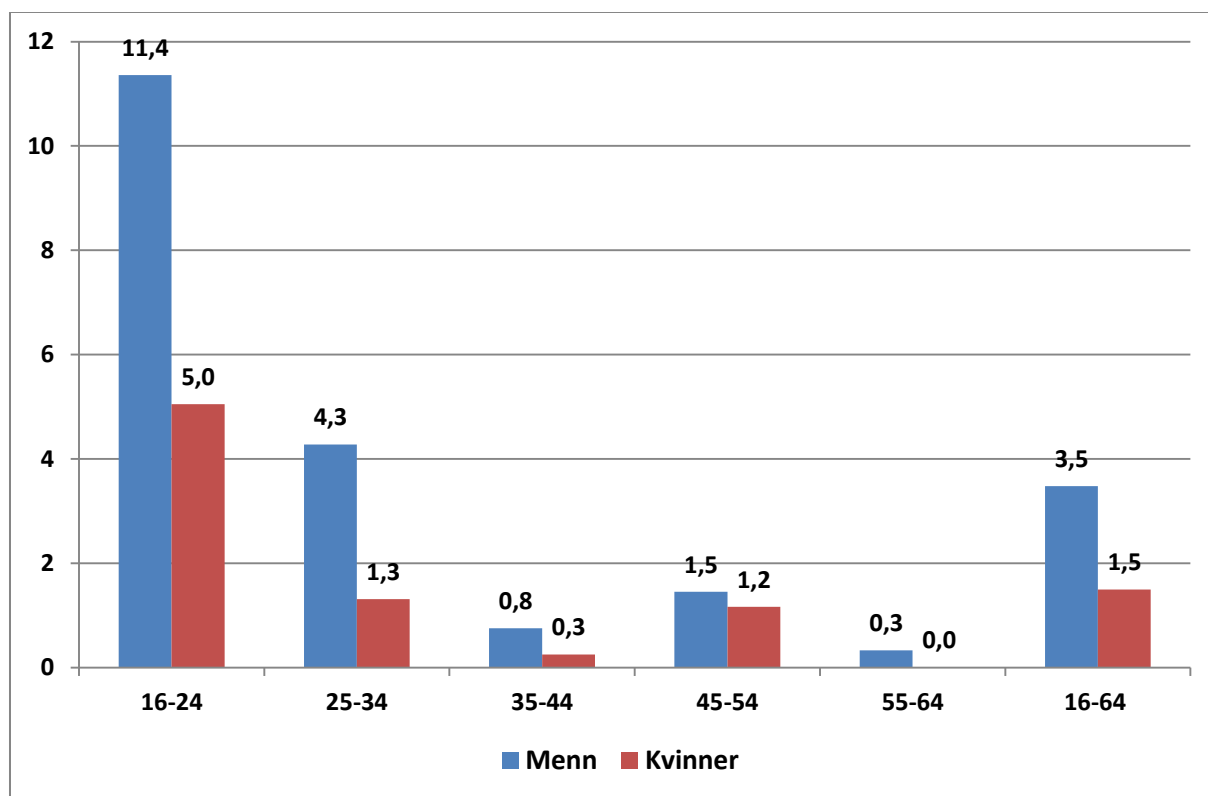
I 2012-undersøkelsen var det en større andel menn enn kvinner som oppga bruk av cannabis. Dette gjaldt både for bruk *noen gang*, i løpet av siste 12 måneder og *siste 4 uker*. Det var også en større andel blant de under 35 år enn de som var eldre når det gjaldt bruk i løpet av *siste 12 måneder* og *siste 4 uker* (figur 5.6).

Figur 5.5: Andel i alderen 16-64 år som har brukt cannabis noen gang, siste 12 måneder og siste 4 uker. 1985-2012



Kilde: Bye et al. 2013

Figur 5.6: Andel i ulike aldersgrupper av befolkningen 16-64 år som har brukt cannabis siste 12 måneder og siste 4 uker, 2012



Kilde: Bye et al. 2013

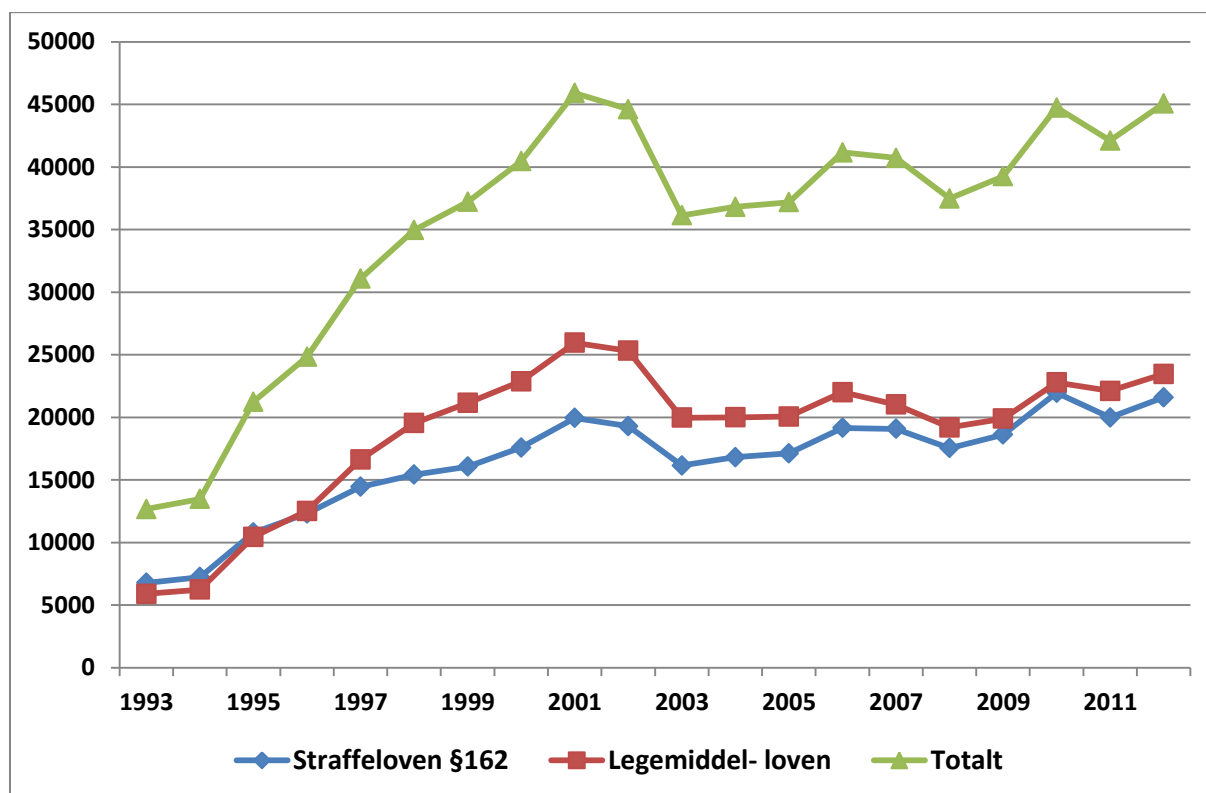
Av de som hadde brukt cannabis, hadde noe over halvparten (55 prosent) brukt stoffer 1-5 ganger, mens 14 prosent oppga å ha brukt mer enn 50 ganger.

5.5 Narkotikalovbrudd

Kriminalstatistikken fra Statistisk sentralbyrå gir oversikt over antall anmeldte, antall etterforskede, antall siktede og antall reaksjoner for narkotikalovbrudd. En må her være oppmerksom på at dette er det som kalles «lovbrudd uten offer», i den forstand at det sjelden eller aldri er lovbrudd der anmeldelser kommer fra allmennheten. Det vil derfor være innsatsen fra politi og tollvesen som avgjør hvor mange lovbrudd som anmeldes, etterforskes og fører til straffereaksjoner. Forskjeller fra ett år til et annet vil derfor til en viss grad kunne ha sammenheng med kontrollinnsats, slik at det ikke nødvendigvis avspeiler forskjeller i det faktiske antall narkotikalovbrudd.

Figur 5.7 viser utviklingen i antall anmeldte narkotikalovbrudd gjennom de siste 20 år. Som det framgår økte antall slike lovbrudd dramatisk i løpet av 1990-tallet, mens det etter årtusenskiftet har vært mer eller mindre stabilt. Vi ser også at det i de senere år har vært en tilnærmet lik fordeling mellom anmeldte brudd på straffeloven § 162 og narkotikabestemmelsene i legemiddeloven.

Figur 5.7 Anmeldte narkotikalovbrudd, 1993-2012 (Vedleggstabell 5.5)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Utviklingen i etterforskede lovbrudd og siktede for narkotikalovbrudd framgår av vedleggstabell 5.6. Etter tusenårsskiftet har antall etterforskede narkotikalovbrudd vært mer eller mindre stabilt, mens det i de siste par årene har vært en økning i antall siktede personer.

Tabell 5.3 viser antall kvinner og menn og antall i ulike aldersgrupper som ble siktet for narkotikalovbrudd i 2011. Som det framgår var mer enn $\frac{3}{4}$ i alderen 18 – 39 år, både av de som var siktet for brudd på straffeloven § 162 (alvorlige narkotikaforbrytelser) og de som var siktet for brudd for narkotikabestemmelsene i legemiddeloven (mindre alvorlige narkotikalovbrudd). Det kan være verd å merke seg at det var et ikke ubetydelig antall barn/unge under 18 år som i 2011 ble siktet for narkotikalovbrudd, de fleste etter brudd på legemiddeloven. Videre framgår det at 14 prosent av de som ble siktet etter brudd på straffeloven § 162 var kvinner, mens det gjaldt 21 prosent av de som ble straffet etter brudd på narkotikabestemmelsene i legemiddeloven.

Tabell 5.3: Antall kvinner og menn og i ulike aldersgrupper siktet * for narkotikalovbrudd, 2011

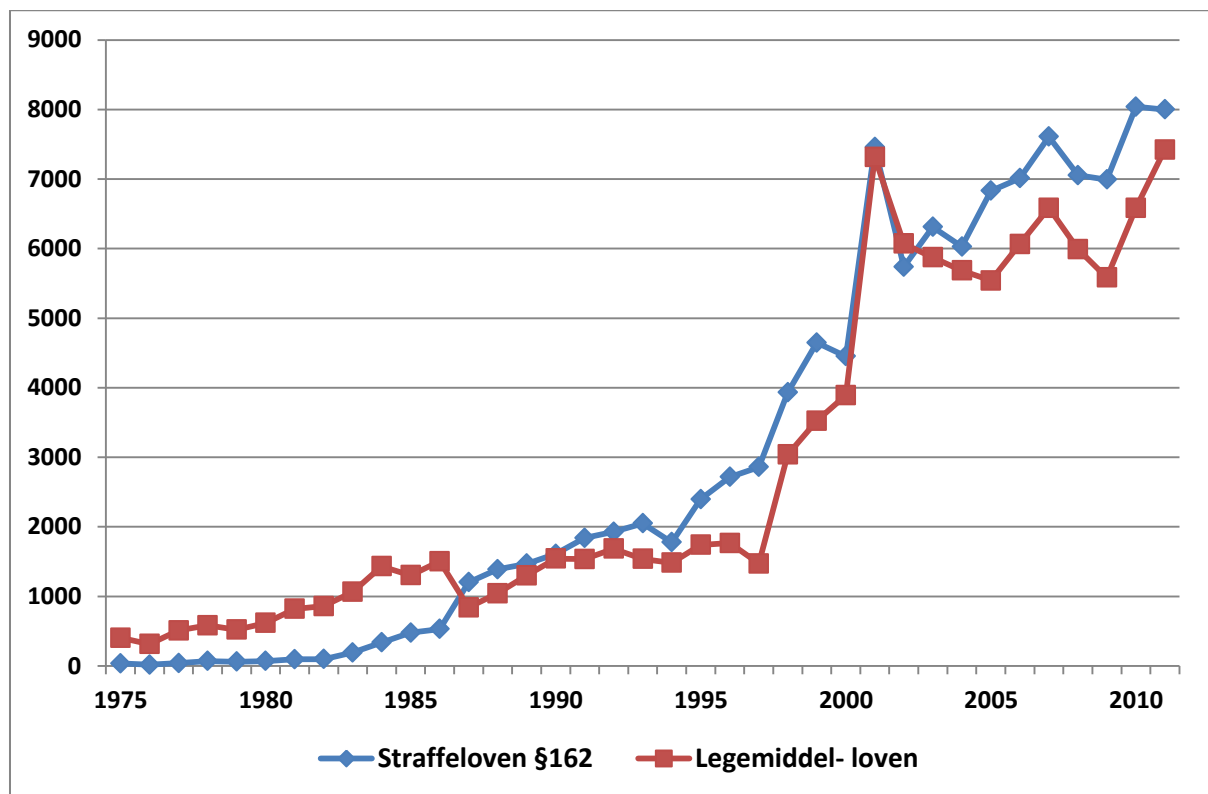
	Straffeloven §162	Prosent	Legemiddeloven	Prosent
Menn	6 579	86,1	4 169	79,2
Kvinner	1 064	13,9	1 098	20,8
Totalt	7 643	100	5 267	100
Alder				
-14	15	0,2	42	0,8
15 – 17	224	2,9	470	8,9
18 – 20	922	12,1	1 092	20,7
21 – 24	1 464	19,2	1 158	22,0
25 – 29	1462	19,1	943	17,9
30 – 39	1978	25,9	915	17,4
40 – 59	1525	19,9	637	12,1
60 +	53	0,7	10	0,3
Totalt (Total)	7 643	100	5 267	100

* Antall siktede er antall forskjellige personer med narkotikaforbrytelse som hovedlovbrudd, ved avsluttet etterforskning

Kilde: SSB

Figur 5.8 viser utviklingen i reaksjoner for narkotikalovbrudd gjennom mer enn 40 år. Etter en jevn økning fram til omkring tusenårsskiftet, har antallet slike reaksjoner vært mer stabil i de senere år. Som vi ser av tabell 5.3 var det 12 910 personer som i 2011 ble siktet for narkotikalovbrudd. Det samme året ble det idømt 15 424 reaksjoner for slike lovbrudd (vedleggstabell 5.7). Det er med andre ord et ikke ubetydelig antall personer som har blitt idømt flere straffereaksjoner for narkotikalovbrudd dette året.

Figur 5.8 Reaksjoner for narkotikalovbrudd 1975-2011 (Vedleggstabell 5.7)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Som nevnt i kapittel 2 er det straffbart å kjøre bil eller føre annet motorkjøretøy i påvirket tilstand. Når det gjelder narkotiske stoffer, ble det i 2012 satt faste grenseverdier tilsvarende 0,2 promille for 20 narkotiske stoffer/rusgivende legemidler. Vedleggstabell 5.8 viser hvilke stoffer som er påvist i prøver fra bilførere. I de senere år er det cannabis, amfetamin, metamfetamin, klonezepan (benzodiazepin) og diazepam (benzodiazepan) som er påvist i flest prøver.

5.6 Narkotikadødsfall

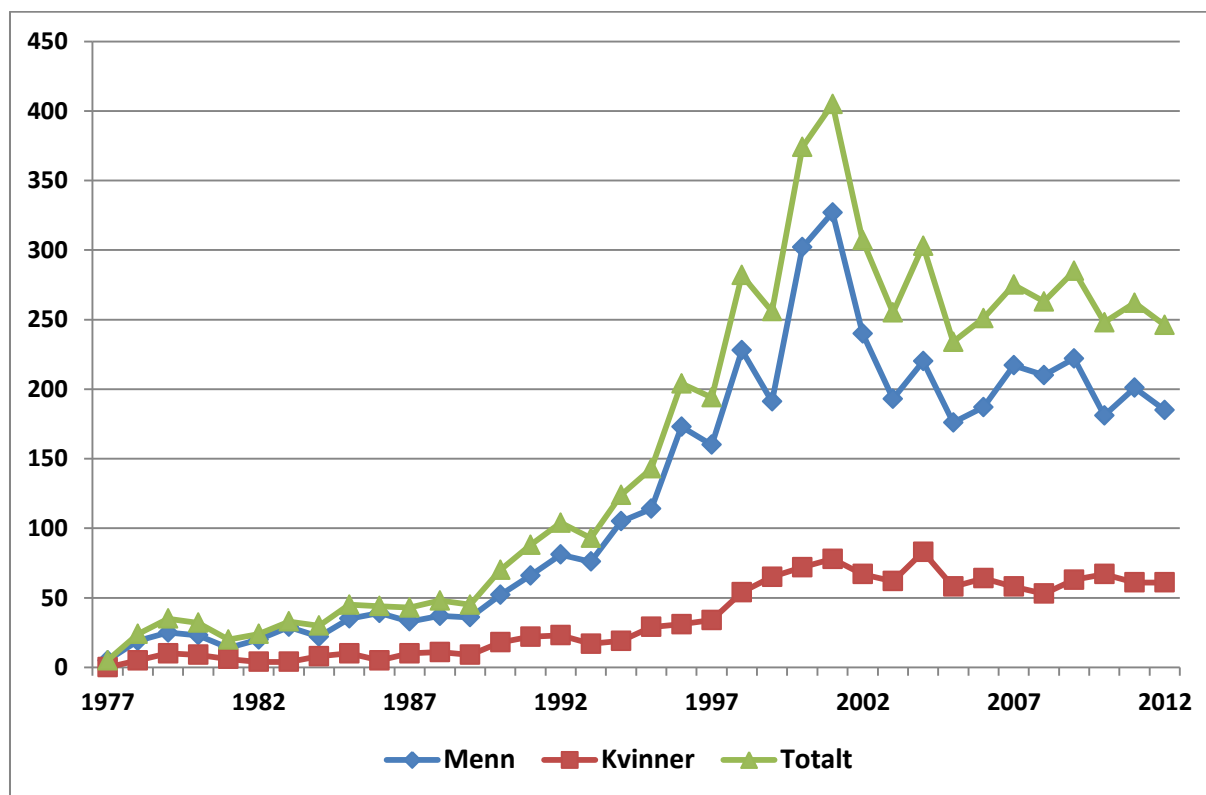
Narkotikarelaterte dødsfall som her rapporteres, er basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) statistikk over dødsårsaker. SSBs årlige dødsårsaksstatistikk bygger på dødsmeldinger fra leger og rettsmedisinske rapporter. Klassifiseringen i dødsårsaksstatistikken bruker betegnelsen underliggende og medvirkende dødsårsak, der den underliggende dødsårsak regnes som hovedgrunnen til at dødsfallet inntraff. Dødsårsaksstatistikken bygger på WHO's internasjonale sykdomsklassifisering (ICD-10). Dette er et kodesystem som er revidert ved flere anledninger. Den foreløpig siste versjonen ble innført i Norge i 1996, noe som medfører

at tall før og etter 1996 ikke er direkte sammenlignbare. Norge har også harmonisert føringen av narkotikarelaterte dødsfall slik det gjøres i det europeiske overvåkingsorganet for narkotika (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), noe som har medført ytterligere endringer fra og med 1996. Dødsfall som vanligvis betegnes som narkotikadødsfall, er her de som har forgiftning eller avhengighet av medikamenter oppført som underliggende årsak. Selv om skillet mellom underliggende og medvirkende årsak er klart, vil det noen ganger være nødvendig med en skjønnsmessig vurdering. Registreringspraksis kan derfor variere over tid og mellom ulike deler av landet.

Tidligere rapporterte også Kriminalpolitisen (Kripos) en årlig statistikk over narkotikadødsfall, men med en noe annen definisjon enn SSB. Etter 2009 har imidlertid Kripos sluttet å publisere slike data, slik at vi nå bare har en datakilde for narkotikadødsfall.

Narkotikadødsfall i Norge har i hovedsak vært relatert til heroin, og der stoffet er inntatt ved injisering. Røyking/inhalering av heroin medfører en vesentlig lavere risiko for overdosedødsfall. Som vist i figur 5.9 var det en sterk økning i antall narkotikadødsfall gjennom 1990-tallet til 405 i 2001. I de følgende år var det så en nedgang, og antall narkotikarelaterte dødsfall har nå stabilisert seg til 250 – 300.

Figur 5.9 Dødsfall som skyldes bruk av narkotika blant kvinner og menn (underliggende årsak) 1977-2012 (Vedleggstabell 5.9)



Kilde : Statistisk sentralbyrå

Det er vesentlig flere narkotikadødsfall blant menn enn blant kvinner. Det antas at andelen kvinner blant injeksjonsmisbrukere er ca 1/3, mens andelen kvinner blant narkotikadødsfallene er noe lavere (figur 5.9). Videre er de som dør på grunn av overdose relativt unge. I de siste par tre år har omkring 60 prosent vært i alderen 15-45 år (tabell 5.4).

