

SIRUS

SIRUS RAPPORT 1/2014

Linn Gjersing & Thomas Anton Sandøy

Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer

Linn Gjersing & Thomas Anton Sandøy

Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer

SIRUS-rapport nr. 1/2014

Statens institutt for rusmiddelforskning

Oslo 2014

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er et selvstendig forskningsinstitutt under Helse- og omsorgsdepartementet. SIRUS har som formål å utføre forskning, dokumentasjon og formidling omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet har nasjonalt kompetansebibliotek på rusmiddelfeltet og er nasjonalt kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningssenteret, EMCDDA

Copyright SIRUS

Oslo 2014

ISBN 978-82-7171-413-0 (pdf) (2. oppl. med mindre rettelser)

ISSN 1502-8178

SIRUS

P.b. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgt. 2 B

Telefon: 22 34 04 00

E-post: sirus@sirus.no

www.sirus.no

Forord

Resultatene som presenteres i denne rapporten er en beskrivelse av narkotikabrukere som ble intervjuet i syv norske byer høsten 2013. I denne rapporten omtales personer som har brukt illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler som narkotikabrukere. Undersøkelsen danner grunnlaget for en prospektiv kohortstudie hvor data fra intervjuene skal kobles med aktuelle registre etter henholdsvis 2, 5, 10, 15, 20 og 30 år. Samtidig inngår undersøkelsen i evalueringen av den pågående overdosestrategien, et oppdrag SIRUS fikk fra Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2013.

Dette er den mest omfattende undersøkelsen av narkotikabrukere i aktiv rus rekruttert utenfor behandling eller fengsel i Norge. Med aktiv rus menes at de hadde brukt illegalt opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker. I rapporten beskrives blant annet informantenes bosituasjon, type rusmiddel som blir brukt, hyppighet av bruk, inntekt og narkotikapriser. Selv om resultatene ikke kan generaliseres til alle narkotikabrukere i Norge, gir rapporten et situasjonsbilde av den gruppen som ble intervjuet høsten 2013.

Det ligger betydelig innsats fra mange bak undersøkelsen. Den hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten uvurderlig hjelp av ansatte ved ulike lavterskeltiltak i de aktuelle byene, informantene som stilte opp til intervju, og alle de lokale assistentene som hjalp til med forberedelser til undersøkelsen og til å gjennomføre intervjuene. Vi håper rapporten kan være til nytte både for dem som bidro til undersøkelsen, men også for andre som har interesse for rusmiddelfeltet.

En stor takk rettes også til kolleger ved SIRUS, spesielt Astrid Skretting og Odd Hordvin for verdifulle kommentarer til manuset.

Linn Gjersing og Thomas Anton Sandøy, Oslo, juni 2014

Innhold

Forord	3
Definisjon av begreper	5
Sammendrag	6
1 Bakgrunn	10
2 Metode	13
2.1 Inklusjon og rekruttering	13
2.2 Spørreskjema	15
2.3 Dataanalyse	15
2.4 Etikk og datalagring	15
2.5 Representativitet	16
2.6 Intervjusituasjonen i de ulike byene	16
3 Beskrivelse av utvalget	21
3.1 Kjønn	21
3.2 Alder	22
3.3 Opprinnelsesland	23
3.4 Utdanning	23
3.5 Bosituasjon	25
3.6 Kontakt med tiltaksapparatet og fengsel siste fire uker	26
3.7 Finansiering av stoffbruk	28
Lovlige inntektskilder	29
Ulovlige inntektskilder	30
4 Debutalder for narkotika og sprøyter	32
4.1 Stoff- og sprøyte debut	32
5 Bruk av rusmidler siste fire uker	36
5.1 Sprøytebruk siste fire uker	36
5.2 Type stoff i sprøyte siste fire uker	38
5.3 Forskjeller mellom byene i injeksjon av ulike stoffer	39
6 Bruk av rusmidler som drikkes, spises, røykes eller sniffes	42
6.1 Alkohol	42
6.2 Hasj/marihuana	44
6.3 Piller	44
6.4 Heroinrøyking	45
6.5 Sniffet eller spist amfetamin	46
6.6 Spist eller sniffet morfin	47
6.7 Illegal bruk av metadon og subutex/subuxone	48
7 Stoffpriser	49
8 Overdoser	51
9 Avsluttende kommentarer	52
Litteratur	54
English summary	58

Definisjon av begreper

Narkotikabrukere: Personer som bruker illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler omtales i rapporten som narkotikabrukere.

Sprøytebrukere: Personer som injiserer illegale rusmidler omtales som sprøytebrukere.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR): Medikamentell behandling for opioidavhengighet med metadon, eller buprenorfinpreparatet subutex eller buprenorfin/naloksonpreparatet subuxone.

Narkotikarelaterte dødsfall: Omfatter både narkotikainduserte dødsfall og dødelighet som skyldes bruk av narkotika.

Narkotikainduserte dødsfall: Dødsfall som skjer kort tid etter inntak av en eller flere psykoaktive stoffer, og der dødsfallet er direkte relatert til inntaket av dette eller disse stoffene (EMCDDA, 2009).

Overdose: Forgiftning som fører til bevisstløshet som følge av inntak av et eller flere psykoaktive stoffer. Hvis dette fører til et dødsfall, så omtales dødsfallet i rapporten som en fatal overdose eller et narkotikaindusert dødsfall.