Tabell 5.4: Dødsfall som skyldes bruk av narkotika blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper (underliggende årsak) 2009-2012

	2009			2010			2011			2012		
Alder	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner
15-24	29	20	9	25	15	10	24	19	5	25	21	4
25-34	70	55	15	71	51	20	69	60	9	57	48	9
35-44	85	67	18	62	49	13	65	55	10	60	42	18
45-54	69	59	10	55	40	15	66	46	20	71	53	18
55-59	20	12	8	19	15	4	15	10	5	12	6	6
60+	12	9	3	16	11	5	23	11	12	21	15	6
Total	285	222	63	248	181	67	262	201	61	246	185	61

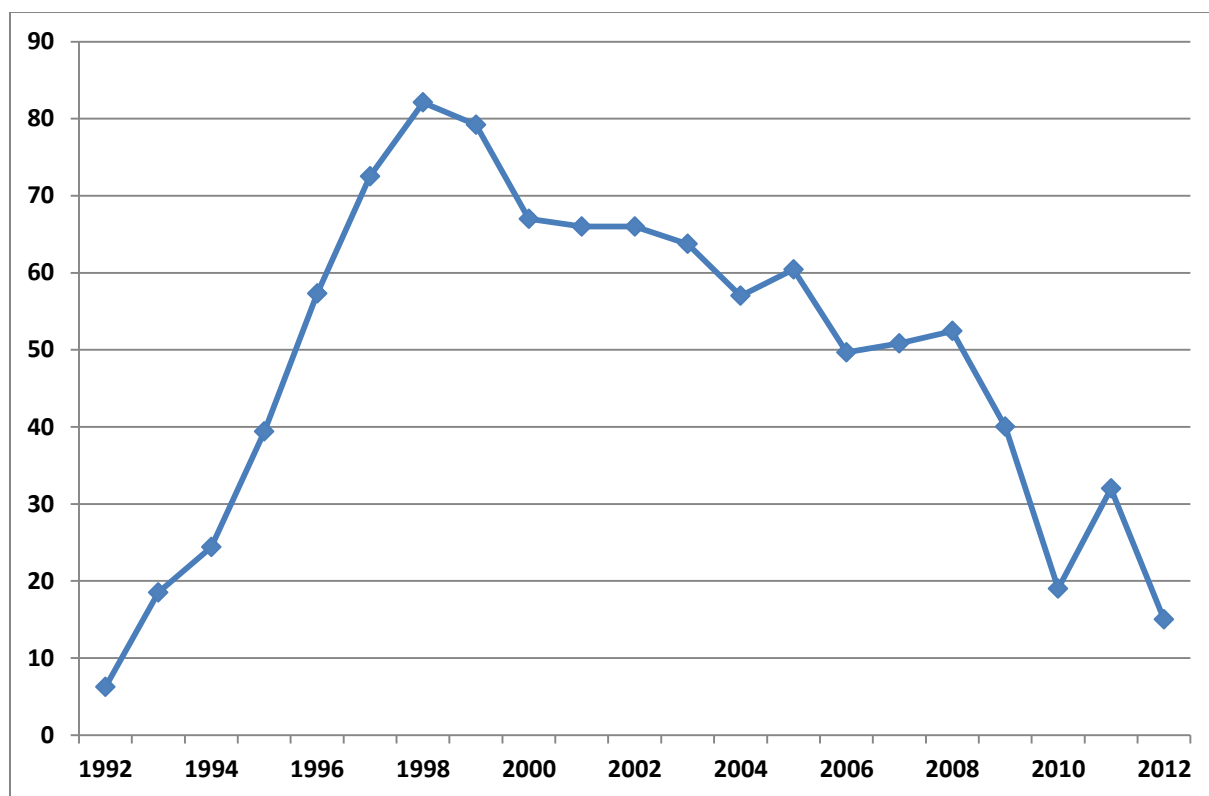
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det kan ellers være verd å merke seg at narkotikadødsfall ikke er et spesielt Oslo-fenomen. Som det framgår av vedleggstabell 5.10 har det i de senere år vært slike dødsfall i alle landets fylker.

5.7 Narkotikarelatert sykdom

Hepatitt B er en sykdom som kan smitte ved deling av sprøyter. Som vist i figur 5.10 var det en økning i antall nysmittede på slutten av 1990-tallet, mens antallet er betydelig redusert i de senere år. Nedgangen skyldes trolig at antall misbrukere som er mottakelige for nysmitte er langt lavere, både ved at mange har vært infisert og dermed er immune, og at mange er vaksinert. Det finnes enn så lenge ikke tilsvarende data for hepatitt C. Når det gjelder hepatitt A, er antall smittede gjennom deling av sprøyter helt marginalt. Hepatitt A anses å være under kontroll i Norge

Figur 5.10: Andel av akutt hepatitt B-smittede som er sprøytemisbrukere 1992-2012 (Vedleggstabell 5.11)



Kilde: Folkehelseinstituttet

HIV er en annen virussykdom som smitter gjennom deling av sprøyter. Som det framgår av vedleggstabell 5.12 har antall nydiagnostiserte med sprøytemisbruk som antatt smittemåte, vært omkring 10 personer i de senere år.

5.8 Historisk oversikt

I det følgende gis en historisk oversikt over viktige hendelser og beslutninger på narkotikafeltet fra 1912 da Haag-konvensjonen ble vedtatt.

1912 Den første internasjonale traktaten/konvensjonen på narkotikaområdet - Haagkonvensjonen av 1912 vedtas. Konvensjonen bestemte blant annet at opium ikke kunne eksporteres til andre land dersom landets myndigheter ikke aksepterte dette, og at morfin, heroin og kokain skulle begrenses til medisinsk bruk.

1913 Stortinget vedtar lov om inn- og utførsel av opium – opiumsloven – der Haagkonvensjonens bestemmelser ble innarbeidet. Loven hadde liten betydning ettersom opiat og kokain allerede var underlagt reseptplikt. Loven kan derfor først og fremst ses på som et uttrykk for internasjonal solidaritet og inneholdt ingen straffebestemmelse.

1925 Genèvekonvensjonen vedtas som resultat av to internasjonale konferanser - Genèvekonferansene. Cannabis inkluderes i stoffene som skal underkastes internasjonal kontroll. Landene som ratifiserte konvensjonen forplikter seg til å innføre straff for brudd på konvensjonens bestemmelser.

1928 Stortinget vedtar ny opiumslov. Mens loven av 1913 var begrenset til å omhandle opium, opiat og kokain, ga loven av 1928 anvendelse på «*opium og andre bedøvende stoffer som ansees egnet til misbruk og kan lede til liknende skadevirkninger etter Kongens nærmere bestemmelse*». Den nye loven åpnet dermed adgang til at en uten lovendring kunne bestemme hvilke stoffer den skulle gjelde for. I motsetning til loven av 1913 ble det nå innført en straffebestemmelse med bøter eller fengsel i inntil seks måneder for overtredelser av loven.

1961 Statens klinikk for narkomane (SKN) på Hov i Søndre Land, ble opprettet. Klinikken ble etablert for å ta i mot de såkalt «klassiske» narkomane. Dette var som regel helsepersonell eller pasienter med tilgang til opiatholdige legemidler som f eks morfin, og som hadde utviklet et misbruk av slike legemidler.

FN vedtar Narkotikakonvensjonen – Single Convention on Narcotic Drugs.

Narkotikakonvensjonen regulerer opium, kokablader, cannabis og stoffer som er utviklet fra disse – foruten stoffer som etter beslutning av Verdens helseorganisasjon «kan gi anledning til samme misbruk og har samme skadevirkninger» som disse stoffene.

1964 Ny lov om legemidler – legemiddelloven – avløste opiumsloven. Strafferamme for befatning med narkotiske stoffer ble satt til bøter eller fengsel inntil tre måneder. Selv om det i lovens forskrift inngikk en bestemmelse om kriminalisering av bruk, var det ingen eksplisitt hjemmel for dette i selve loven. Maksimumsstraffen for mer alvorlige overtredelse av legemiddelloven ble satt til bøter eller fengsel i inntil to år eller begge deler (§ 43). Hvilke

stoffer som skulle betegnes som narkotika skulle til enhver tid fastsettes i en egen narkotikaforskrift/-liste.

1965 Første beslag i Norge av cannabis.

Den første norske rettsaken etter legemiddeloven der en utenlandsk student ble pågrepet og straffet for ulovlig befatning med cannabis.

1966 Straffelovrådet fikk i oppgave å vurdere straffeskjerpelse for narkotikalovbrudd.

På høsten dette året begynner grupper av ungdommer å ha tilhold i Slottsparken hvor de røyker hasj, og i årene som følger utvikler det såkalte Slottsparkenmiljøet seg raskt. Dette markerte starten på det åpne miljøet av rusmiddelmisbrukere i Oslo sentrum, som etter hvert flyttet seg nedover Karl Johans gate og til området rundt Sentralbanestasjonen.

1967 Tverretatlige fylkesregionale kontaktutvalg for narkotikaproblemer opprettes som rådgivende og koordinerende organ for den offentlige innsats mot narkotikamisbruket i fylkene. Kontaktutvalgene besto av representanter for ulike offentlige etater i fylket med fylkeslegen som leder.

1968 Etter forslag fra Straffelovrådet ble det tilføyd en ny § 162 i straffeloven: «Den som til et større antall personer eller mot betydelig vederlag eller under andre særlig skjerpende omstendigheter ulovlig overdrar eller medvirker til å overdra stoffer som etter lov eller regler fastsatt med hjemmel i lov anses som narkotika, straffes med fengsel inntil 6 år. Bøter kan anvendes sammen med fengselsstraff.

På samme måte straffes ulovlig tilvirkning, innførsel, utførsel, gjennomførsel, erverv, utlevering, sending eller oppbevaring av slike stoffer for å foreta omsetning som nevnt i første ledd.» (Ot. prp. nr. 46. (1967-68)).

Forbud mot bruk av narkotika kom inn i legemiddeloven.

Den første undersøkelsen om bruk av narkotika blant unge i Oslo blir gjennomført (Statens institutt for alkoholforskning - SIFA).

1969 Sentralrådet for narkotikaproblemer opprettes som et koordinerende og rådgivende organ for den offentlige innsatsen mot narkotikamisbruket. Sentralrådet besto av representanter fra ulike departementer og Oslo kommune med et eget sekretariat. Det ble på statsbudsjettet avsatt spesielle midler, som etter tilråding av Sentralrådet, ble forelagt Sosialministeren til avgjørelse.

Uteseksjonen i Oslo ble opprettet for å arbeide oppsøkende og forebyggende blant ungdom i de nyoppståtte narkotikamiljøene. Etter hvert opprettet flere kommuner slike oppsøkende virksomheter (utekontakter).

1970 Første beslag i Norge av amfetamin.

1971 FN vedtar Psykotropkonvensjonen – Convention on Psycotropic Substances. Denne regulerer syntetiske legemidler som amfetamin, LSD, barbiturater, etc. Sammen med Narkotikakonvensjonen av 1961 danner Psykotropkonvensjonen av 1971 grunnlaget for norsk narkotikapolitikk.

1972 Straffeloven § 162, øvre strafferamme ble hevet til 10 år (Ot. prp. nr. 5 (1971-72) Om lov om endringer i den alminnelige straffelov).

1974 Første beslag i Norge av heroin

1976 St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer. Meldingen dannet blant annet grunnlag for en systematisk utbygging av de psykiatriske ungdomsteamene (PUT), som hadde begynt å vokse fram.

Første beslag i Norge av kokain.

Det første overdosedødsfallet i Norge blir registrert.

1979 St. prp. nr 138 (1978-79) Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og om endringer i statsbudsjettet og trygdebudsjettet for 1979. Planen inneholder en lang rekke tiltak som ble fulgt av betydelige ekstra økonomiske midler. Dette gjaldt eksempelvis utprøving av prosjekter i regi av ungdomsklubber, styrking av Uteseksjonen i Oslo, narkotikakontroll ved tollsteder, nye stillinger i politiet, nye behandlingssenheter i og utenfor institusjon. Planen la også grunnlag for et eget tidsskrift om narkotikaproblemer – Stoffmisbruk – som senere endret navn til rus & avhengighet og så til RUS & SAMFUNN.

Oslo politikammer etablerer en egen narkotikaseksjon. Narkotikaseksjonen fikk også bistandsfunksjon overfor andre politidistrikter i narkotikasaker.

1981 Straffeloven § 162, øvre strafferamme for alvorlige narkotikalovbrudd heves til 15 år. (Ot. prp. nr 62 (1980-81) Om lov om endringer i straffeloven m.m.)

1982 Nordisk ministermøte «vedtar» at Norden skal gjøres til et narkotikafritt område.

1984 Straffeloven § 162, øvre strafferamme heves til 21 år, lovens strengeste straff. (Ot. prp. nr 23 (1983-84). Om lov om endringer i straffeloven m.v. (narkotikalovbrudd)).

Legemiddeloven § 43 bruk/besittelse til eget bruk: bøter eller fengsel der strafferammen heves fra tre til seks mnd. Legemiddelovens bestemmelse om annen befatning med narkotika enn bruk/besittelse til eget bruk, flyttes til straffeloven § 162.

1985 St. meld. nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken. Meldingens formål er å legge grunnlaget for en planmessig og systematisk innsats mot narkotikamisbruk i Norge i de kommende årene og gir derfor ikke konkrete forslag til tiltak. *Et narkotikafritt samfunn* introduseres som Regjeringens målsetting for innsatsen på narkotikafeltet.

HIV-testen blir tatt i bruk i Norge, og det blir påvist at enkelte sprøytemisbrukere har utviklet sykdommen, trolig som følge av sprøytedeling.

1987 Første beslag i Norge av ecstasy.

1988 Stortinget vedtar en ny § 162a i straffeloven rettet mot dem som har økonomisk utbytte av narkotikalovbrudd, de såkalte bakmenn.

FN vedtar den såkalte Wien-konvensjonen – Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. Konvensjonen inneholder bestemmelser om hvitvasking av penger fra narkotikalovbrudd og kontroll med stoffer som brukes ved tilvirkning av narkotika, såkalte precursors.

Statens institutt for alkoholforskning, SIFA, som var opprettet i 1960, endrer navn til Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Sekretariatet til Sentralrådet for narkotikaproblemer avvikles. Oppgavene overføres dels til Sosialdepartementet, dels til det nyopprettede Rusmiddeldirektoratet.

Den såkalte AIDS-informasjonsbussen (sprøytebussen) i Oslo startet sin virksomhet. Etter hvert begynte flere kommuner å dele ut sprøyter og kanyler.

Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk – utvikling av behandlingsskapasiteten 1988-1992. Med bakgrunn i at flere stoffmisbrukere ønsker hjelp og behandling som følge av angst for HIV-smitte, tar Regjeringen sikte på å opprette 300-350 nye heldøgns plasser.

1992 Ny legemiddellov. Ingen endringer mht narkotikabestemmelsene.

1993 Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) trer i kraft og erstatter lov om sosial omsorg, lov om edruskapsvern og lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner (Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.). Fylkeskommunen får dermed et samlet generelt ansvar for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere. Behandling i døgninstitusjon finansieres gjennom en delt betaling mellom kommune og fylkeskommune. Kommunen får ansvar for sosiale tjenester, herunder omsorgsbaserte boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kapittel 6 omhandler særlige tiltak for rusmiddelmisbrukere. § 6-2 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder. Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke skal fremmes av sosialtjenesten i kommunen og fremmes for Fylkesnemnda for sosiale saker. Grunnlag for å fremme sak om tilbakeholdelse: *«dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i opptil tre måneder»*. § 6-3 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke i inntil tre uker.

De første (av til sammen syv) regionale kompetansesentre på rusmiddelfeltet blir etablert.

1994 Det settes i gang et treårig forsøksprosjekt med substitusjonsbehandling i Oslo med metadon med plass til 50 pasienter.

1996 Sosialtjenesteloven § 6-2a, om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide inntil barnet er født, trer i kraft.

1997 St meld nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken. Meldingen redegjør for utviklingen av narkotikaproblemet i de senere år og for mål og virkemidler i årene som kommer. Det fastslås at det ikke er realistisk at narkotikaproblemene skal kunne løses innen overskuelig framtid, men at det er viktig å holde fast ved det langsiktige, overordnede målet; *å arbeide fram mot et samfunn fritt for misbruk av narkotika*.

Stortinget vedtar at substitusjonsbehandling med metadon (metadonassistert rehabilitering - MAR) skal etableres som et permanent landsdekkende tilbud.

1998 Regjeringen legger fram en handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel - St prp nr 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000). Det sies at selv om narkotika- og alkoholpolitikken har noe ulike mål ettersom alkohol er en lovlig vare, mens bruk av narkotika er illegalt, er det likevel behov for å se rusmiddelpolitiske tiltak i sammenheng. Brorparten av de 20 tiltakene i planen omfatter derfor begge rusmidler, eksempelvis oppnevning av et rusmiddelpolitisk råd, økt samarbeid med foreldre, økt innsats i skolen, støtte til frivillige organisasjoner, et bedre behandlings- og omsorgstilbud osv. Når det gjelder narkotika heter det at *målet om et narkotikafritt samfunn står fast*. Det framholdes at det er et ambisiøst mål, men at målet kan forsvares ut fra at det dreier seg om et område som fører til store skader både for den enkelt og for samfunnet. Av tiltak som spesifikt gjelder narkotika, nevnes forbud mot varer og reklame relatert til narkotika, styrke veiledning og tilsyn med utskriving av vanedannende medikamenter.

1999 En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet la fram tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere (de såkalt Nesvåg-rapportene).

2000 Det åpnes for bruk av andre aktuelle legemidler enn metadon i substitusjonsbehandling, og behandlingen gis betegnelsen legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

2001 SIRUS etableres ved en sammenslåing av SIFA og dokumentasjonsseksjonen og det nasjonale kompetansebiblioteket i Rusmiddeldirektoratet.

Norge blir medlem av EUs overvåkingsorgan for narkotika - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). SIRUS får oppgaven som norsk Focal Point.

2002 Sosial- og helsedirektoratet opprettes. Rusmiddeldirektoratets gjenværende oppgaver (forvaltning av og tilsyn med alkoholoven, informasjon om rusmiddelspørsmål,

holdningsdannende tiltak, oppfølging av rusmiddelpolitiske organisasjoner, etc) overtas av det nyopprettede direktoratet.

RUSTelefonen, en bekymringstelefon der ungdom, pårørende og andre kan få råd og hjelp i risikosituasjoner, opprettes.

Straffelovkommisjonen legger frem sitt forslag til ny straffelov. En samlet kommisjon foreslår å redusere straffene for narkotikalovbrudd, og et flertall i kommisjonen foreslår å avkriminalisere bruk av narkotika og besittelse til eget bruk (NOU (2002:4): Ny straffelov. Straffelovkommisjonens delutredning VII).

2003 Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 legges fram. Planen innledes med at «*Regjeringens visjon er frihet fra rusmiddelproblemer*» og at hovedmålet for rusmiddelpolitikken er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk. Som strategiske mål for narkotikapolitikken nevnes: redusere tilbudet av ulovlige narkotiske stoffer, motvirke narkotikamisbruk, eksperimentering og rekruttering, øke andel misbrukere som ved hjelp av behandling kommer ut av misbruk eller får en betydelig bedret livskvalitet, redusere kriminalitet som følge av narkotikamisbruk.

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet legges fram. Utredning fra en kommisjon nedsatt av Sosial- og helsedepartementet for å oppsummere kunnskapen på rusmiddelfeltet.

Utredningen gir en oversikt over internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet.

Første beslag i Norge av GHB/GBL.

2004 Stortinget vedtar en midlertidig lov om forsøk med sprøyterom (Ot.prp nr 56 (2003-2004) om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika og Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juni 2004 nr 64 om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika).

Rusreformen trår i kraft. Reformen innebærer at behandling for rusmiddelmisbruk blir en del av den statlige spesialisthelsetjenesten. Stortingets behandling av reformen hadde sitt utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner (Ot. prp. nr 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere) og Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)). I den første proposisjonen foreslo Regjeringen overføring av sektoransvar fra fylkeskommune til stat for behandlingsenheter for rusmiddelmisbrukere som ble vurdert til å yte spesialiserte helsetjenester (Rusreform I). I den andre foreslo Regjeringen at fylkeskommunens ansvar for behandlingsenheter som ble vurdert til å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, skulle overføres til kommunene (Rusreform II). Stortinget ga sin tilslutning til Rusreform I (jf. Innst. O. nr 51 (2002-2003)), men gikk i mot Regjeringens forslag til Rusreform II (jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004)), og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingsenheter for

rusmiddelmissbrukere til staten ved de regionale helseforetakene.

Ved at behandlingsinstitusjoner ble hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, fikk pasienter rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste ved opphold i døgninstitusjon på minst 3 måneder.

2005 Oslo åpner landets første (og per 2013 eneste) sprøyterom.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 legges fram. Visjon og hovedmål er de samme som for handlingsplanen 2003-2005. Også de strategiske mål for narkotikapolitikken er de samme. De prioriterte områdene som nevnes er: forebygging og tidlig intervensjon, helhetlig rehabilitering og behandling, forskning samt nordisk og internasjonalt samarbeid.

2006 Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde personer som er i kommunal rusomsorg.

2008 Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) legges fram. Planen ble senere utvidet til å gjelde ut 2012. Opptrappingsplanen innledes med at: *«Regjeringens politikk på rusmiddelfeltet har som overordnede mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet.»* Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål: Tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling, økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Under disse målene er det til sammen satt opp 147 konkrete og til dels omfattende tiltak. Styrking av arbeidet mot illegale rusmidler inngår i planens folkehelseperspektiv og tiltak som her nevnes er: målrette politi- og tollinnsats for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika, sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler.

Sosial- og helsedirektoratet skifter navn til Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsminister Bjarne Haakon Hansen tar til orde for at Norge bør vurdere heroinbehandling.

Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde pasienter i legemiddelassistert rehabilitering.

Første beslag i Norge av syntetiske cannabinoider.

2009 Regjeringen oppnevner Stoltenbergutvalget – som gis i mandat å komme med forslag om hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige skal få bedre hjelp, deriblant vurdere hvorvidt Norge bør sette i gang heroinbehandling.

Sprøyteromsloven blir gjort permanent (Ot. prp. nr. 59 (2008-2009) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.).

2010 Stoltenbergutvalget legger fram sin rapport (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Rapporten inneholder 22 forslag, hvorav 21 er enstemmige. Når det gjelder forslag om å åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt med heroin, deler utvalget seg i et flertall på fem som er for og et mindretall på fire som går i mot.

2011 Konsensuskonferanse i regi av Norges Forskningsråd for å drøfte faglige, etiske og prioriteringsmessige sider ved forslaget om å tilby heroinassistert behandling avholdes (Forskningsrådet, 2011). Etter konsensuskonferansen oversendte Forskningsrådet en konsensusrapport utarbeidet av et bredt sammensatt panel som konkluderte med at det ikke er godt nok grunnlag for å innføre heroinassistert behandling i Norge. Tverrdepartemental arbeidsgruppe legger fram en rapport om alternative reaksjonsformer for mindre alvorlig narkotikablokk, der det foreslås et tosporet samtykkebasert system i form av motivasjonssamtale eller et mer langvarig intervensjonsprogram (Justis- og politidepartementet, 2011).

2012 Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen) legges fram. Rett behandling – på rett sted- til rett tid) og ny helse- og omsorgstjenestelov (helse- og omsorgstjenesteloven) trer i kraft (Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m). Den nye helse- og omsorgsloven erstatter den tidligere sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Tiltak for rusmiddelmissbrukere omhandles i ulike kapitler. Et eget kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige (kap 6 i den tidligere sosialtjenesteloven).

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping, legges fram. Fem områder som særlig vektlegges er: 1 forebygging og tidlig innsats, 2 samhandling – tjenester som jobber sammen, 3 økt kompetanse og bedre kvalitet, 4 hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall, 5 innsats for pårørende og mot passiv drikking. Det framgår ellers at regjeringen etter en samlet vurdering ikke har funnet at det er godt nok grunnlag for å innføre en prøveordning med heroinassistert behandling. Det sies videre at regjeringen ikke finner det tilstrekkelig godtgjort at en avkriminalisering av bruk av narkotika vil redusere narkotikaproblemene. Det signaliseres ellers at det skal utarbeides en egen strategi for reduksjon av overdosedødsfall.

Faste konsentrasjonsgrenser tilsvarende 0,2 promille for 20 narkotiske stoffer/legemidler innføres. Det ble samtidig innført straffbarhetsgrense tilsvarende 0,5 og 0,2 for de fleste av de aktuelle stoffene.

5.9 Kilder og referanser

EMCDDA & EUROPOL (2013). EU Drug Markets Report. A strategic analysis. Publication Office of the European Union. Luxembourg,

Folkehelseinstituttet (2012). Rusmiddelstatistikk

Forskningsrådet (2011). Heroinbasert behandling. Rapport fra konsensuskonferansen 21. juni 2011.

FN-konvensjonen av 1961. The Single Convention on Narcotic Drugs.

FN-konvensjonen av 1971. The Convention on Psychotropic Substances.

FN-konvensjonen av 1988. The Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances.

Hauge, Ragnar (1989). Fra opiumskrig til legemiddelkontroll. Rusmiddeldirektoratet.

Hauge, Ragnar (2009). Rus og rusmidler gjennom tidene. Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Opptappingsplan for rusfeltet 2008-2010.

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

Innst. O. nr 51 (2002-2003).

Innst. O. nr. 4 (2003-2004).

Justis- og politidepartementet (1967). Innstilling fra straffelovrådet. Endringer i straffebestemmelsene for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.v.

Justis- og politidepartementet (2011). Alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd.

KRIPOS – (årlig). Narkotika- og dopingsstatistikk.

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping.

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet.

NOU 2002:4 Ny straffelov. Straffelovkommisjonens delutredning VII.

Ot. prp. nr. 46. (1967-68). Om lov om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i Lovgivningen om narkotika m.m.

Ot. prp. nr. 5 (1971-72) Om lov om endringer i den alminnelige straffelov 22 mai 1902 nr 10.

Ot. prp. nr 62 (1980-81) Om lov om endringer i straffeloven m.m.

Ot. prp. nr 23 (1983-84). Om lov om endringer i straffeloven m.v. (narkotikalovbrudd).

Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.

Ot. prp. nr 3 (2002-2003) Omorganisering av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere.

Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om organisering av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere.

Ot.prp nr 56 (2003-2004) om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika.

Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juni 2004 nr 64 om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika.

Ot. prp. nr. 59 (2008-2009) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.

Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og sosialtjenester m.m.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008.

Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk – utvikling av behandlingsskapasiteten 1988-1992.

Sosial- og helsedepartementet (1999). Hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere –delrapport 1-3.

Statistisk sentralbyrå - SSB (årlig) Kriminalstatistikk.

St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid.

St. meld. nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.

St meld nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken.

St. prp. nr 138 (1978-79) Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og om endringer i statsbudsjettet og trygdebudsjettet for 1979.

St prp nr 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000).

www.lovdatab.no

www.fhi.no

Øia, Tormod (2012). Ung i Oslo 2012: Nøkkeltall. NOVA Notat 7/2012.

5.10 Vedleggstabeller

Vedleggstabell 5.1: Antall beslag av heroin, cannabis, amfetamin, metamfetamin og kokain 1974-2012

År	Heroin	Cannabis	Amfetamin	Metamfetamin	Kokain
1974	59	727	80	-	0
1975	57	521	87	-	0
1976	77	726	134	-	1
1977	53	636	62	-	1
1978	106	1 154	71	-	4
1979	157	1 313	77	-	14
1980	214	1 742	79	-	22
1981	202	1 911	127	-	7
1982	174	2 002	262	-	14
1983*	-	-	-	-	-
1984*	-	-	-	-	-
1985	256	2 478	282	-	11
1986	348	2 744	423	-	11
1987	452	2 747	534	-	13
1988	607	3 478	554	-	29
1989	691	4 252	514	-	14
1990	822	4 274	671	-	26
1991	979	4 811	621	-	25
1992	1 045	4 273	627	-	19
1993	1 193	4 708	983	-	36
1994	1 389	4 065	777	7	41
1995	1 923	4 941	1 633	17	58
1996	2 340	4 296	1 748	33	75
1997	2 485	5 712	2 407	34	144
1998	2 675	7 461	2 851	38	206
1999	2 390	8 485	3 032	57	309
2000	2 314	9 224	2 886	191	390
2001	2 501	10 844	4 100	496	496
2002	1 906	10 921	4 260	775	577
2003	1 709	10 397	4 117	1 101	504
2004	1 390	10 066	3 848	1 085	489
2005	1 151	10 128	3 966	1 394	685
2006	1 087	11 221	4 237	1 496	726
2007	1 204	9 952	3 613	1 894	909
2008	1 145	10 599	2 906	2 255	854
2009	1 430	11 754	2 061	3 713	804
2010	1 575	14 372	3 597	4 117	877
2011	1 314	15 141	2 824	4 398	815
2012	1 277	15 751	2 529	4 272	860

* Tall for 1983 og 1984 mangler fordi det ikke finnes tall fra Oslo politidistrikt for denne perioden.

Kilde: Kripas

Vedleggstabell 5.2: Beslaglagt mengde* heroin, kokain, cannabis og amfetamin i kg 1974-2012

År	Heroin	Kokain	Cannabis	Amfetamin	Metamfetamin
1974	5.4	0.0	38	0.0	-
1975	0.3	0.0	20	0.0	-
1976	17.2	0.0	29	3.2	-
1977	0.4	0.0	54	8.4	-
1978	0.3	0.0	80	1.4	-
1979	0.6	0.2	105	0.7	-
1980	4.9	0.2	114	0.8	-
1981	0.6	0.0	114	2.8	-
1982	0.8	0.3	127	5.2	-
1983	4.9	0.2	345	13.5	-
1984	2.5	0.2	295	9.5	-
1985	5.0	1.0	190	13.4	-
1986	5.8	0.3	206	19.7	-
1987	4.0	5.9	125	7.8	-
1988	12.0	2.2	144	13.1	-
1989	5.3	0.3	372	13.8	-
1990	3.2	0.9	230	25.1	-
1991	9.9	3.9	393	18.9	-
1992	10.8	2.4	177	11.7	-
1993	18.0	8.2	207	25.6	-
1994	26.9	5.1	480	16.0	-
1995	48.8	3.8	19 959	53.2	-
1996	74.1	24.1	711	30.3	-
1997	55.5	4.6	978	93.2	0.1
1998	37.4	92.7	1 992	208.0	0.1
1999	45.8	60.2	1 255	52.3	0.1
2000	51.5	12.2	664	93.0	2.2
2001	67.8	20.7	861	93.2	16.2
2002	59.1	35.8	1221	208.9	23.6
2003	51.1	30.4	2292	225.1	32.0
2004	129.0	38.3	2242	230.7	64.4
2005	36.4	174.5	1439	114.5	37.5
2006	93.0	40.3	1544	317.4	68.0
2007	8.0	95.1	853	392.4	167.0
2008	55.1	76.8	1732	259.9	103.1
2009	130.1	61.3	2588	197.0	234.0
2010	102.0	94	1 182	152.1	136.8
2011	14.6	48.1	2 981	74.9	163.0
2012	45.2	66.8	2 052	182.2	134.6

* Vektmengdene angir vekten på selve beslaget, og ikke vekten av det aktive stoffet. Mengden av aktivt stoff vil kunne variere sterkt. Kilde: Kripas.

Vedleggstabell 5.3: Antall beslag av ecstasy, LSD, khat, hallusinogene sopper, GHB, GBL, 1,4 BD, medikamenter og syntetiske cannabinoider 1989-2012

År	Ecstasy o.l.	LSD	Khat	Hallusino-gene sopper	GHB	GBL *	1,4 BD*	Benzo-diazepiner	Opioid-holdige medikamenter	Syntetiske cannabinoider
1989	0	3	20	18	-	-	-	855	-	-
1990	1	6	19	25	-	-	-	1 142	-	-
1991	3	6	15	34	-	-	-	1 189	-	-
1992	14	20	14	36	-	-	-	1 573	-	-
1993	9	17	16	5	-	-	-	947	-	-
1994	39	11	30	28	-	-	-	1 344	646	-
1995	160	35	74	31	-	-	-	1 640	782	-
1996	198	36	102	26	-	-	-	1 887	804	-
1997	242	106	112	44	3	-	-	2 523	705	-
1998	174	63	164	37	2	-	-	2 988	889	-
1999	507	59	296	47	45	-	-	3 469	884	-
2000	827	87	259	54	82	-	-	4 265	860	-
2001	736	52	198	41	81	71	-	6 006	1 109	-
2002	693	15	238	46	74	8	17	8 058	1 237	-
2003	405	31	249	71	120	21	7	4 700	1 216	-
2004	456	31	305	58	28	11	24	4 393	1 179	-
2005	341	34	210	51	46	3	7	3 928	1 319	-
2006	411	28	220	84	111	11	10	4 500	1 161	-
2007	421	16	376	77	163	25	1	4 088	959	-
2008	309	15	186	54	133	40	1	3 451	938	2
2009	110	26	271**	75	218	103	0	3 796	1 078	0
2010	79	31	372**	114	299	137	4	5 089	1 223	9
2011	200	31	278**	104	458	71	10	5 185	1 240	186
2012	274	83	-	144	459	94	9	5 629	1 217***	262

* GBL og 1,4-butandiol (1,4 BD) ble formelt klassifisert som narkotika 24. mars 2010.

**Noe mangelfulle data

*** Metadon i tablettform er ikke inkludert i 2012. Ble telt med i tidligere år. I systemet skiller ikke Kripes mellom metadon i væskeform og tabletter. De fleste beslag er i væskeform,

Kilde: Kripes

Vedleggstabell 5.4: Beslaglagt mengde ecstasy, LSD, khat, halusinogene sopper, GHB, GBL, 1,4 BD, medikamenter og syntetiske cannabinoider 1989-2012

År	Ecstasy o.l. (tabletter)	LSD (doser)	Khat (kg)	Hallu- sinogene sopper (gram)	GHB (liter)	GBL* (liter)	1,4 BD* (liter)	Benzo- diazepiner (tabletter)	Opioid- holdige medika- menter (tabletter)	Synte- tiske canna- binoider (gram)
1989	0	73	189	121	-	-	-	36 218	-	-
1990	1	613	201	148	-	-	-	18 841	-	-
1991	15	194	205	141	-	-	-	17 666	-	-
1992	196	3 397	267	187	-	-	-	50 674	-	-
1993	325	243	246	8	-	-	-	15 780	-	-
1994	969	4 758	721	106	-	-	-	41 100	12 253	-
1995	9 965	1 325	1 330	164	-	-	-	27 000	11 325	-
1996	12 866	587	1 544	138	-	-	-	58 400	14 431	-
1997	13 182	7 049	1 720	433	-	-	-	153 100	16 076	-
1998	15 542	2 825	2 839	326	-	-	-	101 700	15 072	-
1999	24 664	485	4 761	560	-	-	-	183 000	19 800	-
2000	49 390	923	4 251	612	-	-	-	431 000	15 050	-
2001	61 575	423	2 296	205	-	-	-	847 000	18 800	-
2002	102 433	172	1 674	-	-	-	-	1 251 000	70 000	-
2003	99 427	224	4 823	-	-	-	0.3	545 525	17 465	-
2004	53 561	579	3 668	5 111	4.3	5.4	45.3	524 130	14 396	-
2005	16 766	125	2 768	1 604	12.3	0.9	7.4	548 000	13 900	-
2006	28 636	226	2 781	812	31.3	14	18.1	1 019 710	15 685	-
2007	78 725	31	7 747	1 366	58.6	42	0.2	730 317	17 354	-
2008	30 784	245	3 104	514	36.5	221	0.3	310 577	12 000	0***
2009	22 465	589	3071**	1 600	83.6	130	0.0	671 377	15 186	0
2010	3 969	173	7007**	2 000	88.2	404	1.1	903 692	19 724	3
2011	5 495	885	7208**	2 600	150.0	353	4.0	803 653	13 519	10 400
2012	6 579	1 388	-	2 668	133.9	281	1.5	1 320 257	10903****	5 900

* GBL og 1,4-butandiol (1,4 BD) ble formelt klassifisert som narkotika 24. mars 2010.

**Noe mangelfulle data.

***Kun spormengder funnet i urteblandinger.

****Metadon i tablettform er ikke inkludert i 2012. Ble inkludert i tidligere år. I systemet skiller ikke Kripos mellom metadon i væskeform og tabletter. De fleste beslag er i væskeform og tabletter. De fleste beslag er i væskeform.

Kilde: Kripos

Vedleggstabell 5.5: Anmeldte narkotikalovbrudd 1992-2012*

År	Straffeloven §162**	Legemiddeloven	Totalt
1993	6 777	5 898	12 675
1994	7 240	6 241	13 481
1995	10 793	10 450	21 243
1996	12 316	12 517	24 833
1997	14 455	16 623	31 078
1998	15 420	19 535	34 955
1999	16 059	21 149	37 208
2000	17 579	22 880	40 459
2001	19 945	25 959	45 904
2002	19 294	25 322	44 616
2003	16 152	19 981	36 133
2004	16 814	20 004	36 818
2005	17 118	20 060	37 178
2006	19 156	22 009	41 165
2007	19 086	21 027	40 725
2008	17 547	19 191	37 473
2009	18 616	19 899	39 255
2010	21 954	22 787	44 741
2011	19 985	22 116	42 101
2012	21 603	23 467	45 070

* For mer informasjon om SSBs statistikk over anmeldte lovbrudd, se "Om statistikken" (<http://www.ssb.no/lovbrudda/om.html>).

** Tallene for Straffeloven § 162 er endret fra tidligere utgaver av Rusmidler i Norge på grunn av endring i definisjonen av hva som inngår i narkotikalovbrudd, og tallene vil dermed avvike fra tidligere utgaver.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/lovbrudda/>)

Vedleggstabell 5.6: Etterforskede lovbrudd* og siktede for narkotikaforbrytelser 1976-2012**

År	Straffeloven §162		Legemiddeloven		Totalt	
	Etterforskede lovbrudd	Siktede personer	Etterforskede lovbrudd	Siktede personer	Etterforskede lovbrudd	Siktede personer
1976	46	49	1 087	653	1 133	702
1977	55	71	1 365	747	1 420	818
1978	63	72	1 554	823	1 617	895
1979	67	88	1 639	865	1 706	953
1980	56	57	1 994	1 131	2 050	1 188
1981	52	60	2 942	1 401	2 994	1 461
1982	81	98	2 853	1 299	2 934	1 397
1983	156	123	3 637	1 762	3 793	1 885
1984	293	247	4 115	1 736	4 408	1 983
1985	1 137	609	3 666	1 332	4 803	1 941
1986	1 794	825	2 789	1 150	4 583	1 975
1987	2 364	915	2 244	1 021	4 608	1 936
1988	3 624	1 260	2 605	1 064	6 229	2 324
1989	4 266	1 367	3 837	1 690	8 103	3 057
1990	4 697	1 511	4 394	1 821	9 091	3 332
1991	5 328	1 584	4 621	1 993	9 949	3 577
1992	6 250	1 974	5 059	1 929	11 309	3 903
1993	6 458	2 282	5 281	1 508	11 739	3 790
1994	6 458	2 143	5 384	1 303	11 842	3 446
1995	8 044	2 496	7 629	1 442	15 673	3 938
1996	10 310	2 878	10 442	1 577	20 752	4 455
1997	11 639	3 424	12 360	1 764	23 999	5 188
1998	13 809	4 056	16 489	2 430	30 298	6 486
1999	16 040	4 891	20 135	3 111	36 175	8 002
2000	16 718	5 539	21 574	3 651	38 292	9 190
2001	18 667	6 287	25 073	4 459	43 740	10 746
2002	17 683	5 615	23 121	4 229	40 804	9 844
2003	18 569	5 747	23 485	3 970	42 054	9 717
2004	18 545	5 936	22 190	3 841	40 735	9 777
2005	18 528	6 056	21 106	3 651	39 634	9 707
2006	18 259	6 300	21 403	3 901	39 662	10 201
2007	18 858	6 619	21 506	3 957	40 364	10 576
2008	18 408	6 489	20 280	3 783	38 688	10 272
2009	17 454	6 561	18 854	3 819	36 308	10 380
2010	19 632	7 373	21 645	4 513	41 277	11 886
2011	19 673	7 643	22 726	5 237	42 399	12 880
2012	18 571	7 398	20 752	5 332	39 323	12 730

* For mer informasjon om SSBs statistikk over etterforskede lovbrudd, se Om statistikken (<http://www.ssb.no/lovbrudde/om.html>).

** Betegnelsen siktede inneholder antall forskjellige personer med narkotikaforbrytelse som hovedlovbrudd, ved avsluttet etterforskning.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/lovbrudd/>)

Vedleggstabell 5.7: Reaksjoner* for narkotikaforbrytelser 1975-2011**

År	Straffeloven §162	Legemiddeloven	Totalt
1975	35	403	438
1976	16	313	329
1977	40	509	549
1978	69	582	651
1979	61	522	583
1980	70	617	687
1981	95	820	915
1982	97	859	956
1983	191	1 063	1 254
1984	337	1 433	1 770
1985	477	1 303	1 780
1986	531	1 504	2 035
1987	1 203	840	2 043
1988	1 389	1 043	2 432
1989	1 469	1 301	2 770
1990	1 610	1 542	3 152
1991	1 839	1 536	3 375
1992	1 928	1 686	3 614
1993	2 050	1 537	3 587
1994	1 777	1 483	3 260
1995	2 397	1 741	4 138
1996	2 716	1 765	4 481
1997	2 858	1 472	4 330
1998	3 932	3 039	6 971
1999	4 648	3 525	8 173
2000	4 451	3 893	8 344
2001	7 456	7 314	14 770
2002	5 738	6 072	11 810
2003	6 310	5 874	12 184
2004	6 029	5 684	11 713
2005	6 830	5 540	12 370
2006	7 010	6 065	13 075
2007	7 608	6 586	14 194
2008	7 055	5 992	13 047
2009	6 993	5 583	12 576
2010	8 040	6 585	14 625
2011	8 001	7 423	15 424

* For mer informasjon om SSBs statistikk over straffereaksjoner, se Om statistikken (<http://www.ssb.no/straff/om.html>).

** Reaksjoner med narkotikaforbrytelse som hovedlovbrudd.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/straff/>)

Vedleggstabell 5.8: Prøver fra bilførere som er testet positive for narkotiske stoffer 1989-2012

År	Tetrahydrocannabinol	Diazepam	Flunitrazepam	Nitrazepam	Klonazepam	Amfetamin	Morfin	6-Monocetylmorfin*	Kokain	Ecstasy**	Metadon	Metamfetamin	GHB
1989	605	423	187	-	-	156	-	-	-	-	-	-	-
1990	564	430	235	-	-	235	72	-	-	-	-	-	-
1991	627	475	255	-	-	216	108	6	-	-	-	-	-
1992	842	676	212	-	-	391	107	29	-	-	-	-	-
1993	741	541	221	-	-	475	142	64	-	-	-	-	-
1994	660	577	198	-	-	533	193	92	-	-	-	-	-
1995	995	712	270	-	-	937	261	179	-	6	-	-	-
1996	708	741	320	-	-	897	313	189	-	23	-	-	-
1997	1 165	914	455	-	-	1 079	390	263	-	27	-	-	-
1998	1 502	1 004	540	-	-	1 327	476	317	-	67	-	-	-
1999	1 504	860	603	-	-	1 274	533	318	-	123	-	-	-
2000	1 686	808	656	35	217	1 312	601	307	10	194	22	118	-
2001	1 732	1 050	1 252	96	265	1 587	539	295	12	194	64	330	-
2002	1 886	1 113	2 107	164	361	1 972	452	219	15	180	102	543	-
2003	1 543	850	838	289	504	1 534	377	162	16	75	93	442	-
2004	1 336	774	650	237	502	1 317	324	147	11	83	105	499	-
2005	1 215	967	435	463	546	1 343	270	117	19	63	197	509	-
2006	1 202	1 451	289	343	486	1 381	262	107	13	85	137	834	-
2007	1 171	1 257	344	351	574	1 167	253	122	27	120	111	913	-
2008	1 270	1 188	188	314	687	1 166	244	133	41	53	130	1 073	-
2009	1 252	1 084	85	263	894	1 071	349	200	22	12	145	1 480	-
2010	1 454	1 148	61	276	1 077	1 513	276	129	17	7	127	1 433	133
2011	1 428	1 006	53	228	1 114	1 208	238	97	19	25	135	1 428	133
2012	1 821	1 116	41	203	1 935	1 486	217	95	75	60	180	1 574	186

* 6- monoacetyl morfin er et omdannelsesprodukt av heroin.