Sammendrag

Dette er den mest omfattende undersøkelsen som er gjort blant narkotikabrukere (n=1 020) i aktiv rus i Norge. I denne rapporten omtales personer som har brukt illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler som narkotikabrukere. Med aktiv rus menes at personene har brukt illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker. Utvalget ble i hovedsak rekruttert fra eller utenfor ulike lavterskeltiltak i Oslo (n=519), Bergen (n=113), Stavanger (n=68), Sandnes (n=31), Trondheim (n=98), Tromsø (n=97) og Kristiansand (n=94). Noen ble også rekruttert på gateplan. Formålet med rapporten er å gi et øyeblikksbilde av den illegale, såkalt «tunge» narkotikabruken i syv norske byer høsten 2013, og å beskrive brukerne av illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler. I tillegg er formålet å se etter likheter og ulikheter i bruksmønstre mellom utvalgene i de syv byene. Dette vil kunne gi kunnskap som kan brukes i arbeidet med forebygging og skadereduksjon.

Som tverrsnittsundersøkelse kan resultatene først og fremst si noe om hvordan situasjonen var blant informantene i de ulike byene høsten 2013. Det er ikke sikkert at de som inngår i undersøkelsen er representative for alle aktive brukere av opioider og sentralstimulerende midler i de respektive byene, og noen av resultatene, som f.eks. bruk av ulike tiltak og boligsituasjon, vil kunne gjenspeile tiltaket informantene ble rekruttert fra, mer enn tilgangen på hjelpe- og botiltak i byene. Det vil derfor være behov for å gjenta tilsvarende undersøkelser på senere tidspunkt for å se om funnene i denne undersøkelsen gir et dekkende bilde av situasjonen. Nedenfor presenteres de mest sentrale funnene.

Utvalget

- 23 % av informantene var kvinner, og gjennomsnittsalderen var 41,3 år (39,5 år for kvinner og 41,8 år for menn).
- 11 % av informantene var født utenfor Norge, mens 20 % hadde minst én forelder født utenfor Norge.
- 65 % av informantene hadde fullført mer enn grunnskolen. Gjennomsnittlig antall år fullført skolegang utover grunnskole var tre år.
- 63 % hadde egen bolig (eid eller leid), mens 29 % var uten fast bopel eller bodde på midlertidig hybelhus. 7 % bodde på institusjon. Det var flere blant de under 35 år som var hjemløse eller bodde midlertidig på hybelhus, sammenlignet med de som var eldre.
- 40 % var i LAR da de ble intervjuet, mens 6 % var i medikamentfri behandling. 3 % hadde vært i fengsel siste fire uker. Det var her ingen signifikante kjønnsforskjeller. Samtidig var det en signifikant høyere andel blant de over 34 år som var i LAR, sammenlignet med de som var yngre. Det var ulikheter mellom byene i andel som oppga å være i LAR og medikamentfri behandling, noe som trolig har sammenheng med hvor informantene ble rekruttert fra.

Finansiering av stoffbruk

- I gjennomsnitt hadde informantene 1,7 inntektskilder. Den totale månedlige gjennomsnittsinntekten var 24 703 kr blant de som oppga inntekt.
- Kun 10 % av det totale utvalget oppga å ha arbeidsinntekt, og 4 % sa at dette var den viktigste inntektskilden. Blant de som hadde inntekt fra arbeid, var den gjennomsnittlige månedsinntekten 13 920 kr.
- 85 % av det totale utvalget oppga trygd og sosialhjelp som inntektskilde, og 60 % sa at dette var den viktigste inntektskilden. Blant de som hadde inntekt fra trygd og sosialhjelp, var den gjennomsnittlige månedsinntekten 10 058 kr.
- Omtrent $\frac{1}{4}$ av det totale utvalget sa at de finansierte stoffbruken ved hjelp av andre inntektskilder som tigging, salg av gatemagasin og ulike lavterskel jobbtiltak. Kun 9 % sa at dette var den viktigste inntektskilden. De som hadde inntekt fra andre inntektskilder, hadde i gjennomsnitt 12 501 kr i måneden fra dette.
- Omtrent $\frac{1}{3}$ oppga stoffsalg som inntektskilde. 13 % oppga dette som den viktigste inntektskilden. Stoffsalg generte i gjennomsnitt 28 797 kr i måneden.
- Det var relativt få (11 %) som rapporterte inntekt fra vinningskriminalitet, og kun 3 % oppga dette som den viktigste inntektskilden. Den gjennomsnittlige månedsinntekten fra vinningskriminalitet var 29 848 kr.
- Kun en liten andel (2 %) oppga prostitusjon som inntektskilde, og 1 % sa at dette var den viktigste inntektskilden. Det var de som oppga denne inntektskilden som hadde den høyeste månedlige gjennomsnittsinntekten, på 39 050 kr.

Stoffdebut

- Gjennomsnittsalderen for sprøytdebut var samlet sett 20,2 år
- Fordelt på tiår for sprøytdebut var gjennomsnittsalderen lavere på 1970-tallet (15,5 år), sammenlignet med de som debuterte på 1990-tallet (20,9 år), 2000-tallet (23,2 år) og 2010-tallet (27,5 år).
- Tiden mellom første injeksjon og regelmessig sprøytebruk var median ett år.
- En høyere andel blant de under 35 år hadde sprøytdebutert med heroin, sammenlignet med de som var eldre, mens en høyere andel blant de som var 35 år eller eldre hadde sprøytdebutert med amfetamin, sammenlignet med de som var yngre.
- Nær samtlige informanter (98 %) oppga å ha brukt heroin noen gang. Av disse hadde halvparten tatt stoffet i sprøyte første gang, mens $\frac{1}{3}$ hadde røykt det. Det var en signifikant høyere andel av mennene (33%) som hadde røykt heroin første gang de brukte stoffet, sammenlignet med kvinnene (22%). Det var også en signifikant større andel blant de yngre (<35 år) som hadde røykt første gang de brukte heroin (47%), sammenlignet med de som var eldre.

- Det var signifikante forskjeller mellom de ulike byene i andel som hadde røykt første gang de brukte heroin, med høyest andel i Oslo og Bergen.