** Ecstasy=MDMA

Kilde: Folkehelseinstituttet

Vedleggstabell 5.9: Dødsfall som skyldes bruk av narkotika fordelt på kjønn (underliggende dødsårsak) 1977-2012*

År	Menn	Kvinner	Totalt
1977	5	0	5
1978	19	5	24
1979	25	10	35
1980	23	9	32
1981	14	6	20
1982	20	4	24
1983	29	4	33
1984	22	8	30
1985	35	10	45
1986	39	5	44
1987	33	10	43
1988	37	11	48
1989	36	9	45
1990	52	18	70
1991	66	22	88
1992	81	23	104
1993	76	17	93
1994	105	19	124
1995	114	29	143
1996	173	31	204
1997	160	34	194
1998	228	54	282
1999	191	65	256
2000	302	72	374
2001	327	78	405
2002	240	67	307
2003	193	62	255
2004	220	83	303
2005	176	58	234
2006	187	64	251
2007	217	58	275
2008	210	53	263
2009	222	63	285
2010	181	67	248
2011	201	61	262
2012	185	61	246

* Tallene fra og med 1996 er basert på et revidert inklusjonskriterium som omfatter flere ICD-koder enn tidligere. Endringen bidrar til høyere antall registrerte narkotikadødsfall. I henhold til Verdens helseorganisasjons nye klassifiseringsinstruks av visse narkotikadødsfall, implementerte Statistisk Sentralbyrå i 2003 en ny kodepraksis. Også denne endringen bidrar til høyere antall registrerte narkotikadødsfall.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 5.10: Dødsfall som skyldes bruk av narkotika fordelt på fylke (underliggende årsak) 1999-2012*

Fylke	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Østfold	14	27	30	16	18	24	15	18	18	24	30	16	14	15
Akershus	31	28	26	30	33	32	25	29	30	23	25	23	30	21
Oslo	83	105	107	78	47	86	56	64	41	65	66	51	48	52
Hedmark	5	9	16	14	10	11	0	12	7	8	7	6	4	9
Oppland	5	14	5	8	8	9	8	8	9	10	8	7	8	2
Buskerud	20	28	38	26	13	28	20	20	17	14	17	22	16	8
Vestfold	17	20	24	7	9	8	9	8	12	12	11	12	14	17
Telemark	11	13	16	18	18	11	8	4	8	12	18	13	13	8
Aust-Agder	4	4	8	8	3	4	4	1	3	5	7	2	6	4
Vest-Agder	5	17	9	17	11	6	7	6	9	4	7	8	10	4
Rogaland	16	27	44	25	40	31	23	20	25	22	20	18	13	21
Hordaland	24	43	28	28	23	22	29	31	36	29	34	39	45	43
Sogn og Fjordane	1	0	5	2	1	4	0	1	9	0	3	1	2	2
Møre og Romsdal	4	10	9	9	8	7	8	7	12	7	2	4	5	8
Sør-Trøndelag	7	13	9	7	7	9	6	7	14	14	11	7	17	11
Nord-Trøndelag	3	3	5	3	0	2	6	3	4	2	5	5	3	1
Nordland	5	8	13	5	1	8	5	6	11	5	6	4	11	15
Troms	1	4	7	5	5	1	4	3	7	5	5	6	1	3
Finnmark	0	1	6	1	0	0	1	3	3	2	3	4	2	2
Totalt	256	374	405	307	255	303	234	251	275	263	285	248	262	246

* I henhold til Verdens helseorganisasjons nye klassifiseringsinstruks av visse narkotikadødsfall, implementerte Statistisk Sentralbyrå i 2003 en ny kodepraksis. Denne endringen bidrar til et litt høyere anslag på antallet narkotikadødsfall enn tidligere.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell 5.11: Akutt hepatitt B-smittede etter antatt smittemåte og diagnoseår 1992-2012

År	Sprøytemisbruk	Andre smittemåter	Total	Prosent sprøytemisbrukere
1992	2	30	32	6
1993	10	44	54	19
1994	10	31	41	24
1995	39	60	99	39
1996	55	41	96	57
1997	132	50	182	73
1998	385	84	469	82
1999	375	98	473	79
2000	176	86	262	67
2001	134	68	202	66
2002	120	63	183	66
2003	130	74	204	64
2004	108	80	188	57
2005	84	55	139	60
2006	74	75	149	50
2007	61	59	120	51
2008	54	49	103	52
2009	22	33	55	40
2010	5	22	27	19
2011	18	38	56	32
2012	7	39	46	15

Kilde: Folkehelseinstituttet (www.msis.no)

Vedleggstabell 5.12: Registrerte personer med HIV-infeksjon fordelt på smitteåter og diagnoseår 1984-2012

År	Heteroseksuell aktivitet		Homo-/biseksuell aktivitet		Sprøytemisbruk		Andre smitteåter		Totalt
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	
1984-90	205	21	388	39	337	34	54	5	984
1991	59	42	59	42	16	11	8	6	142
1992	57	54	28	27	12	11	8	8	105
1993	53	47	44	39	13	12	3	3	113
1994	33	35	37	39	12	13	12	13	94
1995	47	45	45	43	11	10	2	2	105
1996	63	54	35	30	9	8	9	8	116
1997	67	59	30	27	11	10	5	4	113
1998	58	59	30	31	8	8	2	2	98
1999	92	63	36	24	12	8	7	5	147
2000	131	75	32	18	7	4	5	3	175
2001	106	67	39	25	8	5	5	3	158
2002	151	74	30	15	16	8	8	4	205
2003	153	64	57	24	13	5	15	6	238
2004	164	65	70	28	15	6	3	1	252
2005	134	61	56	26	20	9	9	4	219
2006	164	59	90	33	7	3	15	5	276
2007	141	57	77	31	13	5	17	7	248
2008	185	62	92	31	12	4	10	3	299
2009	172	61	87	31	11	4	13	5	283
2010	157	61	85	33	11	4	5	2	258
2011	155	58	97	36	10	4	7	3	269
2012	142	59.0	76	31.0	11	5.0	13	5.0	242

Kilde: Folkehelseinstituttet (www.msis.no)

6 Sniffestoffer

6.1 Hva er sniffing?⁹

Med «sniffing» forstås vanligvis innånding av forskjellige flyktige organiske stoffer (flyktige hydrokarboner), som har det til felles at de kan fremkalle en viss form for lystfølelse og rus. Det er produkter som inneholder løsemidler og aerosoler (spraygass) som er de mest vanlige sniffestoffene. Løsemidler brukes både i industrien og i husholdningen. Toluen (fargeløs, brennbar væske) inngår i tynnere for maling, lakk og lim. Trikløretylen (TRI) og trikløretan brukes i flere limtyper. n-heksan finnes blant annet i bensin, lim og lakkprodukter. Butan brukes i gasslightere. Rensevæsker, flekkfjernere og tusjpenner inneholder også vanlige sniffemidler. Det gjelder også bensin, som kan gi særlig skadelige virkninger. Vareutvalget er stort, selv om stadig flere produkter tilsettes stoffer slik at de blir uegnet til å sniffe. For eksempel er lynol ikke lenger sniffbart, og forsøk vil medføre sterk svie og irritasjon i halsen.

6.1.1 Sniffestoffenes virkninger

Som ved bruk av andre stoffer, er virkningen avhengig av brukerens tidligere erfaringer, omstendighetene som stoffet inntas i, type stoff og om det samtidig brukes alkohol eller narkotiske stoffer. Korttidsvirkningen kommer raskt etter sniffingen og forsvinner som regel også raskt. Virkningen etter en kort inhalasjon gir seg gjerne etter få minutter. Sniffingen må derfor skje mer eller mindre kontinuerlig for at virkningen skal holde seg.

Stoffene kommer inn i blodstrømmen direkte fra lungene og fordeles raskt utover i kroppens organer. De fleste hydrokarboner som finnes i løsemidlene er fettoppløselige og blir derfor raskt absorbert i sentralnervesystemet. Det gir forandringer i mange kroppsfunksjoner, som langsommere åndedrett og pulsfrekvens. Avhengig av dosen kan sniffestoffer påvises i blod- eller luftprøver opptil et døgn etter inntak, og lukten av løsemidler kan kjennes på pusten i flere timer.

Selve rusen ligner stort sett alkoholrus. Noen får en følelse av oppstemt lystighet, og blir pratsomme med livlige fantasier. Kvalme, økt spyttsekresjon, nysing, hosting, dårlig koordinasjon av musklene, nedsatte reflekser og sterkere sensitivitet for lys, forekommer ofte.

Dyp inhalasjon av sniffemidler gjentatte ganger over en kort periode kan føre til tap av selvkontroll, hallusinasjoner, bevissthetstap og krampeanfall. Risikoen for plutselig død er da relativt stor. Døden inntreffer først og fremst ved hjertearytmier, surstoffmangel og kvelning. I tillegg kommer ulykker og skader forårsaket av nedsatt vurderingsevne under rusen.

⁹ Kilde. www.fhi.no

Fysiske langtidsvirkninger inkluderer blekhet, tørste, vekttap, neseblødning, blodskutte øyne og sår i munn og nese. Noen løsemidler kan gi redusert blodcelleproduksjon i benmargen, mens andre nedsetter lever- og nyrefunksjonen. De fleste virkninger forsvinner når sniffingen opphører, men særlig trikloretan kan gi varige lever- og nyreskader. Samtidig bruk av alkohol vil forverre tilstanden. Av kroniske symptomer er hodepine, tretthet, deprimert stemningsleie, aggressivitet og forfølgelsesforestillinger vanlige. Symptomer i form av synshallusinasjoner og nedsatt bevissthet kan ofte påvises. Langtidsbruk kan føre til svinn av hjernesubstans. Symptomer på hjerneskade omfatter betydelige psykiske forstyrrelser, problemer med muskelkoordinasjonen og skjelvninger. Bensinsniffing kan dessuten medføre atferdsendringer som følge av blyforgiftning.

6.1.2 Toleranse og avhengighet

Misbruk av løsemidler fører vanligvis til toleranseøkning, slik at dosen må økes for å gi samme virkning. Bruk av sniffestoffer som rusmiddel, kan medføre avhengighet. Hvis stoffinntaket plutselig stanses, kan de fysiske abstinenssymptomene være plagsomme. Plagene kan blant annet være hodepine, magesmerter og muskelkramper. Det finns ingen motgift for behandling av akutte forgiftningsskader.

6.2 Lovgivning

De tradisjonelle sniffestoffene som tynner, ulike drivgasser i sprayflasker og bensin, er lovlige varer regulert av produktkontrollen (LOV 1976-06-11 nr 79). Bruk og besittelse er dermed ikke underkastet lovgivning. Påvirkning av sniffestoffer i trafikksammenheng vil imidlertid kunne rammes av veitrafikkloven (LOV 1965-06-18-4). Ved mistanke om at produktet vil bli misbrukt eller solgt videre til misbrukere, har imidlertid den enkelte forhandler rett og plikt til å nekte salg. Overtredelse kan medføre straffeansvar. Selv om det er restriksjoner for omsetning av de aktuelle stoffene, vil det være umulig å forby omsetning av stoffer som bensin, lim, etc. I den senere tid har malings- og hobbyindustrien endret en del av sine produkter slik at noen av de farligste innholdsstoffene er erstattet med stoffer som ikke egner seg for misbruk, det gjelder for eksempel lynol.

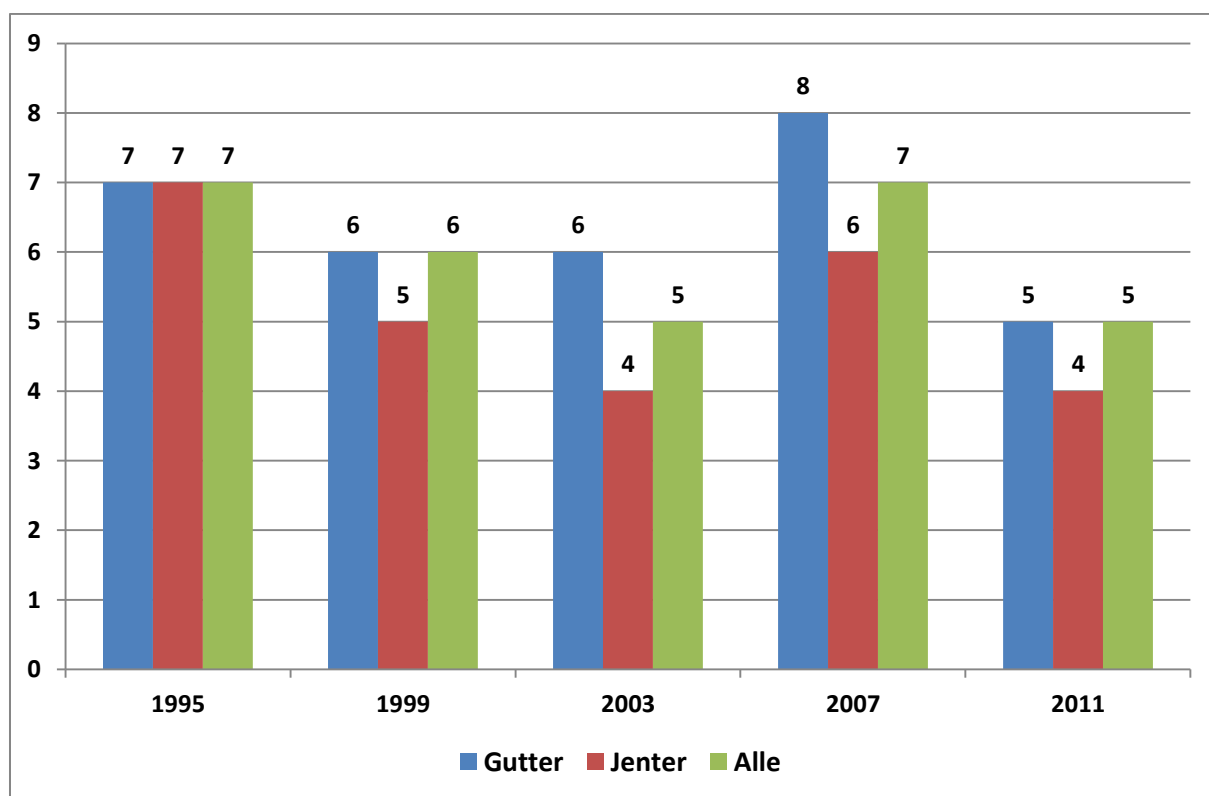
6.3 Spørreskjemaundersøkelser

Sniffing er mest vanlig i sene barneår og tidlige ungdomsår. De fleste som sniffer, lar det bli med en kortvarig eksperimentering og slutter i 15–16 -årsalderen. I et skole- eller ungdomsmiljø kan sniffing plutselig «oppstå som en epidemi», for så å forsvinne igjen etter kort tid. De som fortsetter etter ungdomstiden med misbruk av løsemidler, preges stort sett av store problemer fra barndom og oppvekst, samt av å ha få ressurser til å hjelpe seg ut av en forkommen situasjon.

Omfanget av bruken av sniffestoffer har vanligvis gått i bølger. Tidligere undersøkelser viser også at andelen unge som noen gang har sniffet, gikk vesentlig ned på 1990-tallet sammenlignet med tidligere tiår. I de årlige ungdomsundersøkelsene (15-20 år) som gikk fram til og med 2008, lå andelen som hadde sniffet *noen gang* stabilt på 5-6 prosent i årene etter tusenårsskiftet (Vedøy og Skretting, 2009).

Den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen ESPAD, der vi har data fra 1995, 1999, 2003, 2007 og 2011, viser at 5-7 prosent av norske 15-16 åringer oppgir å ha sniffet *noen gang* (figur 6.1). Mens det i 1995 var like stor andel jenter som gutter som oppgir å ha sniffet, har det i de etterfølgende undersøkelsesårene vært en noe større andel gutter enn jenter.

Figur 6.1: Andel norske 15-16-åringer som oppgir å ha sniffet løsemidler noen gang, 1995-2011

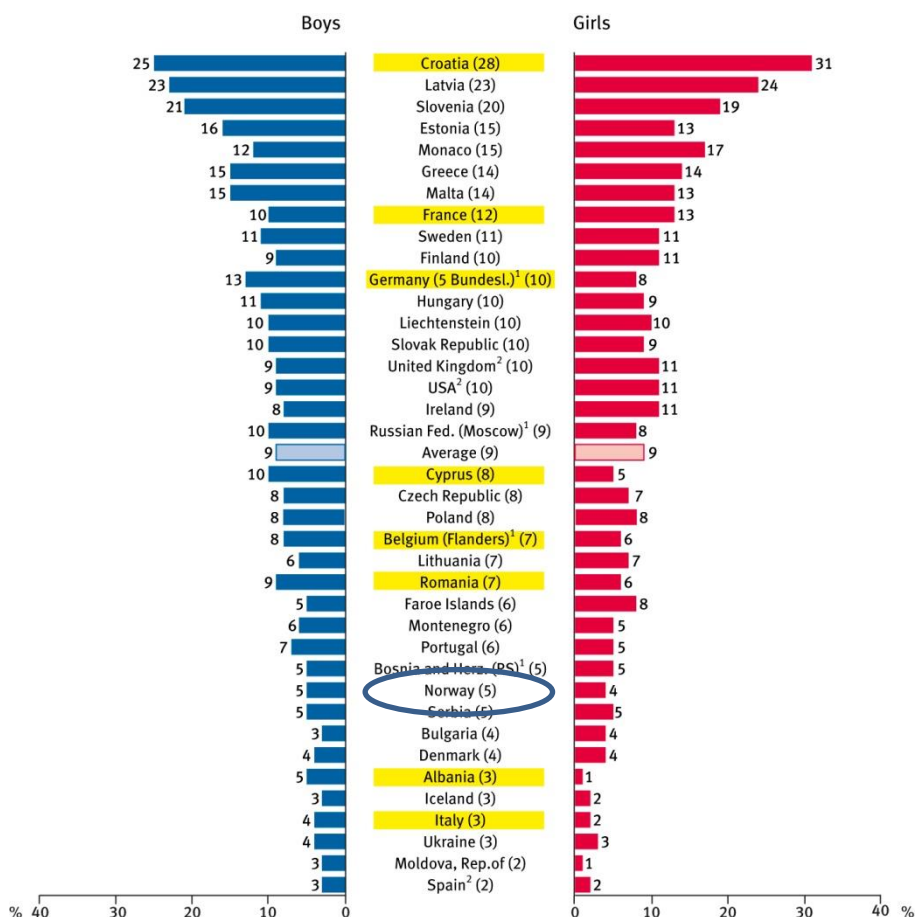


Kilde: SIRUS

Figur 6.2 viser andel 15-16-åringer i de ulike land som i 2011-undersøkelsen oppgir å ha sniffet *noen gang*. På samme måte som for bruk av alkohol og narkotika, er det også her relativt store forskjeller mellom de enkelte land. Mens det er henholdsvis 28 og 23 prosent i Kroatia og Latvia som oppgir å ha sniffet løsemidler, er den tilsvarende andelen i land som Moldavia, Italia og Ukraina to-tre prosent. Vi har tidligere sett at norske 15-16-åringer ligger i det nedre sjiktet når det gjelder andel som har brukt alkohol og illegale rusmidler. Dette

gjelder også her ved at fem prosent oppgir at de noen gang har sniffet løsemidler. Når det gjelder de øvrige nordiske land, spriker bildet noe. Mens tre prosent av 15-16 åringer i Island oppgir at de noen gang har sniffet, er den tilsvarende andelen i Danmark fire prosent, Finland 10 prosent og Sverige 11 prosent. Vi kan ellers se at når det gjelder sniffing, kommer danske ungdommer langt «bedre ut», enn hva gjelder bruk av alkohol og illegale rusmidler.

Fig 6.2: Andel 15-16-åringer i ulike land som oppgir å ha sniffet noen gang, 2011



Kilde: Hibell et al. 2012.

6.4 Kilder og referanser

Hibell, Bjørn et al (2012). The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN. Stockholm.

LOV 1965-06-18 nr 04: Lov om vegtrafikk (vegtrafikkloven).

LOV 1976-06-11 nr 79: Lov om kontroll med produkter og forbrukertjenester (produktkontrolloven).

Vedøy, Tord Finne & Skretting, Astrid (2009). Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008. SIRUS-Rapport 5/2009.

www.fhi.no

7 Doping

7.1 Hva er doping?

Bruk av dopingmidler utenfor den organiserte idretten dreier seg i all hovedsak om bruk av anabole androgene steroider (AAS) og testosteronpreparater. Sentralstimulerende stoffer og veksthormoner blir også brukt som dopingmidler, men dette foregår først og fremst som prestasjonsfremmende middel i konkurranseidrett. Eksempler på AAS er Winstrol og Trenbolone, mens eksempler på veksthormoner er Genotropin og Somatropin.

Anabole androgene steroider er en samlebetegnelse for derivater av testosteronhormonet testosteron. Dette er en type androgen, som produseres naturlig i mannens testikler og kvinnens eggstokker. De to hovedeffektene av testosteron kalles androgene og anabole (Lenehan 2003). De androgene effektene bidrar til utvikling av maskuline trekk som skjeggvekst og dypere stemme, mens de anabole effektene bidrar til vekst i muskelvev. Bruk av AAS medfører begge disse virkningene.

Bruk av anabole steroider kan medføre flere ulike fysiske, psykiske og sosiale problemer. Dette gjelder eksempelvis økt risiko for hjerte- og karsykdommer og leverskader. Bruken kan føre til redusert fruktbarhet, og i verste fall sterilitet hos menn ved at kroppen slutter å produsere testosteron og sædceller. En del anabole steroider blir omdannet til østrogen, noe som kan medføre at menn begynner å utvikle bryster. Hos kvinner kan brystene bli mindre. Andre fysiske bivirkninger er kviser, økt hårtap og strekkmerker i huden hos brukere med hurtig vekst i muskelmassen. Kvinner som bruker anabole steroider over tid, utvikler etter hvert mer mannlig trekk. Mange av disse trekkene er irreversible. Selv om sammenhengen er mer uklar, kan bruk av steroider også føre til økt aggressivitet, uro, at en blir mer irritabel, søvnforstyrrelser, brå svingninger mellom depressive og maniske tilstander, psykoser, depresjoner, personlighetsendringer og panikkangst. (Hormonlaboratoriet, 2012).

7.2 Lovgivning

Ifølge straffeloven § 162 b kan den som tilvirker, oppbevarer, sender eller overdrar dopingmidler straffes med bøter eller fengsel i inntil to år. Grov dopingforbrytelse kan straffes med fengsel inntil seks år.

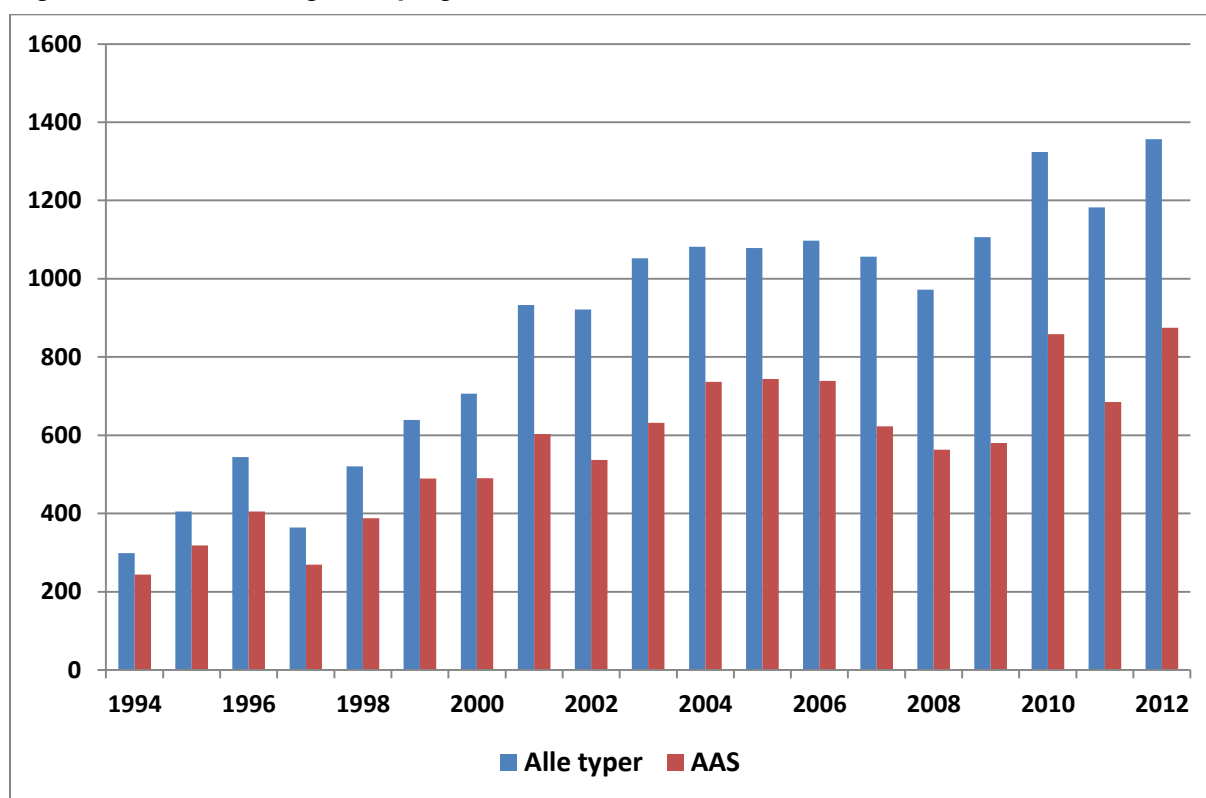
Legemiddeloven § 24 a tilsier at det også er forbudt uten lovlig adkomst å erverve, besitte eller bruke stoff som etter forskrift med hjemmel i straffeloven § 162 b, første ledd er å regne som dopingmidler. Forbudet gjelder også for preparater som inneholder slike stoffer. Brudd på forbudet kan straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder, eller begge deler.

7.3 Marked

Figur 7.1 viser utvikling i antall beslag av dopingmidler det siste 10-året, mens figur 7.2 viser hvor mange tabletter som er beslaglagt. Figur 7.3 viser utvikling i beslag av dopingmidler i «ikke tellbare enheter». Dette består i hovedsak av pulver, men alt er ikke nødvendigvis såkalt renstoff, det vil si det som brukes i hjemmeproduksjon av dopingmidler. Tidsserien for beslag av pulver/renstoff omfatter årene fra og med 2004, da rapporteringene for tidligere år vurderes å være svært usikre.

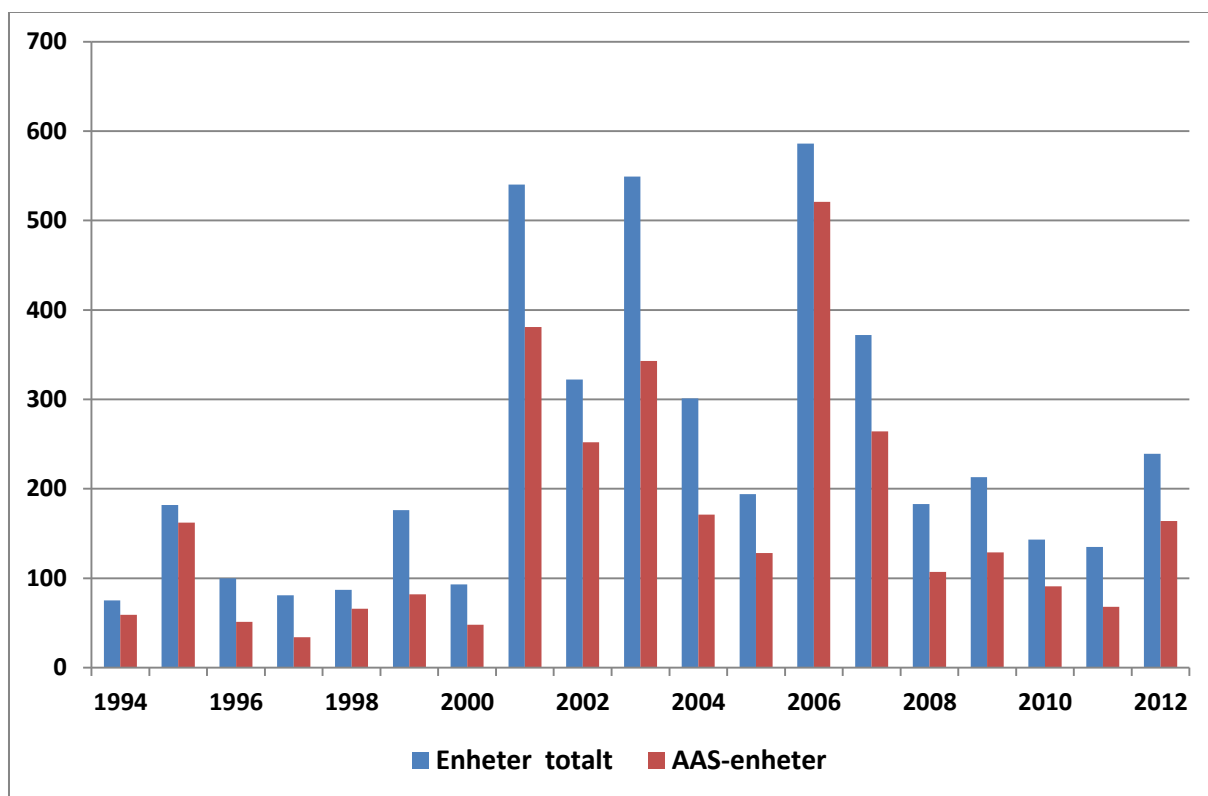
Som det framgår av figurene, har antall beslag av dopingmidler vært relativt stabilt, både av det totale antall dopingmidler, og av AAS. Når det gjelder mengden av dopingmidler som er beslaglagt, er bildet noe mer tvetydig. Mens det i de senere år har vært en nedgang i antall tabletter, har det vært en økning i mengde av pulver/renstoff.

Figur 7.1: Antall beslag av dopingmidler, 1994-2012



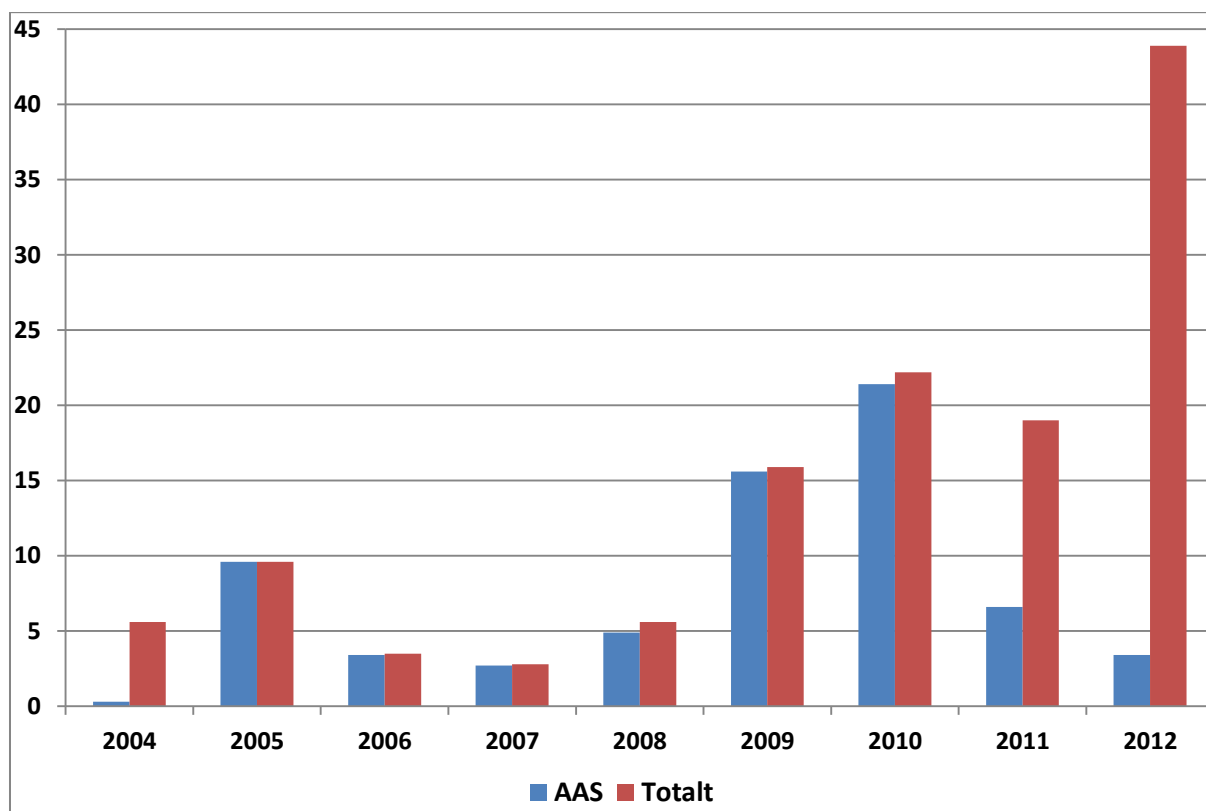
Kilde: Kripes

Figur 7.2: Beslaglagt mengde dopingmidler totalt og androgene steroider (1000 enheter) 1994- 2012



Kilde: Kripos

Figur 7.3: Beslaglagt mengde i kg, hovedsakelig pulver 2004-2012¹⁰



Kilde: Kripos

7.4 Spørreskjemaundersøkelser

Med bakgrunn i data fra ulike spørreskjemaundersøkelser ser det ut til at bruk av androgene steroider- AAS – er lite utbredt så vel blant ungdom som blant unge voksne. I den norske del av den europeiske skoleundersøkelsen – ESPAD, har det eksempelvis i alle undersøkelsesårene vært omkring én prosent av aldersgruppen 15-16 år som oppgir at de noen gang hadde brukt dette dopingmidlet. Dette gjelder også for de aller fleste andre land som inngår i undersøkelsen. Også i de tidligere ungdomsundersøkelsene i aldersgruppa 15-20 år er andelen som oppgir bruk av AAS, rundt én prosent (Sandøy 2013). Ser vi aldersgruppa 21-30 år, der det foreligger informasjon om bruk av doping fra 2006 og 2010, finner vi at det her var under to prosent som oppga at de noen gang hadde brukt AAS. Stort sett er bruken av AAS begrenset til gutter/unge menn (ibid).

Det vises ellers til: Sandøy, T. A.: Anabole steroider i Norge – En oversikt fra befolkningsundersøkelser. SIRUS rapport 4/2013 og Bilgrei, O. R.: Symbolske kropper. En kvalitativt studie av menn som bruker anabole steroider. SIRUS-rapport 6/2013

¹⁰ Ikke nødvendigvis renstoff

7.5 Historisk oversikt

I det følgende gis en oversikt over viktige hendelser og beslutninger med relevans for bruk av dopingmidler.

1993 Forbud mot ulovlig tilvirkning, overdragelse og oppbevaring av dopingmidler tas inn i Straffeloven § 162 b: «Den som ulovlig tilvirker, utfører, oppbevarer, sender eller overdrar stoff som etter regler fastsatt av Kongen er ansett som dopingmidler, straffes for dopingforbrytelser med bøter eller fengsel inntil 2 år.

Grov dopingforbrytelse straffes med fengsel inntil 6 år. Ved avgjørelse av om overtredelsen er grov, skal det særlig legges vekt på hva slags stoff det gjelder, kvantum og overtredelsens karakter.

Uaktsom dopingforbrytelse straffes med bøter eller fengsel i inntil 2 år.

Medvirkning til dopingforbrytelse, eller bruk av dopingmiddel som nevnt i første ledd, straffes som bestemt ellers i denne paragrafen.»

1997 St meld nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken. Sies her at mens dopingmisbruket tidligere i all hovedsak var knyttet til den organiserte idretten, har man nå avdekket et betydelig misbruk også utenfor den organiserte idretten. Viser til informasjon fra politiet. Påpeker at det ikke er noen formalisert kontroll utenfor den organiserte idretten og at slik kontrollvirksomhet vil være et lite effektivt virkemiddel fordi det ikke finnes sanksjoner for slik bruk av dopingmidler. Sier at regjeringen derfor vil få utredet forutsetningene for og konsekvensene av en eventuell kriminalisering av bruk av dopingmidler.

2012 Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping. Sies her at regjeringen vil mobilisere mot doping som samfunnsproblem ved å integrere doping i rusmiddelpolitikken, kriminalisere erverv, besittelse og bruk av doping og prioritere forskning og kompetanse om doping.

2013 Stortinget vedtar forbud mot bruk av dopingmidler (Prop. 107 L (2012-2013) Endringer i legemiddeloven (utvidet forbud mot dopingmidler m.m.)). Ny § 24a legemiddeloven: «Det er forbudt uten lovlig adkomst å erverve, besitte eller bruke stoff som etter forskrift med hjemmel i straffeloven § 162 b, første ledd er å regne som dopingmidler. Forbudet gjelder også for preparater som inneholder slike stoffer». § 31 annet ledd endret til: «Besittelse og bruk av narkotika, jf § 24 første ledd, og erverv, besittelse og bruk av dopingmidler, jf. § 24a første ledd, straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder, eller begge deler.»

7.6 Kilder og referanser

Bilgrei, O. R.: Symbolske kroppar. En kvalitativt studie av menn som bruker anabole steroider. SIRUS-rapport 6/2013

Hormonlaboratoriet, Oslo Universitetssykehus HF (2012). I Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping.

Lenahan, P. (2003). Anabolic steroids and other performance enhancing drugs. London: Taylor & Francis.

Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping.

Prop. 107 L (2012-2013) Endringer i legemiddeloven (utvidet forbud mot dopingmidler m.m.)

Sandøy, T. (2013). Anabole steroider i Norge - En oversikt fra befolkningsundersøkelser. SIRUS-rapport rapport 4/2013.

St meld nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken.

www.lovdata.no

8 Tjenestetilbudet

Er misbruk av rusmidler en sykdom eller et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon? Er behandling for rusmiddelmisbruk et ansvar for helsevesenet eller 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 og har gått i bølger. I Norge har vi sett at organiseringen gjennom årene har gått fra en i hovedsak sentralisert til en desentralisert modell, for så igjen å sentraliseres. Fra at behandling av henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer i utgangspunktet var to ulike systemer, har behandling for rusmiddelmisbruk i de siste 20-25 år hatt en enhetlig organisering og inngår nå i den statlige spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder det kommunale hjelpetilbudet. Dette innebærer at de fleste hjelpe- og behandlingssenheter tar imot og yter tjenester til så vel alkohol- som narkotikamisbrukere.

Samtidig har misbrukere av rusmidler som er i behandling, 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 slik behandling. Det var derfor så sent som i 1998 at dagens substitusjonsbehandling av opiatmisbrukere ble en del av det ordinære behandlingstilbudet. Som i de fleste andre land har vi også sett en økt vektlegging av ulike former for skadereduksjon knyttet til rusmiddelmisbruk. Eksempelvis har det foregått utdeling av sprøyter i relativt stort omfang gjennom mer enn 25 år, og en forsøksordning med offentlig sprøyterom ble igangsatt i 2005. Sprøyteromsloven ble gjort permanent fra 2010.

8.1 Noen utviklingstrekk

Vi vil her se litt nærmere på noen utviklingstrekk knyttet til organisering av behandling for rusmiddelmisbruk, framveksten av substitusjonsbehandling og skadereduksjon.

8.1.1 Organisering av behandling

Behandlings- og hjelpetilbudet for henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer har noe ulik historie, både med hensyn til hvor lenge slike tilbud har vært tilgjengelige i Norge 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 det som ble kalt alkoholistsorgen, både gjennom økte bevilgninger og ved at flere alkoholinstitusjoner kom inn under 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 misbrukte morfin eller andre opiat. Da det etter hvert vokste fram et behov for behandling av unge og unge voksne som hadde fått problemer knyttet til misbruk av narkotika, så en for seg at behandlingen måtte integreres i det ordinære hjelpeapparatet innen psykisk helsevern. Det ble imidlertid relativt fort klart at den tradisjonelle psykiatrien ikke var innrettet til å ta imot denne nye kategorien pasienter. I begynnelsen av 1970-årene begynte en derfor å utvikle spesielle tilbud for behandling av stoffmisbrukere. Samtidig oppsto det politiske og faglige strømninger som påvirket 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 en humanistisk psykologisk og pedagogisk tilnærming der likeverdet mellom klient og hjelper og sosialt nettverksarbeid sto sentralt. 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 typer tilbud. Viktig i denne sammenheng var oppsøkende virksomheter, psykiatriske ungdomsteam og behandlingskollektiver. Etter hvert kom det også i stand behandlingsenheter basert på andre faglige tilnærminger. Initiativene kom i stor grad fra grupper eller enkeltpersoner som bygget opp institusjoner ved hjelp av statlige og etter hvert fylkeskommunale midler.

Fylkeskommunen får ansvaret

Grunnlaget for den fylkeskommunale organiseringen av behandlingsenheter for rusmiddel-misbrukere, slik den var i årene før rusreformen trådte i kraft i 2004, 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 (sosialtjenesteloven) gikk et skritt videre ved at den ga fylkeskommunen et samlet ansvar for annenlinje behandlingsenheter for rusmiddel-misbrukere. Dermed fikk fylkeskommunen et samlet behandlingsansvar for både alkohol- og narkotikamisbrukere. Ut fra sosialtjenesteloven hadde fylkeskommunen ansvar for at det skulle finnes et tilstrekkelig antall institusjonsplasser for å dekke det behov som til en hver tid måtte være tilstede ("sørge for" ansvar). Vektlegging av kommunens ansvar for å sikre hjelp i nærmiljøet i stedet for å overlate rusmiddel-misbrukeren til institusjonsbehandling, ble fulgt opp i finansieringsordningen ved at opphold på fylkeskommunale institusjoner under sosialtjenesteloven ble finansiert som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune.

Fylkeskommunen kunne selv eie og drive behandlingsenhetene, men kunne også velge å inngå driftsavtaler eller kjøpe enkeltplasser hos private tjenestetilbydere. Behandlingsenhetene var i hovedsak regulert av sosialtjenesteloven, men fylkeskommunen

kunne også oppfylle sitt behandlingsansvar ved å bruke behandlingsenheter regulert av andre lover (sykehusloven). Dette gjaldt i praksis først og fremst polikliniske behandlingsenheter med utspring i psykiatrien (f. eks. de psykiatriske ungdomsteamene), men også enkelte døgninstitusjoner.