Rusmiddelbruk siste fire uker

- 80 % oppga å ha brukt sprøyte en eller flere ganger siste fire uker, og det var en høyere andel blant kvinnene sammenlignet med menn (85 % vs. 79 %). Det var ellers signifikant færre blant dem over 45 år som hadde injisert siste fire uker, sammenlignet med dem som var yngre.
- Bortsett fra i Kristiansand, hvor en klart lavere andel (64 %) hadde injisert siste fire uker, var det ingen forskjeller mellom byene i sprøytebruk siste måned. Det at Kristiansand skiller seg ut, kan ha sammenheng med en høyere gjennomsnittsalder blant informantene.
- Hovedandelen hadde injisert amfetamin (60 %), mens litt under halvparten (43 %) hadde injisert heroin siste fire uker. 29 % hadde injisert begge deler i samme tidsperiode. Det var en høyere andel blant de yngre som hadde injisert begge stoffer, sammenlignet med de over 45 år.
- Av andre type stoffer var piller det mest brukte ved injisering (26 %), etterfulgt av morfin (19 %), «andre stoffer» (10 %) og kokain (5 %). Det var flere blant de som var yngre enn 35 år som hadde injisert piller, kokain, morfin og «andre stoffer», sammenlignet med de som var eldre.
- Det var forskjeller mellom byene i type stoff som var injisert siste fire uker. Oslo (65 %) og Bergen (44 %) hadde de største andelen som oppga å ha injisert heroin, sammenlignet med de andre byene hvor dette gjaldt 7- 23 % av informantene. Trondheim skilte seg ut ved at over halvparten (56 %) hadde injisert morfin. Stavanger/Sandnes skilte seg også ut ved at 32 % oppga at de hadde injisert andre stoffer enn heroin, amfetamin eller morfin siste fire uker. Dette omfattet blant annet subutex, subuxone, metadon og GHB.
- 57 % hadde drukket alkohol de siste fire ukene. Dette gjaldt en signifikant høyere andel av mennene, sammenlignet med kvinnene.
- 82 % hadde brukt hasj/marihuana siste fire uker.
- 83 % hadde spist piller i løpet av de siste fire ukene. En signifikant større andel blant de yngre hadde spist piller, sammenlignet med dem som var 45 år eller eldre.
- 19 % hadde røykt/sniffet heroin siste fire uker. Dette gjaldt signifikant flere menn enn kvinner og signifikant flere yngre enn eldre.
- 22 % hadde sniffet/spist amfetamin siste fire uker.
- 9 % hadde spist/sniffet morfin. Det var en signifikant høyere andel blant dem som var yngre enn 35 år, sammenlignet med dem som var mellom 35 og 44 år. Det var ingen signifikante forskjeller mellom byene.

- 11 % hadde brukt metadon og 16 % subutex/subuxone illegalt siste fire uker. Det var signifikant flere blant dem som var yngre enn 35 år som hadde brukt metadon og/eller subutex/subuxone illegalt siste fire uker, sammenlignet med dem som var eldre.
- Det var signifikante forskjeller mellom byene i illegal bruk av både metadon og subutex/subuxone siste fire uker. Oslo hadde den høyeste andelen (15 %) som hadde brukt metadon illegalt, mens Trondheim hadde den laveste (3 %). Stavanger/Sandnes hadde den høyeste andelen av illegal subutex/subuxone-bruk (27 %), mens Oslo hadde den laveste (11 %).

Stoffpriser

- Det var store prisforskjeller mellom byene.
- Brukerne i Oslo hadde betalt (median) 200 kr for 0,2 g heroin, mens brukerne i Stavanger/Sandnes, Trondheim og Tromsø hadde betalt 500 kr.
- I Oslo og Stavanger/Sandnes hadde brukerne betalt (median) 100 kr for 0,2 g amfetamin, mens brukerne i Tromsø hadde betalt 200 kr.
- Prisen brukerne hadde betalt for 1 gram hasj varierte fra 100 kr i Oslo og Bergen til 150 kr i Stavanger/Sandnes, Trondheim og Kristiansand.
- Brukerne i Tromsø hadde betalt (median) 75 kr for Dolcontin 100 mg tablett, mens brukerne i Trondheim hadde betalt 400 kr.
- I Oslo hadde brukerne betalt 500 kr for 1 g kokain, mens brukerne i Trondheim hadde betalt 1500 kr.

Overdoser

- 65 % hadde hatt en eller flere overdoser noen gang, 21 % i løpet av det siste året og 7 % i løpet av den siste måneden.
- Det var flere under 35 år som hadde hatt én eller flere overdoser siste måned (13 %) og siste år (36 %), sammenlignet med dem som var eldre.
- Det var signifikante forskjeller mellom byene i andeler som oppga å ha hatt overdoser noen gang, siste år og siste måned. I Bergen og Trondheim oppga 71 % at de hadde hatt én eller flere ikke-fatale overdoser noen gang. Til sammenligning var andelen i Tromsø 54 %. Bergen hadde den høyeste andelen (27 %) som hadde hatt én eller flere overdoser i løpet av det siste året, etterfulgt av Oslo og Trondheim med 24 %. Andelen som rapporterte overdoser siste år var lavest i Kristiansand (6 %). Når det gjaldt overdoser de siste fire ukene, var andelen størst i Oslo og Bergen (10 % og 9 %).

1 Bakgrunn

Omfanget av illegal narkotikabruk er stort både på verdensbasis og i Norge. Et anslag fra 2011 tilsier at mellom 167 og 315 millioner av verdens voksne befolkning hadde brukt narkotika i løpet av det siste året (UNODOC, 2013). I samme tidsperiode ble det anslått at 16 millioner hadde en avhengighetslidelse eller avhengighetsdiagnose (UNODOC, 2013). Av den europeiske befolkningen er det antatt at 85 millioner av den voksne befolkningen har brukt ett eller flere illegale rusmidler i løpet av livet (EMCDDA, 2013a). Samtidig er det anslått at 1,4 millioner personer i Europa har en problematisk bruk av opioider (EMCDDA, 2013a). I Norge er det anslått at det er mellom 7 300 og 10 300 sprøytebrukere (Hordvin m.fl. 2013). Ser vi spesielt på bruk av heroin ble det i 2008 anslått å være mellom 6 600 og 12 300 personer med problematisk heroinbruk (både de som injiserer, røyker og sniffer) (Anne Line Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009).

Det finnes et utall begreper og definisjoner på personer som bruker illegale rusmidler. Narkoman, narkotikamisbruker, rusmiddelmissbruker, rusmiddelbruker, rusbruker, rusmisbruker, problematisk narkotikabruk og narkotikabruk er alle betegnelser som blir brukt. Det Europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) har tidligere brukt betegnelsen problematisk narkotikabruk om sprøytebruk eller langtids- eller regelmessig bruk av opioider, kokain og/eller amfetamin (EMCDDA, 2012). I 2013 ble betegnelsen endret til høyrisiko narkotikabruk, definert som gjentakende narkotikabruk som forårsaker skade (negative konsekvenser) på personen (inkludert avhengighet, men også andre helsemessige, psykologiske og sosiale problemer), eller at det setter personen i risiko for slike skadevirkninger (EMCDDA, 2013b). I denne undersøkelsen omtales personer som bruker illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler som narkotikabrukere, mens personer som injiserer disse stoffene omtales som sprøytebrukere.

Narkotikabrukere, spesielt sprøytebrukere, har mellom ti og tyve ganger så høy sannsynlighet for tidlig død sammenlignet med den generelle befolkningen (Bargagli m. fl., 2005; EMCDDA, 2011). Den mest vanlige årsaken til tidlig død er overdoser som følge av inntak av opioider, gjerne i kombinasjon med andre stoffer som alkohol og/eller benzodiazepiner (Bargagli m.fl., 2005; Bartu, Freeman, Gawthorne, Codde & Holman, 2004; Darke, Mills, Ross & Teesson, 2011; Darke m. fl., 2007; Degenhardt m. fl., 2011; Soyka, Apelt, Lieb & Wittchen, 2006). EMCDDA bruker betegnelsen narkotikainduserte dødsfall i stedet for overdosedødsfall. Dette er definert som et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere psykoaktive stoffer, og som er direkte relatert til dette inntaket (EMCDDA, 2009). I denne rapporten brukes betegnelsen overdoser, og med dette menes narkotikainduserte forgiftninger.

De dødelige overdosene utgjør kun en liten andel av alle overdoser. En australsk studie har estimert at omtrent 3 % av alle overdoser har et dødelig utfall (Darke, Mattick & Degenhardt,

2003). I en studie fra Oslo var andelen dødelige overdoser 0,5 % (15 av 2997) av alle overdosene som ble behandlet av ambulansetjenesten i løpet av et år (Heyerdahl m. fl., 2008). De fleste overdoser fører til ambulanseutrykninger, legetilsyn og i noen tilfeller sykehusinnleggelser. Ikke-fatale overdoser øker risikoen for senere å dø av ny overdose (Darkem.fl., 2011; Stooove, Dietze & Jolley, 2009). I tillegg kan en overdose føre til komplikasjoner som hjerneskade, perifer neuropati, lungeinfeksjoner og midlertidige lammelser (Darke & Hall, 2003; Warner-Smith, Darke & Day, 2002). Overdoser er derfor svært belastende for så vel individet som for pårørende, i tillegg til å være ressurskrevende for samfunnet.

Narkotikabruk kan ha flere negative helsekonsekvenser, utover overdoser. De som injiserer har også en økt risiko for hepatitt B og C (HBV og HCV), HIV, abscesser og hudinfeksjoner, noe som ofte krever helsehjelp (Lloyd-Smith m. fl., 2008; Pieper, Templin, Kirsner & Birk, 2009). Av 1 515 personer i Norge med HCV i 2012, hadde 85 % blitt smittet gjennom sprøytedeling (Hordvin m.fl. 2013). I 2012 ble sprøytebrukere som var i legemiddellassisert rehabilitering (LAR) testet, og det viste seg at 66 % av pasientene var HCV-positive (Hordvin m.fl. 2013). I 2012 var 35 % av sprøytebrukerne som ble testet på sprøyteutdelingen i Oslo HBV-positive, mens 64 % hadde hatt en HCV-infeksjon (Hordvin m.fl. 2013). Forekomsten av HIV blant norske sprøytebrukere er lav, og i 2011 ble det anslått at omtrent 2 % var HIV-positive (Hordvin m.fl. 2013).

I tillegg til de helsemessige konsekvensene har narkotikabruk også sosiale og psykososiale konsekvenser. Kriminell aktivitet for å finansiere stoffbruk er en belastning for dem som utsettes for slik kriminalitet, samtidig som sannsynligheten for å bli fengslet øker for individet som utfører aktiviteten (Basu, Paltiel & Pollack, 2008; García-Altés, Ollé, Antoñanzas & Colom, 2002; McCollister, French & Fang, 2010). Det å være i fengsel kan se ut til å beskytte mot tidlig død og spesielt overdoser (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2014). Samtidig er tiden rett etter løslatelse fra fengsel en sårbar tid med økt overdoserisiko (Binswanger, 2007; Seaman, Bretteville & Gore, 1998; Ødegård, Amundsen, Kielland & Kristoffersen, 2010). Hovedandelen av narkotikabrukere i Norge har egen bolig (Bretteville-Jensen, 2005; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2013), men for dem som av ulike årsaker ikke har det, er det en økt risiko for sykdom og dødelighet (Bird & Robertson, 2011; Nordentoft & Wandall-Holm, 2003). I tillegg har det vist seg at en høy andel også har en psykisk lidelse (Darke & Ross, 1997; Johnson, Brems & Burke, 2002).