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 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 i 2004 fulgt opp av den såkalte rusreformen. 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” (TSB), og lovreguleringen av aktuelle behandlingsenheter ble overført fra sosialtjenesteloven og sykehusloven til spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet¹¹ 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 utarbeidet også et strategidokument rettet til de regionale helseforetakene der de nasjonale perspektiver og strategier i anledning rusreformen ble trukket opp (Helsedepartementet, 2004b). Reformen er ment å sikre at rusmiddelmisbrukeres rettigheter som pasienter skal ivaretas på en bedre måte enn tidligere. I tillegg til at de skal få behandling for sine misbruksproblemer, skal de også få de spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske plager. Behovet for å sikre et bedre tilbud til rusmiddelmisbrukere som samtidig har alvorlige psykiske lidelser, er spesielt understreket (ibid).

I Norge har hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere 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.

¹¹ Helsedepartementet skiftet navn til Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober 2004.

Så lenge behandling for rusmiddelmisbruk var regulert av sosialtjenesteloven, gikk henvisning via den kommunale sosialtjenesten, og kommunen betalte en egenandel for hver person som var i døgnbehandling i regi av fylkeskommunen. Da behandling for rusmiddelmisbruk ble en spesialisthelsetjeneste, tilsa dette at henvisningsretten skulle overtas av legene, slik praksis er for spesialisthelsetjenesten generelt. Med bakgrunn i at mange rusmiddelmisbrukere 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 rusmiddelmisbruk i og utenfor institusjon. Sosialtjenestens rett til henvisning omfatter imidlertid ikke de spesialiserte helsetjenestene innen somatikk og psykiatri.

Pasientrettighetsloven gir rett til fritt sykehusvalg. På samme måte er rusmiddelmisbrukere gitt rett til fritt valg av behandlingssted. Valget omfatter behandlingssenheter 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 rusmiddelmisbruk, kan eksempelvis ikke velge institusjonsbehandling hvis han eller hun er gitt rett til poliklinisk behandling.

8.1.2 Substitusjonsbehandling

I Norge var det i mange år stor skepsis til bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere. På 1970-tallet var det enkelte leger som forskrev metadon, men etter hvert gikk det daværende Helsedirektoratet ut og advarte sterkt mot dette. Begrunnelsen var først og fremst knyttet til at målet for behandling av stoffmisbrukere skulle være stofffrihet og ikke avhengighet av medikamenter (Hallgrimsson, 1980). Dette må igjen sees i sammenheng med det som da var den rådende forklaringsmodell for å forstå årsakene til misbruk av narkotiske stoffer. Den første stortingsmeldingen om narkotikaproblemene (St.meld.nr 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer) sier eksempelvis at det er regjeringens oppfatning at misbruk av avhengighetsskapende stoffer i hovedsak må sees på som et symptom på mistriivsel. Det er de bakenforliggende problemer, og ikke selve misbruket som skal være i fokus for behandlingen. Den samme stortingsmeldingen slår fast at det ikke er ønskelig å bruke medikamenter i behandling av stoffmisbrukere, da dette kan oppfattes som støtte til å forlenge avhengigheten. I tråd med dette kom det daværende Helsedirektoratet 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 mange år var det med andre ord ikke noe tilbud om vedlikeholdsbehandling 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 (St. meld. Nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken), ble metadonbehandling ikke en gang tatt

opp til drøfting. 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 var først på 1990-tallet at substitusjonsbehandling ble satt i gang i disse landene.

Behandlingsoptimisme - metadon 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 sprøytemisbrukere 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. Dette ble ikke oppfattet som behandling av misbruk, men som at HIV-syke stoffmisbrukere skulle få mulighet til en mest mulig verdig avslutning på livet.

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

De viktigste grunnene til at en i Norge lenge var mot metadon i behandling av stoffmisbrukere, kan kort oppsummeres slik:

- Troen på forandring – at det er mulig å komme ut av misbruket uten hjelp av medikamenter. Stor grad av behandlingsoptimisme.
- Bruk av metadon gir signaler om at en gir opp misbrukerne og ikke tror at de kan forandre seg.
- Metadon innebærer at en påfører misbrukere en livslang avhengighet.
- Motstanden mot metadon var også en gjenspeiling av at det medisinske feltet i liten grad var engasjert i behandling av stoffmisbrukere. Stort sett var det sosialarbeidere og i noen grad psykologer som dominerte behandlingsfeltet.

Substitusjonsbehandling vinner fram

På begynnelsen av 1990-tallet kom det imidlertid stadig flere rapporter om en generell forverring av helsetilstanden blant tunge stoffmisbrukere. Samtidig økte antall narkotikarelaterte dødsfall. Selv om det medikamentfrie behandlingstilbudet etter hvert var betydelig utvidet, var det tydelig at dette ikke reduserte problemene. Det ble mer og mer

åpenbart at en også måtte se etter andre virkemidler, noe som aktualiserte spørsmålet om metadonbehandling.

På oppdrag fra Sosialdepartementet arrangerte Norges allmennvitenskapelige forskningsråd derfor en såkalt konsensuskonferanse i 1991 om ”*Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige - Forskrivning av vanedannende legemidler*” (NAVF, 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:

- være fylt 30 år
- ha minst 10 års opiatmisbruk
- ha gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang
- ikke ha uoppgjorte saker med politi og rettsvesen

Målsettingen 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 nødvendig psykososial oppfølging. For å illustrere at metadon var en del av et helhetlig rehabiliteringsopplegg, ble prosjektet gitt betegnelsen metadonassistert rehabilitering (MAR).

I 1997 vedtok Stortinget at substitusjonsbehandling skulle være et permanent landsomfattende tilbud for heroinmisbrukere. Våren 1998 ble aldersgrensen redusert til 25 år (Sosial- og helsedepartementet, 1998) og høsten 2000 ble retningslinjene igjen revidert, i den forstand at de ble mindre restriktive: Klienten skulle:

- være fylt 25 år
- ha langvarig narkotikamisbrukskarriere og på søkertidspunktet, og over flere år, ha vært klart opiatdominert
- i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Det ble samtidig åpnet for større skjønnsmessig vurdering, ved 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 også åpnet for bruk av andre legemidler enn metadon (i praksis buprenorfinpreparater), ut fra hva

som ble vurdert som mest hensiktsmessig. Betegnelsen for behandlingsopplegget ble derfor endret til legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Fram til 2010 var substitusjonsbehandling regulert gjennom rundskriv. I januar 2010 kom det imidlertid et nytt rammeverk for legemiddelassistert rehabilitering med forskrift (www.lovdata.no) og nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010). Om vilkår for å få substitusjonsbehandling heter det i forskrift § 4 at:

- når pasienter er henvist til legemiddelassistert rehabilitering, skal det foretas en konkret og samlet tverrfaglig vurdering av pasientens helsetilstand
- legemiddelassistert rehabilitering skal som hovedregel ikke være det første behandlingsalternativet som velges ved opiatavhengighet med mindre det etter den faglige vurderingen anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet
- det skal alltid foretas en konkret vurdering av andre tiltak enn legemiddelassistert rehabilitering
- pasientens alder og lengde på opiatavhengighet skal alltid tillegges særskilt vekt ved vurdering av om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys

Som det framgår skal det foretas en helhetlig vurdering av pasientens behandlingsbehov. Dette innebærer at selv om pasienten henvises til substitusjonsbehandling, skal dette vurderes opp mot medikamentfrie behandlingsalternativer. Det framgår også at pasientens alder og lengde på opiatavhengigheten skal tillegges vekt, selv om det ikke er aldersgrense eller krav til lengde på misbruk for å få substitusjonsbehandling.

Substitusjonsbehandling var i utgangspunktet organisert i egne regionale sentra. Ut fra føringene i rusreformen og de nye retningslinjene er imidlertid også denne behandlingsformen i ferd med å integreres i det øvrige behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere.

8.1.3 Skadereduksjon

Tradisjonelt har tiltak for å redusere tilgangen og etterspørselen etter alkohol og narkotika vært sentrale virkemidler i rusmiddelpolitikken. Det samme gjelder langt på vei også for tobakk. I de senere år har en tredje gruppe tiltak under betegnelsen skadereduksjon fått stadig større plass. Bakgrunnen for at en på 1980-tallet begynte å snakke om skadereduksjon, var kampen for å begrense spredningen av HIV-viruset blant injeksjonsmisbrukere. Begrepet ble etter hvert også brukt i forbindelse med forebygging av andre direkte helsemessige skader av rusmiddelbruk/-misbruk. Utdeling av rene sprøyter og kanyler, lavterskel helsetilbud og sprøyterom, er aktuelle eksempler på skadereduksjonstiltak for rusmiddelmissbrukere. Når det gjelder tobakk, vil det å gå over til snus for de som ikke vil eller klarer å slutte å røyke, kunne bidra til å redusere tobakksrelaterte skader.

Det som først og fremst skiller skadereduksjon fra andre tiltak, er at man prøver å redusere de direkte skadelige konsekvensene av rusmiddel-/tobakksbruk uten at personen det gjelder slutter å bruke det aktuelle rusmidlet eller slutte med nikotin. Mens det å få en person til å slutte å bruke/misbruke den aktuelle substansen i mange tilfeller vil være et langsiktig mål, retter skadereduserende strategier seg inn mot praktiske, gjerne kortsiktige løsninger uavhengig av om de har direkte innvirkning på bruken/misbruket. Skadereduksjon framhever således nødvendigheten av pragmatisme i møtet med rusmiddelmisbrukeren/tobakksrøykeren framfor å møte dem med idéelle krav og mål som mange vil synes er uoppnåelige.

Skadereduksjon er imidlertid ikke en entydig betegnelse. I mange tilfeller vil det være et spørsmål om skjønn hvorvidt et tiltak skal betegnes som forebygging (sikte mot å forhindre at uønsket atferd oppstår), behandling (sikte på å endre atferd) eller 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 substitusjonsbehandling 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 misbruk av opioider. 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 må kunne sies å komme inn under forebygging ved at det gir 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 har først og fremst som mål å beskytte tredjeperson mot skader av passiv røyking. Hvorvidt et slikt forbud skal klassifiseres som forebyggende eller skadereduserende, 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 fra tobakksrøyking.

Skadereduksjon ikke nytt

Selv om skadereduksjon er en relativt ny betegnelse i denne sammenheng, representerer ikke slike tiltak noe prinsipielt nytt. Flere av tiltakene innen for den tidligere alkoholistsomsorgen har i første rekke tatt sikte på å redusere eller lindre skader som følge av misbruk. Dette gjelder eksempelvis de gamle herbergene der alkoholmisbrukere kunne ta inn for å få tak over hodet i kalde vinternetter, avrusningsstasjoner der forventningene om videre behandling i praksis har vært tonet ned. Ordningen med vernehjem etter avviklingen av bestemmelsen i

løsgjengerloven som dømte alkoholmisbrukere til tvangsarbeid, kan også langt på vei sees i skadereduksjonsperspektiv.

Fram til HIV-epidemien ble narkotikamisbrukere i langt mindre grad enn alkoholmisbrukere møtt med tiltak som tok sikte på reduksjon av skader. Målet om rehabilitering sto av ulike grunner sterkere, selv om narkotikamisbrukerne også kunne være svært nedkjørte. Dette hadde trolig sin bakgrunn i at det i utgangspunktet var ungdom som ble misbrukere av narkotika, og at det derfor ble opplevd som nødvendig å «redde» de det gjaldt. De nedkjørte alkoholmisbrukerne hadde tradisjonelt vært eldre, og det var dermed lettere å få aksept for at det var behov for tiltak som ikke tok sikte på rehabilitering, men som kunne gjøre livet for de det gjaldt noe lettere å leve.

8.2 Lovgivning

Ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer er delt mellom kommune og stat. Kommunen har det som gjerne kalles et helhetlig og gjennomgående ansvar, mens staten ved de regionale helseforetakene har ansvar for å dekke behovet for spesialisert behandling for rusmiddelproblemer. Fylkeskommunen har imidlertid også et visst ansvarsområdet ved at noen grupper av rusmiddelmisbrukere har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste.

8.2.1 Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.)

Kommunens ansvar er regulert av helse- og omsorgstjenesteloven. Kapittel 3 som omhandler kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, gir et bilde av de ulike ansvarsområder. I § 3-1 heter det at: *«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.....»*

I kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver, omhandler § 5-6 sprøyterom: *«Sprøyteromsordninger etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunen avgjør om den vil etablere en sprøyteromsordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av sprøyteromordning.»*

Kapittel 6 regulerer samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Et samarbeid som også innbefatter rusmiddelmisbrukere. I kapittel 7 om individuell plan, stadfestes det at kommunen har et spesielt ansvar: *«Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet individuelle plan, og at planarbeidet koordineres. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her skal kommunen tilby koordinator.»*

Kapittel 10 omhandler tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere med bestemmelser om:

§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

§ 10-2. Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke

§10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

§ 10-4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

8.2.2 Spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.)

Statens ansvar for behandling av rusmiddelmisbruk i spesialisthelsetjenesten er regulert av spesialisthelsetjenesteloven. Kapittel 2 streker opp ansvarsfordeling og generelle oppgaver. De regionale helseforetakenes «sørge for» ansvar for spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon framgår av § 2-1a. Av de ansvarsområder som her nevnes er: *«tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta i mot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.»* (§ 2-1a første ledd nr 5).

§ 2-1e omhandler plikten til samhandling og samarbeid med henvisning til kapittel 6 i helse- og omsorgsloven.

§3-12 omhandler retten til henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer fra så vel helsetjenesten som den kommunale sosialtjenesten.

§ 3-15 omhandler plikten (når behov og pasienten ønsker det) til å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1a første ledd nr 5.

8.2.3 Pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter)

§ 2-1 omhandler retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. § 2-1 annet ledd fastslår at *«spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp»*.

§2-1 fjerde ledd omhandler pasientens rettighet ved fristbrudd. «Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen den frist som er satt i annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.»

§ 2-4 omhandler retten til fritt valg av sykehus/behandlingssted. Det slås her fast at «pasienter har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsykiatrisk senter eller institusjon for

tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av regionalt helseforetak eller har avtale med regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.»

8.2.4 Sprøyteromsloven (Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika)

Sprøyteromsloven angir rammer for en ordning med sprøyterom. Ut fra § 2 er en sprøyteromsordning å anse som kommunal helse- og omsorgstjeneste. Sprøyterom er ikke en lovpålagt tjeneste, men kommunen kan etablere en slik ordning etter godkjenning fra departementet (§ 3).

8.2.5 Tannhelsetjenesteloven (Lov om tannhelsetjenesten)

Ut fra bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 og rundskriv I-12/2005, I- 2/2006 og I-4/2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, 2006 og 2008) har rusmiddelmisbrukere som oppholder seg i døgninstitusjon i mer enn tre måneder, rusmiddelmisbrukere som mottar tjenester fra kommunen jf. helse- og omsorgsloven og pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste fra fylkeskommunen.

Lovene finnes på www.lovdata.no.

8.2.6 Retningslinjer og veiledere

Helsedirektoratet har gjennom flere år arbeidet med veiledere og retningslinjer for ulike tjenester på rusmiddelfeltet. Dette gjelder eksempelvis:

- Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS- 1505)
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (IS- 1701)
- Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948)
- Nasjonal retningslinje for gravide i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder (IS-1876)
- Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. IS- 1742
- Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS -2043)

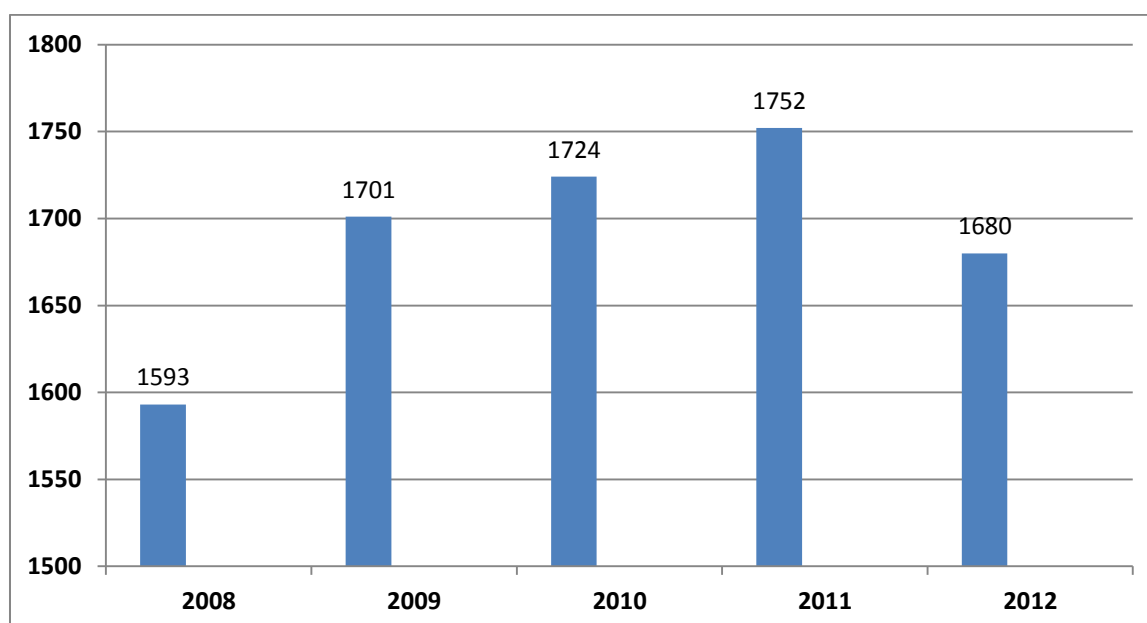
Retningslinjer og veiledere finnes på www.helsedir.no.

8.3 Behandling i spesialisthelsetjenesten

Som allerede nevnt skal de regionale helseforetakene sørge for at det er tilgjengelig behandling for rusmiddelproblemer («sørge for» ansvar). Ansvaret omfatter så vel poliklinisk behandling som dag- og døgnbehandling og kan gis i egne helseforetak eller gjennom private avtalepartnere. Tilbudet om døgnbehandling finnes stort sett innen den delen av spesialisthelsetjenesten som er gitt betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB), men det gis også døgnbehandling for rusmiddelmisbruk innen psykisk helsevern. Når det gjelder det polikliniske behandlingstilbudet, er dette dels organisert innen TSB, dels som del av psykisk helsevern (PHV).

Ifølge rapporteringen fra Samdata var det en økning i antall døgnplasser innen TSB fram til 2011, mens det var en nedgang i 2012 (tabell 8.1). Antallet omfatter døgnplasser eid av helseforetakene og døgnplasser der det foreligger samarbeidsavtaler med private tjenestetilbydere. Hovedkilden for Samdatas rapportering er Statistisk sentralbyrå (SSB). I SSBs rapportering inngår også antall etterverns plasser og kjøpsavtaler om såkalte ad hoc-plasser, men av ulike grunner er ikke disse med i Samdatas rapportering. Antall døgnplasser i TSB som framkommer i SSB sine oversikter er derfor noe høyere enn det som rapporteres fra Samdata.

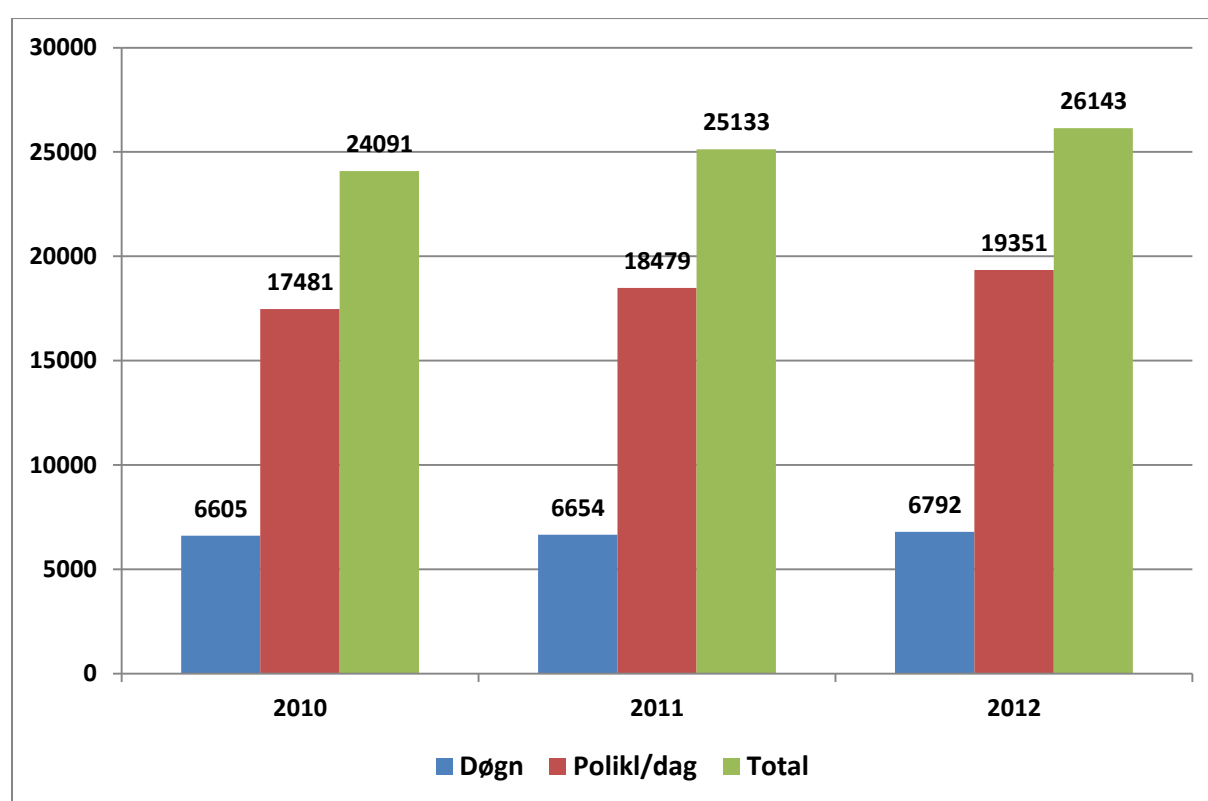
Figur 8.1: Antall døgnplasser i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB) 2008-2012



Kilde: Samdata

Fra Norsk pasientregister (NPR) har vi individbaserte data i årene fra 2010 om rusmiddelmisbrukere i behandling. Dette omfatter både pasienter som var i behandling i enheter innen TSB og i enheter innen PHV. Som det framgår av figur 8.2, var det ifølge NPR en økning fra omkring 24 000 pasienter i 2010 til omkring 26 000 i 2012. Av disse var noe over ¼ i døgnbehandling. Selv om det var en nedgang i antall plasser fra 2011 til 2012, gjorde dette seg ikke utslag i en tilsvarende nedgang i antall pasienter i døgnbehandling ved at det her var en økning fra 6 654 i 2011 til 6 792 i 2012. Det var også en økning i antall pasienter i poliklinisk behandling fra omkring 18 500 i 2011 til snaut 19 400 i 2012.