Samlet sett har narkotikabruk store konsekvenser både for individet, pårørende og samfunnet. For å implementere tiltak med sikte på forebygging og skadereduksjon bør en ha oversikt over omfanget av narkotikabruken og hvilke typer stoffer som blir brukt. Om en har kunnskap om hvilke typer stoffer som brukes kan de forebyggende tiltakene tilpasses deretter. Årlige undersøkelser av sprøytebrukere i Oslo siden 1993 har gitt en god oversikt over utviklingen i injeksjonsbruk i hovedstaden og vist at de fleste injiserer heroin og ofte bruker piller og andre

stoffer samtidig (Bretteville-Jensen, 2005; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2013). Spørsmålet er om funnene fra Oslo kan generaliseres til narkotikabrukere i resten av landet. En annen undersøkelse fra Oslo, Tromsø og Arendal i perioden 2010-2012 i samme populasjon (n=413) fant variasjoner mellom de ulike byene i hvilke typer rusmidler som ble brukt (Amundsen & Reid, 2014). I Oslo var det størst forekomst av heroinbruk, mens det i de andre byene var høyest forekomst av amfetaminbruk blant dem som ble intervjuet. Dette kan tyde på at det er forskjeller mellom ulike steder i Norge i type narkotika som brukes.

Formålet med denne rapporten er å gi en beskrivelse av narkotikabrukere i syv norske byer høsten 2013, og se etter likheter/ulikheter i bruksmønstre.

2 Metode

Resultatene som presenteres er fra en tverrsnittundersøkelse om narkotikabrukere i Oslo, Bergen, Stavanger, Sandnes, Trondheim, Tromsø og Kristiansand gjennomført høsten 2013.

2.1 Inklusjon og rekruttering

Personer som ble intervjuet måtte ha brukt illegale opioider, som for eksempel heroin eller illegal metadon, og/eller sentralstimulerende midler, som amfetamin og kokain, en eller flere ganger de siste fire ukene.

Det ble etablert kontakt med ulike typer lavterskeltiltak, inkludert botilbud og gatemagasiner, i de aktuelle byene. Rekruttering av informanter og gjennomføring av intervjuer ble i de fleste tilfeller gjort med utgangspunkt i de ulike lavterskeltiltakene enten utenfor eller i tiltakenes lokaler (Tabell 1). Unntaksvis ble personer også rekruttert på gateplan. Intervjuene foregikk på dag- og kveldstid. Det ble hengt opp informasjonsskriv om studien på de aktuelle lavterskeltiltakene og de ansatte ga informasjon om at SIRUS var på besøk. Aktuelle informanter ble gitt både skriftlig og muntlig informasjon. De som samtykket i å delta, signerte en samtykkeerklæring og oppga personnummer. Personnummeret skal i fremtiden brukes til å koble med ulike registre. Informantene fikk 200 kr for deltakelse. Informantene ble informert om at det i ettertid var full anledning til å trekke seg fra undersøkelsen.

Det var forskere fra SIRUS, samt lokale assistenter, som rekrutterte og intervjuet informanter. De lokale intervjuerne ble rekruttert gjennom oppslag på universitet og høyskoler, samt ved å kontakte ansatte ved ulike tiltak for å høre om de kjente til studenter eller andre som kunne tenke seg å være med som assistenter. I Oslo ble det i stor grad brukt assistenter med tidligere intervjuerfaringer.

Tabell 1. En oversikt over rekrutteringssteder i de ulike byene, dato for datainnsamling og antall informanter fra hver by

Rekrutteringssteder	Oslo (n=519) (2-23/09/13)	Bergen ^a (n=113) (2-5/10/13) (18/11/13)	Stavanger/ Sandnes (n=99) (9-14/10/13)	Trondheim ^a (n=98) (14-25/10/13)	Tromsø ^a (n=97) (6-22/11/13)	Kristiansand ^{ab} (n=94) (13-22/11/13)
Lavterskel Helsetilbud	Prindsen mottakssenter Sprøyterommet ^c 24SJU	Strax-huset	Helsestasjon for rusmisbrukere Funkishuset (Sandnes)	Helse- og overdoseteamet (Helsestasjonen)	Sosialmedisinsk senter (SMS)	Feltsykepleien
Værested/kafé	Fyrlyset Møtestedet Café Trappa	Møtestedet Hallvardstuen Kafé Magdalena	Frokosttilbudet (Kirkens Bymisjon)	Gryta Hveita	Kafé 103 Kirkens Bymisjon	Møteplassen Son-senteret Shalam cafeen
Hybelhus		Bakkegaten		Valøya Heidrunssenteret Herberget	Ørretholmen	Vågsbygda ^e Kirsten Flagstadvei ^e Kongensgate ^e Setesdalsveien ^e Ægirsvei ^e
Gatemagasin		Megafon	Asfalt	Sorgenfri		Klar
Jobbtiltak			Jobb1			
Utdelingssted for LAR-medikamenter		^d	LARiS			

^aI disse byene ble det rekruttert et fåtall informanter på gateplan, kjøpesentre o.l.

^bTre personer ble intervjuet i det de kom inn til avrusning på Sørlandet sykehus av en av de ansatte som var med som forskningsassistent i Kristiansand

^cHøsten 2013 var sprøyterommet ikke en del av Prindsen mottakssenter, men lå noen bygninger bortenfor

^dDet var et utdelingssenter i Strax-huset

^eLavterskel bemannet boligtilbud

2.2 Spørreskjema

Det ble brukt samme spørreskjema som i den årlige anonyme tverrsnittundersøkelsen ved sprøyteutdelingen i Oslo sentrum (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2013). I all hovedsak dreier spørsmålene seg om situasjonen de siste fire ukene før intervjuet. Spørreskjemaet dekker følgende temaer:

- 1) Personopplysninger og tidligere erfaringer knyttet til bruk av rusmidler: kjønn, alder, utdanning, fødeland og etnisk bakgrunn, debutalder for sprøytebruk, debutstoff, nåtidige boforhold, behandlingserfaringer, eventuelle overdoseerfaringer, antall og lengde på eventuelle opphold i narkotikabruken, med mer.
- 2) Forbruk av rusmidler: typer, inntaksmåte og hvor mye de har brukt av ulike typer legale og illegale rusmidler.
- 3) Priser: hva de har betalt for ulike typer og kvanta av de narkotiske stoffene de har brukt siste måned.
- 4)inntekt: hvordan de har finansiert narkotikabruken sin siste måned, inntekt fra ulike kilder, samt eventuelle erfaringer med stoffsalg.

2.3 Dataanalyse

I rapporten presenteres kun deskriptive resultater. Forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper og byer ble undersøkt ved hjelp av Pearson Kjikvadrat test (X^2) (andeler), Anova for forskjeller i gjennomsnitt (mean) og Pearson X^2 ikke-parametrisk test av forskjeller i median. Forskjeller under 5 prosentnivå blir omtalt som statistisk signifikante. Estimer og p-verdier er presentert i tabellene. Data ble analysert ved bruk av Stata 13.0.

I noen tilfeller er det svært lave eller svært høye verdier på enkelte av estimatene. I disse tilfellene blir gjennomsnittet unaturlig lavt eller høyt. Der hvor estimatene ikke er normalfordelt brukes derfor median som sentralt mål. Median er det midterste i en stigende rekkefølge av tall. Dersom antallet data er et partall, brukes gjennomsnittet av de to tallene i midten (Kuzma & Bohnenblust, 2005).

2.4 Etikk og datalagring

Prosjektet ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 12.6.2013. Navneliste, samtykkeskjema og koblingsnøkkel oppbevares hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Statistisk sentralbyrå (SSB) vil senere foreta kobling av data mot aktuelle registre.

Før vi begynte å intervju fikk de ansatte ved lavterskeltiltakene kontaktdetaljer og telefonnummer til prosjektleder, slik at denne enkelt kunne kontaktes. I Oslo ble også adressen til SIRUS oppgitt slik at informantene ikke trengte å huske et telefonnummer om de ønsket ytterligere informasjon eller ønsket å trekke seg fra studien. To av de som ble intervjuet har ringt i ettertid og trukket sitt samtykket til senere kobling til aktuelle registre. Personidentifiserbar informasjon for disse ble da slettet.

2.5 Representativitet

Som tverrsnittsundersøkelse kan resultatene si noe om situasjonen blant de som ble intervjuet høsten 2013. Det er ikke sikkert at disse er representative for den aktuelle gruppen av narkotikabrukere i hver enkelt by, og noen av resultatene, som f.eks. bruk av ulike hjelpetiltak og boligsituasjon, gjenspeiler trolig hvor informantene ble rekruttert fra, mer enn tilgangen på hjelpetiltak og bosituasjonen i de ulike byene. Det vil derfor være behov for å gjenta tilsvarende undersøkelser på senere tidspunkt for å se om funnene er sammenfallende med de som framkommer i denne undersøkelsen.

Mange av resultatene blir presentert som prosentandeler. Det er viktig å huske at det i de fleste byene (bortsett fra Oslo) ikke ble intervjuet mer enn omkring 100 personer. Det skal derfor få personer til for at det kan bli store endringer i prosentandelene. Med et lite antall informanter vil det alltid være forbundet relativt stor usikkerhet til om resultatene er overførbare til den aktuelle populasjonen som helhet. Det betyr at en må tolke resultatene med forsiktighet og være klar over at andelene som oppgis ikke nødvendigvis gir et riktig bilde av hele gruppen av narkotikabrukere i de nevnte byene. Resultatene kan imidlertid gi en indikasjon på mulige trender. For å kunne si noe om forskjellene mellom byene er reelle eller ikke, er det behov for å repetere denne type undersøkelse. Det er imidlertid grunn til å tro at resultatene samlet sett gir et godt bilde av et utvalg narkotikabrukere fra ulike norske byer høsten 2013.

2.6 Intervjusituasjonen i de ulike byene

Nedenfor beskrives enkelte trekk ved rusmiljøet og noe av tiltaksapparatet i hver by, etterfulgt av en kort beskrivelse i tilknytning til datainnsamlingen.

2.6.1a Oslo

Hovedstadens åpne rusmiljø har siden slutten av 1960-tallet oppholdt seg i tilknytning til paradegaten Karl Johan. Slottsparken, Egertorget, Kirkeristen, Christian Frederiks Plass («Plata») og Skippergata har i ulike perioder vært sentra for ansamlinger av narkotikabrukere. Høsten 2013 fremstod miljøet av ulike grunner relativt fragmentert. Området omkring Storgata 36, hvor både sprøyterommet og sprøyteutdelingen befinner seg, tiltrekker seg imidlertid mange sprøytebrukere. I 2013 ble det foretatt noe over 36 000 injeksjoner i

sprøyterommet og det ble delt ut nærmere 800 000 sprøyter. Dette utgjør om lag halvparten av alle sprøyter som deles ut i Oslo¹. Det ble i tillegg delt ut 9 345 folier til røyking av heroin.