Figur 8.2: Antall pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelproblemer 2010-2012



Kilde. Norsk pasientregister

Det kan også være av interesse å få et bilde av fordelingen mellom pasienter diagnostisert med henholdsvis alkoholproblemer (ICD 10 kode F10) og narkotika-/medikamentproblemer (ICD-10 kode F11-19) som hovedtilstand. For de tre årene 2010, 2011 og 2012 - finner vi at det ble registrert 9- 10 000 pasienter per år i behandling for alkoholproblemer, og 15 – 16 000 i behandling for problemer med narkotika/medikamenter (tabell 8.1). Det vil igjen si at noe over 1/3 av pasientene i behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten, har diagnose knyttet til misbruk av alkohol, mens noe under 2/3 har diagnose knyttet til misbruk

av narkotika/medikamenter. Dette omfatter både pasienter i TSB og PHV. Når det gjelder fordeling mellom kvinner og menn, er denne omkring 30/70 både for pasienter med alkohol, og for pasienter med narkotika/medikamenter som hovedtilstand.

Tabell 8.1: Pasienter i behandling for rusmiddelproblemer 2010-2012

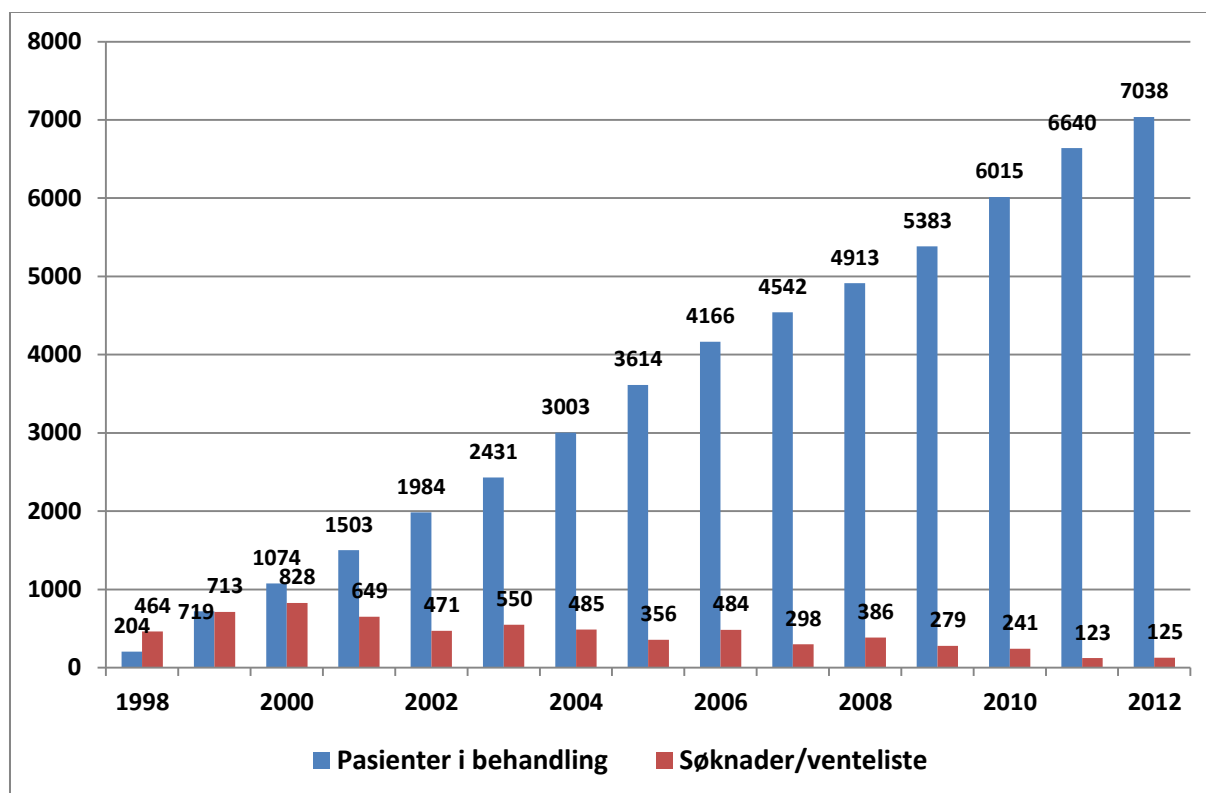
	Døgn	Poliklinisk + dag	Totalt
2010			
Alkohol (F10)	2 486	6 600 +36	9 122
Narkotika/Medik.(F11-19)	4 119	10 793 + 57	14 969
Totalt	6 605	17 393 +93	24 091
Alkohol/Narkotika+Medikamenter	38/62	38/62	38/62
2011			
Alkohol (F10)	2 662	6 697 + 35	9 394
Narkotika/Medik. (F11-19)	3 992	11 690 + 57	15 739
Totalt	6 654	18 387 + 92	25 133
Alkohol/Narkotika+Medikamenter	40/60	36/64	37/63
2012			
Alkohol (F10)	2 799	6 958 + 30	9 787
Narkotika/Medik. (F11-19)	3 993	12 318 + 45	16 356
Totalt	6 792	19 276 + 75	26 143
Alkohol/Narkotika+Medikamenter	41/59	36/64	37/63

Kilde: Norsk pasientregister

Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utgjør en vesentlig del av pasientene som er i behandling for narkotikaproblemer. Etter at substitusjonsbehandling i 1998 ble et permanent landsdekkende tilbud, har antall pasienter i slik behandling økt nærmest eksplosivt. Fra at det ved tusenårsskiftet var omkring 1 000 pasienter i substitusjonsbehandling, var antallet ved utgangen av 2012 noe over 7 000 (figur 8.3). I og med at dette er en behandling som for de fleste er mer eller mindre livsvarig, vil dette være en pasientgruppe der de samme vil gå igjen fra år til år. Som det framkommer av tabell 8.2 var det i 2012 omkring 6 500 pasienter med problemer knyttet til opiater som hovedtilstand (ICD-10 kode F-11). I og med at det ved utgangen av 2012 var registrert noe over 7 000 pasienter i legemiddelassistert behandling for opioidproblemer, ser det derfor ut til at ikke alle disse er registrert i NPR. Dette kan ha sammenheng med at mange av disse ble tatt inn som pasienter før 2010, og at de av ulike grunner har falt ut av rapporteringen.

Det var allerede fra starten problemer med ventelister for å komme i substitusjonsbehandling. Som det framgår av figur 8.3 er det fortsatt noen som står på venteliste for søknadsvurdering og noen som er gitt rett til slik behandling, men som venter på at behandlingen kan starte. Antallet er imidlertid betraktelig redusert sammenlignet med de første årene substitusjonsbehandling var tilgjengelig.

Figur 8.3: Antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og søknader/på venteliste. 1998-2012



Kilde. Seraf

Tabell 8.2 gir en mer detaljert oversikt over fordeling på ulike ICD-10 koder (hovedtilstand). Det kan her være verd å merke seg at det i 2012 var i overkant av 3 000 pasienter i behandling med cannabisproblemer som hovedtilstand.

Tabell 8.2: Antall pasienter med ulike ICD-10-koder i behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten (TSB og PHV) 2010-2012

Hovedtilstand	2010			2011			2012		
	Døgn	Polikl.*	Total	Døgn	Polikl.*	Total	Døgn	Polikl.*	Total
Alkohol (F10)	2486	6636	9 122	2662	6 732	9 394	2799	6 988	9787
Opiater (F11)	1270	4 142	5 412	1259	4 917	6 176	1084	5 463	6 547
Cannabis (F12)	384	2 120	2 504	444	2 332	2 776	505	2 549	3 054
Vaned. legemidler (F13)	362	730	1 092	344	786	1 130	380	744	1 124
Kokain (F 14)	19	121	140	20	123	143	21	100	121
Sentralstim. (F15)	640	1 211	1 851	652	1301	1953	619	1303	1922
Hallusinogener (F16)	12	19	31	16	24	40	25	21	46
Sniffing løsemidler (F18)	3	6	9	2	2	4	5	6	11
Flere stoffer (F 19)	1429	2496	3930	1255	2262	3517	1354	2 177	3 531
Til sammen	6605	17 481	24 091	6654	18 479	25133	6792	19 351	26143

* Omfatter også pasienter i dagbehandling, 30-35 per år.

Kilde: Norsk pasientregister

8.4 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke

Helse- og omsorgsloven kapittel 10 omhandler tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere. § 10-1 regulerer kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende. § 10-2 regulerer tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke (erstatte § 6-2 i den tidlige sosialtjenesteloven), mens § 10.3 regulerer tilbakeholdelse av gravide (erstatte § 6-2a i den tidligere sosialtjenesteloven). Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke forberedes av den kommunale sosialtjenesten/NAV, og fremmes for Fylkesnemnda for sosiale saker. Vilkår for vedtak om ufrivillig tilbakeholdelse: *«Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilretteleggelse av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.»* Når det gjelder tilbakeholdelse av gravide, er vilkåret for vedtak om tilbakeholdelse: *«dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig.»* Tilbakeholdelsen kan gjelde hele svangerskapet.

Saker om tilbakeholdelse i institusjon skal i utgangspunktet behandles i Fylkesnemnda for sosial saker. I tilfeller der det bestemmes skal ivareta, kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks, kan kommunen fatte midlertidig vedtak (helse- og omsorgsloven § 10.2 - 4. ledd). Er det truffet midlertidige vedtak, skal forslag om endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker (§ 10.2 – 5. ledd).

Antall vedtak etter § 10-2 har i de siste årene vært i overkant av 100, noe som må sies å være relativt lavt (tabell 8.3). Antall vedtak om tilbakeholdelse av gravide har vært stabilt med 25-30 vedtak per år. Det må gjøres oppmerksom på at antall vedtak ikke er lik antall saker eller personer som det er fattet vedtak mot. Dette fordi det kan fattes flere vedtak mot samme person. En kan heller ikke summere antall endelige og midlertidige vedtak jf. det som er sagt om at midlertidige vedtak skal fremmes for fylkesnemnda for endelig vedtak.

Tabell 8.3: Vedtak i fylkesnemndene for sosiale saker 1996-2012

	§ 10-2	§ 10-2 midlert. Vedtak	§ 10-3	§ 10-3 midlert. vedtak
1996	18		8	26
1997	21		9	18
1998	29		16	30
1999	46	33	17	42
2000	22	31	8	19
2001	39	31	12	11
2002	38	35	17	34
2003	42	30	21	24
2004	49	58	15	22
2005	80	66	25	30
2006	65	49	29	33
2007	83	54	30	43
2008	71	50	23	49
2009	87	88	29	46
2010	106	106	25	45
2011	101	100	28	42
2012	109	103	28	43

Kilde: Helsedirektoratet

8.5 Vederlagsfri tannhelsetjeneste

Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. I årene 2005 – 2008 fikk rusmiddelmisbrukere som oppholdt seg i døgninstitusjon i mer enn tre måneder, rusmiddelmisbrukere som mottok visse kommunale tjenester, og pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste. Ut fra informasjon innhentet fra fylkestannlegene om hvor mange rusmiddelmisbrukere som ut fra den gitte ordningen har mottatt tilbudet, ser vi at det har vært en jevn økning etterhvert som ordningen har kommet i drift. Mens det i 2007 var vel 1 900 rusmiddelmisbrukere som mottok vederlagsfri tannhelsetjeneste fra fylkeskommunen, var det tilsvarende antall i 2012 noe over 5 000 (se vedleggstabell 8.1). Antallet er trolig høyere på grunn av noe mangelfull registreringspraksis.

8.6 Kommunale tjenester

Som for andre borgere har kommunen ansvar for å yte nødvendige helse- og sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere. Det foreligger imidlertid ingen systematisk data om hva det kommunale

tjenestetilbudet omfatter, eller om bruk av slike tjenester. Dette gjelder eksempelvis lavterskel helsetjenester, tilrettelagte botilbud, sprøyterutdeling osv. I et forsøk på å få slik informasjon ble det våren 2012 sendt et lite spørreskjema til de største kommunene. De innkomne svarene var imidlertid til dels svært mangelfulle og derfor ikke egnet til å settes sammen til noen form for oversikt. Det som kan sies, er at de fleste store kommunene ser ut til å ha lavterskel helsetilbud og såkalte væresteder for rusmiddelmisbrukere. Videre har de fleste større kommunene en eller annen form for organisert utdeling av sprøyter. Det kan anslås at det i Norge deles ut noe over 3 millioner sprøyter i året.

8.6.1 Sprøyterommet i Oslo

I desember 2004 vedtok Stortinget en midlertid lov og forskrift om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika – sprøyteromsloven. Loven ble gjort permanent i 2009 og gir kommunene anledning til å etablere sprøyterom. Ordningen skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet. Enn så lenge er det bare Oslo kommune som har valgt å ta i bruk ordningen, og sprøyterommet i Oslo har vært i drift siden 1. februar 2005. Fra starten var åpningstiden kl 10.00 – 15.00, men ble etter kort tid utvidet til kl 09.30 – 16.00. I 2007 flyttet sprøyterommet til nye og større lokaler, noe som ga økt kapasitet. Kapasiteten ble ytterligere økt i september 2009 ved at åpningstiden ble utvidet til kl 09.00-19.30 mandag-torsdag, mens det fredag til søndag ble holdt åpnet kl 09.00-15.00. I september 2013 ble åpningstiden igjen utvidet til kl 09.00-21.30 mandag til fredag og kl 10-16.00 i helgene. For å bli registrert som bruker av ordningen, må en være fylt 18 år og være tungt belastet heroinmisbruker. Ordningen er begrenset til injisering av heroin som må framvises for de ansatte.

De ansatte i sprøyterommet registrerer systematisk bruken av tjenesten. Tabell 8.4 viser noen nøkkeltall. Det har vært en jevn økning i antall registrerte brukere fra 300 i 2005 til 2 775 i 2012. Økningen må ses i sammenheng med økningen i kapasitet. Det framgår av tabellen at økningen i antall registrerte brukere fra 2011 til 2012, var lavere enn i de foregående år. Det kan utfra dette være grunn til å tro at de fleste injeksjonsbrukerne i Oslo nå er registrert som brukere av ordningen.

Antall personer som faktisk har brukt ordningen i de enkelte år, har naturlig nok også økt, men har med unntak av de første årene, vært langt lavere enn antall registrerte brukere. Av de snaut 2 775 brukere som var registrert i 2012, var det 1 557 som hadde brukt tjenesten. Antall injeksjoner per år har økt jevnt fra noe over 8 000 i 2005 til snaut 34 000 i 2012, noe som for 2012 gir et gjennomsnitt på 92 per dag. Selv om vi ikke vet hvor mange injeksjoner som settes i Oslo i løpet av en dag, er det grunn til å tro at sprøyterommet bare dekker en begrenset andel.

Andel overdoser i sprøyterommet har vært relativt stabil med 0,6 prosent av alle satte injeksjoner. Ingen av overdosene har ført til dødsfall.

Tabell 8.4: Bruk av sprøyterommet i Oslo 2005-2012

	2005	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antall registrerte brukere totalt*	300	400	674	1224	1665	2211	2556	2775
Antall brukere per år**	277	297	486	923	***	1484	1539	1557
Antall injeksjoner	8318	8101	1165 4	1948 0	2594 0	2836 8	2920 4	3374 1
Antall ganger ringt 113	35	36	70	122	155	164	155	196
Andel overdoser av alle injeksjoner ****	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,6 %

*Antall brukernummer delt ut fra sprøyterommet åpnet i 1.2.2005.

** Antall som faktisk har brukt sprøyterommet per år.

***Antall brukere for 2009 foreligger ikke.

**** Ingen av overdosene har ført til dødsfall

Kilde: Oslo kommune/Velferdsetaten

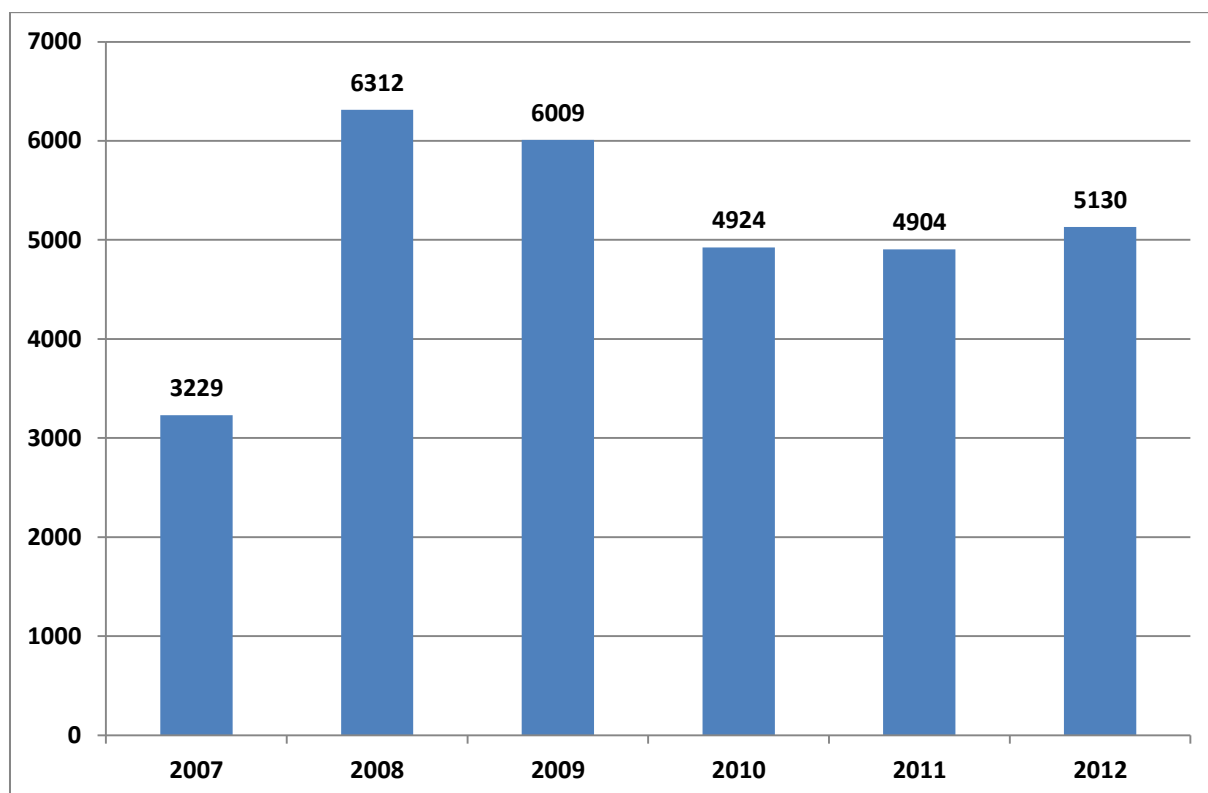
8.7 Andre tjenester

8.7.1 RUStelefonen

RUStelefonen er en nasjonal opplysningstjeneste om rusmiddelproblematikk, og er ment å være et supplement til det øvrige hjelpeapparatet. Den kan nås via telefon, SMS, chat, internett, via Klara-Klok.no og Ung.no. Tjenesten ble etablert i 2002. Den finansieres av Helsedirektoratet og driftes av Oslo kommune. Målgruppe er ungdom som eksperimenterer/prøver ut rusmidler, og pårørende som er bekymret for familiemedlemmers bruk av rusmidler. Det gis informasjon om ulike rusmidler, råd og veiledning om hjelpetjenester og behandling.

Figur 8.4 viser antall behandlede henvendelser for årene 2007 – 2012. Etter en økning fra noe over 3 000 i 2007 til noe over 6 000 i 2008, var det så en nedgang. I de siste tre årene har antall behandlede henvendelser vært omkring 5 000. En detaljer oversikt over henvendelser via de ulike kanalene framgår av vedleggstabell 8.1.

Figur 8.4: Antall forespørsler behandlet av RUStelefonen , 2007-2012



Kilde: RUStelefonen

8.7.2 Røyketelefonen

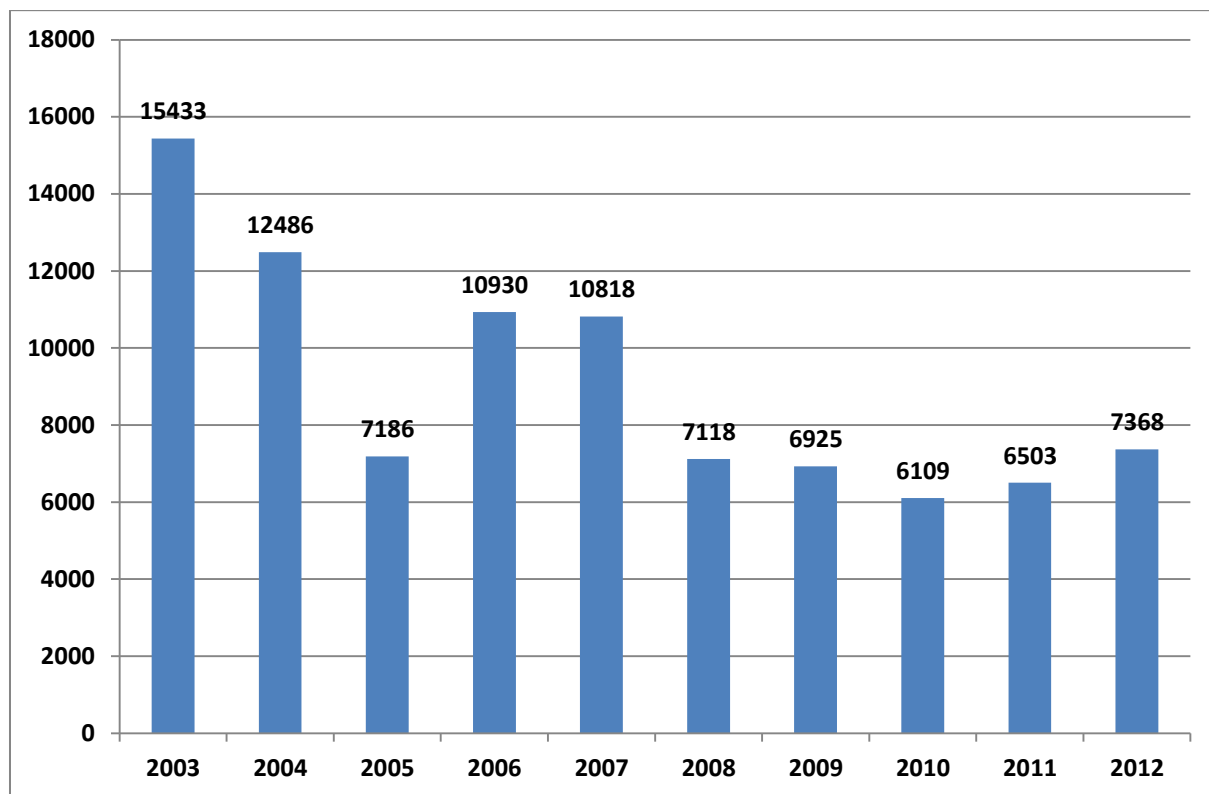
Røyketelefonen drives av Helsedirektoratet og gir veiledning i røyke- og snuslutt.

Røyketelefonen kan også svare på spørsmål om bruk av tobakk, nikotinavhengighet og tobakksavvenning fra studenter, helsepersonell, kursledere og andre interesserte. Tjenesten er bemannet fra kl 09.00 – 18.00 på hverdager. Åpningstiden justeres i ferieperioder og under kampanjer.

Røyketelefonen har tilbud om gratis oppfølging med veiledning over tid for personer som er i en slutteprosess. Oppfølgingstjenesten består av en kartleggende innmeldingssamtale og inntil 12 oppfølgende veiledningssamtaler samt en avsluttende evalueringssamtale.

Antall henvendelser gjennom de siste 10 årene viser relativt store variasjoner, og påvirkes trolig av markedsføring (figur 8.5).

Figur 8.5: Antall besvarte henvendelser Røyketelefonen, 2003-2012



Kilde: Røyketelefonen

8.8 Historisk oversikt

I det følgende gis en oversikt over hendelser og beslutninger med betydning for utvikling av tjenestetilbudet på rusmiddelfeltet.

1900 Lov om løsgjengeri, drukkenskap og betleri ble vedtatt. Trådte i kraft i 1907. Dette var en lov som kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av alkoholistsorgen i de følgende 70 år. Loven ga bestemmelser om straff for beruselse på offentlig sted og for offentlig forstyrrelse i beruset tilstand. Loven innebar at det for mer «kronisk» løsgjengeri og personer som var «forfalt til drukkenskap», kunne idømmes anbringelse i tvangsarbeidshus eller kuranstalt.

1909 Det første kursted for alkoholmisbrukere ble opprettet av Blå Kors (Eina). Opprettelsen kan ses som en reaksjon mot at det først og fremst var de mest langtkomne og sosialt utslåtte alkoholmisbrukerne som sto i fokus for den offentlige innsatsen. I årene som fulgte ble det også opprettet kursteder i regi av Lægeforeningen (Ørje 1910) og Hvite Baand (Jeløy for kvinner 1913).

1920 Staten overtar Ørje kursted fra Lægeforeningen. Ordningen med herberger vokste fram. Herbergene ble opprettet for å gi husløse tak over hodet og kom etter hvert til å bli en kvantitativt viktig del av alkoholistsorgen.

1926 Regjeringen oppnevnte et utvalg (Edrueghetskomitéen av 1926) som skulle vurdere oppbyggingen av en behandlingsorganisasjon for alkoholmisbrukere.

1928 Edrueghetskomitéen av 1926 avga sin innstilling.

1932 Edruskapsloven, som hadde sitt grunnlag i innstillingen fra det regjeringsoppnevnte utvalget fra 1926, ble vedtatt. Loven ga bl a hjemmel for opprettelse av kommunale edruskapsnemnder og anledning til å legge inn pasienter på kursted under tvang. En av edruskapsnemndenes oppgave var å ta seg av alkoholmisbrukere og treffe bestemmelse om anbringelse i sykehus eller kursted.

1936 Statens edrueghetsråd ble opprettet som forvaltningsorgan for edruskapsloven.

1939 Edruskapsloven, vedtatt i 1932, trådte i kraft. Loven innebar bestemmelser om oppnevning av kommunale edruskapsnemnder som bl.a. hadde til oppgave å drive forebyggende arbeid for å bedre edruegheten. Loven hjemlet også muligheten til å foreta tvangsinnleggelse i kuranstalt i inntil to år.

1947 Stortinget oppnevner en Alkoholistforsorgskomite.

1948 AA åpnet sin første poliklinikk.

1949 Stillingen som overlege for alkoholistforsorgen ble opprettet. Overlegen avgjorde søknader om innleggelse på statens kursteder og private kursteder når søknaden kom gjennom edruskapsnemndene, utskrivinger og viktige saker angående disiplinærforseelser. Dette var avgjørelser som tidligere ble foretatt av Sosialdepartementet. Overlegen var samtidig styrer på Bjørnebekk kursted.

1951 Den første A-klinikk i regi av AA ble opprettet. Tok sikte på medisinsk korttidsbehandling. Det kom etter hvert flere slike A-klinikker som var mer orientert mot en medisinsk behandling av alkoholmisbruk enn de tradisjonelle kurstedene. A-klinikkene ble lagt under Helsedirektoratet og fikk en høyere status enn kurstedene og tilsynshjemmene som var underlagt Sosialdepartementet.

1953 Det første tilsynshjemmet ble opprettet (Kameratheimen Stavanger). Målet med tilsynshjem var å gi hjelp på et tidligere stadium enn hva gjaldt behandling i kursted. Klientene skulle helst være i arbeid. Ble etter hvert brukt mest i ettervern etter klinikk-/kuropphold.

1959 En utvalgsinnstilling om den videre utbyggingen av alkoholistforsorgen understreket betydningen av virksomheten drevet av ideelle organisasjoner, men at dette ikke fritok staten for et overordnet ansvar (St. meld. 59 for 1959 Om den videre utbygging av alkoholistforsorgen)

1961 Statens klinikk for narkomane (SKN) beliggende på Hov i Søndre Land, ble opprettet. Klinikken ble etablert for å ta i mot de såkalt «klassiske» narkomane. Dette var som regel personer som hadde utviklet misbruk av opiatholdige legemidler, som f eks morfin.

1969 Uteseksjonen i Oslo ble opprettet for å arbeide oppsøkende og forebyggende arbeid blant ungdom i de nyoppståtte narkotikamiljøene. Etter hvert opprettet flere kommuner slike oppsøkende virksomheter (utekontakter).

1970 Stortinget vedtok vesentlige endringer i løsgjengerloven ved at §§ 16 og 18 ble opphevet. Dermed opphørte muligheten for tvangsanbringelse i det som ble kalt arbeidshus og det var ikke lenger forbudt å være beruset på offentlig sted. Gjennom endringene i løsgjengerloven ble ansvaret for såkalte løsgjengere overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet. Det ble oppnevnt et «rådgivende aksjonsutvalg» (Birkelundutvalget - alkoholistsorgsutvalget) som skulle utrede tiltak som burde settes i verk etter endringene i løsgjengerloven. For å møte den aktuelle gruppens behov for ulike former for omsorgstiltak ble det etter hvert opprettet avrusningsstasjoner og vernehjem. Landets første avrusningsstasjon ble opprettet i Oslo i 1970. Vernehjemmene var et tilbud til eldre hjemløse alkoholmisbrukere.

1971 Statens økende engasjement i alkoholistomsorgen fikk sin start.

Stillingen som overlege for alkoholistomsorgen ble overført fra Bjørnebekk kursted til Statens edruskapsdirektorat.

1972 Alkoholistomsorgsutvalgets hovedutredning ble lagt fram. Utvalget tok til orde for at det burde være en A-klinikk i de største byene, og at en etablerte poliklinikker i de 20 største byene/tettstedene. I tillegg til etablering av vernehjem og avrusningsstasjoner, ble det foreslått en utbygging av hybelhus og vernede boliger.

1975 St. meld. nr. 17 (1975-76) Om alkoholistomsorgen la opp til en integrering og utbygging av tilbudet utenfor institusjon. Samtidig ble det lagt opp til en regionalisering av institusjonstilbudet slik at hvert fylke ble ansvarlig for å dekke sitt behov for institusjonsbehandling. Det ble også lagt opp til en satsing på poliklinikker, avrusningsstasjoner og andre former for korttidsbehandling som ikke fjerner pasientene for mye fra bo- og arbeidsmiljø.

1976 St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer. Meldingen dannet blant annet grunnlag for en systematisk utbygging av de psykiatriske ungdomsteamene (PUT), som hadde begynt å vokse fram.

1979 St. prp. nr 138 (1978-79) Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og om endringer i statsbudsjettet og trygdebudsjettet for 1979. Planen inneholdt en lang rekke tiltak som ble fulgt opp med økonomiske midler. Dette gjaldt eksempelvis styrking av Uteseksjonen i Oslo, nye behandlingsenheter i og utenfor institusjon.

1985 Fylkeskommunene fikk et utvidet ansvar for alkoholistinstitusjonene (Ot. prp. nr 42 (1982-83). Bakgrunnen var uoversiktlige og kompliserte ansvarsforhold og finansierungsordninger. Ut fra at synet på rusmiddelskader og rusmiddelavhengighet hadde endret seg fra en helsefaglig til en mer sosialfaglig forståelse, ble det vedtatt at spesialinstitusjonene for personer med alkoholproblemer skulle defineres som sosialinstitusjoner og at man i prinsippet bare sondret mellom behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner på den ene siden og omsorgsinstitusjoner på den andre siden. Ble satt i gang et femårig prøvefylkeprosjekt i Nordland og Østfold med mål om å bygge ut funksjonelle hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere i et samarbeid mellom fylkeskommune og kommune.

1987 St. meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse. Har som utgangspunkt at forskning har gitt nye erkjennelser og mer viten om alkoholens skadevirkninger. Det blir framhevet at det særlig er forskning om skader som resultat av mer tilfeldig alkoholbruk som gir bakgrunn for ny vurdering av alkoholpolitiske tiltak. Det understrekes at det har skjedd en forskyvning i vektleggingen av årsakene til alkoholens skadevirkninger. Det påpekes at mens en tidligere la

en hovedvekt på kjennetegn ved brukeren, blir det nå lagt en hovedvekt på forholdet mellom totalforbruk, antall storforbrukere, drikkemønsteret og skaderisiko (totalkonsummodellen). En reduksjon av totalforbruket med 25 prosent innen år 2000 i overensstemmelse med WHO's anbefaling, settes opp som det viktigste mål.

Vektlegging av polikliniske behandlingstilbud framfor behandling i institusjon for personer med alkoholproblemer, blant annet for å nå en videre målgruppe enn de mest langtkomne og synlige problemdrikkere.

1988 Den såkalte AIDS-informasjonsbussen (sprøytebussen) i Oslo startet sin virksomhet. Etter hvert begynte flere kommuner å dele ut sprøyter og kanyler.

Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk – utvikling av behandlingsskapasiteten 1988-1992. Med bakgrunn i at flere stoffmisbrukere ønsker hjelp og behandling som følge av angst for HIV-smitte, tar Regjeringen sikte på å opprette 300-350 nye heldøgns plasser.

1992 St. meld. nr. 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmissbrukere. Viser til den vedtatte sosialtjenesteloven og fastslår at særomsorgen for rusmiddelmissbrukere dermed er avviklet og grunnlaget lagt for å utvikle et differensiert og helhetlig tiltaksapparat på fylkeskommunalt, kommunalt og lokalsamfunnsnivå. Det framheves at behandlingen av alle typer rusmidler bør ses i sammenheng. Hjelpe- og behandlingstiltakene bør differensieres etter oppgaver og behov som i hovedsak knytter seg til alder, forholdet til arbeidsliv, familie og sosialt nettverk.

1993 Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) trer i kraft og erstatter lov om sosial omsorg, lov om edruskapsvern og lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner (Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.). Fylkeskommunen får dermed et samlet generelt ansvar for behandlingssenheter for rusmiddelmissbrukere. Behandling i døgninstitusjon finansieres gjennom en delt betaling mellom kommune og fylkeskommune. Kommunen får ansvar for sosiale tjenester, herunder omsorgsbaserte boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kapittel 6 omhandler særlige tiltak for rusmiddelmissbrukere. § 6-2 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder. Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke skal fremmes av sosialtjenesten i kommunen og fremmes for Fylkesnemnda for sosiale saker. Grunnlag for å fremme sak om tilbakeholdelse: *«dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i opptil tre måneder»*. § 6-3 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke i inntil tre uker.

De første (av til sammen syv) regionale kompetansesentrene på rusmiddelfeltet blir etablert.

1994 Det settes i gang et treårig forsøksprosjekt med substitusjonsbehandling med metadon med plass til 50 pasienter.

1996 Sosialtjenesteloven § 6-2a, om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide inntil barnet er født, trer i kraft.

1997 Stortinget vedtar at substitusjonsbehandling med metadon (metadonassistert rehabilitering - MAR) skal etableres som et permanent landsdekkende tilbud.

1999 En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet la fram tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere (de såkalt Nesvåg-rapportene).

2002 RUStelefonen, en bekymringstelefon der ungdom, pårørende og andre kan få råd og hjelp i risikosituasjoner, blir opprettet.

2003 Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Blant de områder som omtales er tidlig intervensjon for rusmiddelproblemer, bedre behandlingstilbud samt omsorgs- og skadereduserende tilbud.

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. Utredning fra en kommisjon nedsatt av Sosial- og helsedepartementet for å oppsummere kunnskapen på rusmiddelfeltet. Utredningen gir en oversikt over internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet.

2004 Rusreformen trår i kraft. Reformen innebar at behandling for rusmiddelmisbruk ble en del av den statlige spesialisthelsetjenesten under betegnelsen «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk» TSB. Reformen innebar at rusmiddelmisbrukere i behandling har rettigheter etter pasientrettighetsloven, noe som bl.a. innebærer at de som pasienter har rett til fritt å velge behandlingssted som inngår i de regionale helseforetakenes tilbud.

Stortingets behandling av reformen hadde sitt utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner (Ot. prp. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere) og Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)). I den første proposisjonen foreslo Regjeringen overføring av sektoransvar fra fylkeskommune til stat for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere som ble vurdert til å yte spesialiserte helsetjenester (Rusreform I). I den andre proposisjonen foreslo Regjeringen at fylkeskommunens ansvar for behandlingssenheter som ble vurdert til å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, skulle overføres til kommunene (Rusreform II). Stortinget ga sin tilslutning til Rusreform I (jf. Innst. O. nr 51 (2002-2003)), men gikk imot Regjeringens forslag til Rusreform II (jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004)), og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene.

Ved at behandlingsinstitusjoner ble hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, fikk pasienter rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste ved opphold på minst 3 måneder.

Stortinget vedtar en midlertidig lov om forsøk med sprøyterom (Ot.prp nr 56 (2003-2004) Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika og Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juni 2004 nr 64 om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika).

2005 Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Blant de prioriterte områdene som nevnes er: forebygging og tidlig intervensjon, helhetlig rehabilitering og behandling, forskning samt nordisk og internasjonalt samarbeid.

Oslo åpner landets første (og per 2013 landets eneste) sprøyterom.

2006 Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde klienter i kommunal rusomsorg.

2007 Det innføres en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer. Ot.prp. nr 53 (2006-2007). Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.

2008 Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010. Planen ble senere utvidet til å gjelde ut 2012. Heter her at: Regjeringens politikk på rusmiddelfeltet har som overordnede mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål: Tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling, økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Helse- og omsorgsminister Bjarne Haakon Hansen tar til orde for at Norge bør vurdere heroinbehandling.

Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde pasienter i legemiddelassistert rehabilitering.

2009 Regjeringen oppnevner Stoltenbergutvalget – som gis i mandat å komme med forslag om hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige skal få bedre hjelp, deriblant vurdere hvorvidt Norge bør sette i gang heroinbehandling.

Sprøyteromsloven blir gjort permanent. Ot. prp. nr. 59 (2008-2009) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.

2010 Stoltenbergutvalget legger fram sin rapport (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Rapporten inneholder 22 forslag, hvorav 21 er enstemmige. Når det gjelder forslag om å åpne

for et tidsbegrenset forsøksprosjekt med heroin deler utvalget seg i et flertall på fem som er for og et mindretall på fire som går i mot.

2011 Konsensuskonferanse i regi av Norges forskningsråd for å drøfte faglige, etiske og prioriteringsmessige sider ved forslaget om å tilby heroinassistert behandling (Forskningsrådet 2011). Etter konsensuskonferansen oversendte forskningsrådet en konsensusrapport utarbeidet av et bredt sammensatt panel som konkluderte med at det ikke er godt nok grunnlag for å innføre heroinassistert behandling i Norge.

2012 Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid) og ny helse- og omsorgstjenestelov (helse- og omsorgstjenesteloven) trer i kraft (Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m). Den nye helse- og omsorgsloven erstatter den tidligere sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Tiltak for rusmiddelmisbrukere omhandles i ulike kapitler. Et eget kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige (kap 6 i den tidligere sosialtjenesteloven).

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping. Fem områder som særlig vektlegges: 1) forebygging og tidlig innsats, 2) samhandling – tjenester som jobber sammen, 3) økt kompetanse og bedre kvalitet, 4) hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall, 5) innsats for pårørende og mot passiv drikking.

8.9 Kilder og referanser

Bønes, B. Alkoholistsorg i Norge. En historisk oversikt. Statens institutt for alkoholforskning, 1977

Forskningsrådet (2011) Heroinassistert behandling. Rapport fra konsensuskonferansen 21. juni 2011.

Hallgrimson, O. (1980). Methadone treatment: The Nordic Attitude. Journal of Drug Issues. 10, 463-475.

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Rundskriv I-12/2005 Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Rundskriv I-2/2006. Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Vederlagsfrie tannhelsetjenester for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 – økning i rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Opptappingsplan for rusfeltet 2008-2010.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) Rapport om narkotika (Stoltenbergutvalget)

Helsedirektoratet (1976). Rundskriv

Helsedirektoratet (2010). Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet.

Innst. O. nr 51 (2002-2003).

Innst. O. nr. 4 (2003-2004).

NAV (1992) Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler.

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg!

NOU 1995:24. Alkoholpolitikken i endring?

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet.

(Ot. prp. nr 42 (1982-83) xxx.

Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.

Ot. prp. nr 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere).

Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).

Ot.prp nr 56 (2003-2004) om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika.

Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juni 2004 nr 64 om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika.

Ot.prp. nr 53 (2006-2007). Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.

Ot. prp. nr. 59 (2008-2009) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.

Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgsloven).

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008.

Sosialdepartementet (1988). Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk. Utvikling av behandlingsskapiteten i perioden 1988-92.

Sosial- og helsedepartementet (1998). Rundskriv I-25/98. Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering.

Sosial- og helsedepartementet (1999) Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere, delrapport I, II og III (Nesvågrapportene).

Sosial- og helsedepartementet (2000). Rundskriv I-35/2000. Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.

St. meld. 59 for 1959 Om den videre utbygging av alkoholistforsorgen.

St. meld. nr. 17 (1975-76) Om alkoholistomsorgen.

St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer.

St. prp. nr 138 (1978-79) Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og om endringer i statsbudsjettet og trygdebudsjettet for 1979.

St. meld 13 (1985.86). Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.

St. meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse.

St. meld. nr. 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmisbrukere.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid.

www.helsedir.no

www.lovdata.no

8.10 Vedleggstabeller

Vedleggtabell 8.1: Antall forespørsler behandlet av RUStelefonen 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Telefontjeneste*	2 829	3 201	3 094	3 023	2 757	2 743
SMS-tjeneste behandlet av veileder	***	1 876	1 610	713	596	364
Spørretjeneste hjemmeside	273	415	398	446	467	562
Klara-Klok.no**	127	618	616	521	739	727
Ung.no**	0	202	291	221	345	467
Chat	***	***	***	***	***	267
Total	3 229	6 312	6 009	4 924	4 904	5 130

* Ubesvarte henvendelser er ikke inkludert i tidsserien. Innringere som legger på umiddelbart og/eller ringer feil er også luket ut.

** Klara-Klok.no og Ung.no er eksterne tjenester hvor RUStelefonen besvarer rusrelaterte spørsmål fra ungdom.

*** Tjenesten var ikke igangsatt på dette tidspunktet.

Kilde: RUStelefonen (rustelefonen.no)