2.6.1.b Feltnotat

Området rundt Storgata er et mylder av ulike aktiviteter med biler, buss, trikk og mennesker som konkurrerer om plassen. Trikken glir gjennom uten mulighet til å manøvrere seg unna fotgjengere som synes fortauet blir for trangt. Det fløytes derfor flittig fra trikken, og dette blander seg med lyden fra byggearbeid, ambulansesirener, sykkelbjeller og motordur. Langs fortauet sitter det personer og tigger penger med pappkrus og bilder av familie foran seg. Gaten sluser personer av alle aldre, sosiale lag og nasjonaliteter. I denne jungelen av lyd, lukt, trafikk og mennesker ligger Norges eneste sprøyterom, og Prindsen mottakssenter som tilbyr lavterskeltjenester som sprøyteutdeling, feltpleie og akuttovernatting. Noen av de som kommer forbi eller oppholder seg i området omkring sprøyterommet har nylig satt «et skudd», og har som følge av rusen vanskelig for å stå oppreist. Gjentatte ganger fløyter trikken eller bussen når en av disse forsøker å lene hånden mot det bevegende kjøretøyet mens det passerer. Det var her vi en solrik høstdag i september skulle intervjuer narkotikabrukere i aktiv rus om hvilke typer rusmidler de hadde brukt, hvordan og hvor ofte de hadde brukt dem. Til tross for til tider svært hektiske kulisser, hadde vi etter noen få uker intervjuet 519 personer. Det var mange intense, sterke og fine møter med personer som av ulike årsaker lever et liv på siden av A4-normen.

2.6.2a Bergen

Høsten 2013 var Bergen, rusmiddelpolitisk sett, i en spesiell situasjon. Byen har over flere år hatt et stort, åpent rusmiljø i Nygårdsparken, samtidig som antall overdosedødsfall har økt (SIRUS, 2013). Byrådet varslet i september 2013 at den delen av parken der rusmiljøet befinner seg, skal stenges og rehabiliteres 1. juni 2014². Parallelt med stengingen skal det opprettes to mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre) i bydelene Fana og Årstad. Siden har debatten rast blant fagfolk, politikere og i media. I korte trekk handler den om etablering av reelle alternativer til parken, at rusmiljøet vil reetableres andre steder i bykjernen, og at de sentrumsfjerne MO-sentrene ikke vil fange opp dem som oppholder seg i parken i dag. Et tiltak som har fått merke konsekvensene av (økt) avstand til miljøet i Nygårdsparken, er Strax-huset. Strax-huset tilbyr blant annet lavterskel helsetjenester, bespisning, utdeling av sprøyter, og akutt overnatting for personer som har hatt en overdose. I 2011 ble Strax-huset flyttet fra Florida (i kort gangavstand fra parken) til Damsgård på andre siden av Puddefjordsbroen. Dette resulterte i en umiddelbar halvering av antall besøkende.

¹ Tall fra Oslo kommune

² Stengingen har i etterkant blitt fremskjøvet til 25. august 2014.

Besøkstallet har siden steget, men er fortsatt ikke på samme nivå som før flyttingen. I Bergen deles det ut om lag 500 000³ sprøyter årlig, hvorav Strax-huset står for ca. 450 000⁴.

2.6.2b Feltnotat

Vågsbunnen i Bergen frekventeres av hjemløse, narkotikabrukere og andre vanskeligstilte. Kirkens Bymisjon har over lengre tid hatt sin base i dette området. Utenfor et av Bymisjonens tiltak kom vi i kontakt med en mann i 40-årene. Han bar en tung tursekk på ryggen og var på vei for å fikse noe, men ville gjerne høre om forskningsopplegget. Vi informerte om studien. Han kunne bekrefte at han tilhørte den aktuelle målgruppen, og lurte på om en av intervjuerne kunne slå følge nedover gaten. Det kunne en av oss selvsagt gjøre. Intervjueren og mannen med sekken spankulerte bortover, tok til venstre opp en trapp og endte opp i en hage tilhørende et offentlig, verneverdig bygg. Her i denne hagen, under en rododendronbusk, ble spørreskjema, penner, kanyler og heroin fisket frem fra respektive sekker. Mannen lette febrilsk etter syre å blande heroinen i, men fant den ikke. Intervjueren lurte på om han ville gjennomføre intervjuet før han eventuelt skaffet askorbinsyre, men det var mye å forlange av en som allerede hadde fisket frem både heroin og skje. Han bestemte seg for å skaffe askorbinsyre, pakket sekken og avtalte å treffe intervjueren senere.

2.6.3a Stavanger/Sandnes

Sammenlignet med Oslo og Bergen, fremstår ansamlingene av narkotikabrukere i Stavanger sentrum som mer fragmenterte, midlertidige og skjulte. Området ved Breiavatnet er imidlertid en mye brukt arena for omsetning og bruk av illegale rusmidler. Her finnes flere tiltak for narkotikabrukere. Helsestasjonen og LARiS holder til i samme bygg i enden av Breiavatnet. Førstnevnte tilbyr lavterskel helsehjelp i form av sårstell, vaksiner, gratis tannhelsetjenester, sprøyteutdeling, førstehjelpskurs etc., mens sistnevnte følger opp LAR-pasienter gjennom utdeling av medikamenter og kontroll av urinprøver. I 2012 delte helsestasjonen og Kirkens Bymisjon ut i overkant av 63 000 sprøyter i Stavanger⁵. Samme år delte Funkishuset i nabobyen Sandnes ut om lag 70 000 sprøyter⁶. Funkishuset er et interkommunalt tiltak opprettet i 2004 som et lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige fra Sandnes og nærliggende kommuner. Tjenester som tilbys er sårstell, vaksiner, rådgivning om injisering, førstehjelpsopplæring, sprøyter, askorbinsyre, røykefolie, sosialfaglig veiledning etc.

³ Tall fra Bergen kommune

⁴ Kirkens Bymisjon deler ut de resterende.

⁵ Tall fra Stavanger kommune

⁶ Tall fra Sandnes kommune

2.6.3b Feltnotat

Idyllisk plassert med utsikt over Breiavatnet en varm høstdag tidlig i oktober satt jeg på kanten av et blomsterbed og intervjuet. Solen varmet og det glitret i vannet. Kontrasten mellom intervjuets innhold og den vakre høstdagen var stor. Gang på gang ble intervjuet avbrutt av informantens telefonsamtaler for å sikre seg bolig for natten. Informanten var ikke fra byen og trengte å komme seg hjem. Fortvilelsen var stor over at det eneste tilbudet som ventet i hjemkommunen var et hospits. Det føltes galt å sitte der og være tilskuer til et annet menneskes desperate og til tider opprivende samtaler, og jeg foreslo, gjentatte ganger, å avbryte intervjuet. Personen ønsket likevel å fortsette. Etter at intervjuet var gjennomført forlot informanten meg, ut i den fargesprakende høstdagen. Det siste jeg så var en bag slengt over en rygg på vei mot busstasjonen og en svært uforutsigbar fremtid.

2.6.4a Trondheim

Helse- og overdoseteamet i Trondheim ble opprettet i 2001, og er et spesielt tiltak i norsk sammenheng. Arbeidet innebærer et tett samarbeid med ambulansetjenesten, legevakten og akuttmottaket på St. Olavs Hospital. I tillegg til det oppsøkende arbeidet er teamets egen helsestasjon åpen for besøk to timer daglig. Teamet delte i 2012 ut om lag 125 000 sprøyter⁷.

2.6.4b Feltnotat

Vi hadde fått utdelt to rom i et lavterskel botiltak til å gjennomføre intervjuer. På det ene rommet befant det seg en katt. Det var tydelig at den hørte hjemme på teppet i stolen. En ung mann hadde blitt med inn for et intervju. Han var i utgangspunktet interessert, men hadde flere innvendinger mot undersøkelsen. Hvordan kunne vi forsikre ham om anonymitet når vi registrerte navn og fødselsnummer? Vi forklarte bakgrunnen for studien og hvordan anonymiteten skulle ivaretas, samtidig som vi påpekte at vi satte pris på innvendingene og oppfordret ham til ikke å delta dersom det ikke føltes rett. Han gav imidlertid ikke slipp på diskusjonen og så amper ut. Idet stemningen var i ferd med å gå fra intens til ubehagelig, dukket en kvinne opp i døren. Hun var blitt intervjuet tidligere, og returnerte med to hunder som hun gjerne ville vi skulle hilse på. De kom stormende inn. Hundene hoppet opp på fangene våre og uttrykte stor glede over å være til, mens katten plasserte seg trygt under sofaen. Mannen ble sittende, men det sinte ansiktsuttrykket endret seg. Han smilte sporadisk i takt med hundenes krumspring. Den ene forsøkte å jage frem katten, men endte opp med klør mot snuten. Den trykkende stemningen var i ferd med å gi slipp, og mannen reiste seg og forlot rommet.

⁷ Tall fra Trondheim kommune

2.6.5a Tromsø

Helsetjenesten ved Sosialmedisinsk senter (SMS) har siden 1997 tilbudt ungdom/unge voksne, narkotikabrukere og befolkningen for øvrig lavterskel helsehjelp. Det rusmiddelrelaterte arbeidet inkluderer lavterskel helsetilbud (sprøyteutdeling, smitteforebygging, testing, vaksinerings etc.) og sosialmedisinsk oppfølging av personer i LAR. SMS-Sosialtjenesten driver oppfølging før, under og etter rusbehandling. I 2012 var SMS-Helsetjenesten i kontakt med om lag 300 injiserende narkotikabrukere. Det deles årlig ut 130 000-150 000 sprøyter. Ifølge kommunen utgjør dette ca. 2/3 av sprøyteforbruket i byen. Den resterende tredjedelen selges over disk fra byens apoteker.

2.6.5b Feltnotat

Vi var i ferd med å forlate hybelhuset da en mann i 40-årene dukket opp i stuen. Han var tydeligvis på vei ut, men ble informert om studien. Han ville gjerne la seg intervju, men helst på sitt eget rom. Intervjueren slo følge ned en korridor, inn på et velordnet rom og tok plass i sofaen. Mannen hadde bodd der over lang tid, noe rommet bar preg av. Det var fullt av personlige eiendeler, ulikt «typiske» hybelhusrom. Han stilte seg opp ved keyboardet i hjørnet og tok til å spille. Intervjueren ble sittende i sofakroken mens mannen spilte seg gjennom de femten første minuttene av besøket. I etterkant fortalte han at musikken, som var egenkomponert, hadde spilt en viktig rolle i bearbeiding av følelser. Han tok ut frustrasjon og glede på tangentene. Intervjuet kunne omsider starte.

2.6.6a Kristiansand

Feltsykepleien og Møteplassen holder til i 2. etasje i det nye NAV-bygget i Kristiansand. Førstnevnte driver skadereducerende arbeid (smitteforebygging, sårstell etc.) blant rusmiddelbrukere som ikke benytter seg av det ordinære hjelpeapparatet. Feltsykepleien jobber oppsøkende, videreformidler kontakt med andre deler av hjelpeapparatet og motiverer til behandling. Vegg i vegg ligger lavterskeltilbudet Møteplassen. Her kan personer med psykiske, sosiale og rusmiddelrelaterte problemer komme to dager i uken for mat og prat. Kristiansand kommune drifter i tillegg flere bofellesskap for rusmiddelbrukere som trenger ulike typer lavterskel botiltak. Som eneste by i denne undersøkelsen har Kristiansand, per i dag, ingen utdeling av brukerutstyr (sprøyter, røykefolie o.l.).

2.6.6b Feltnotat

Ved Bystranda i Kristiansand møtte vi to kjenninger fra rusmiljøet. Det vil si, kjenninger for den kommunalt ansatte som var sammen med oss. Den ene var intervjuet tidligere på dagen og anbefalte kameraten å bli med i studien. Etter noe om og men sa han seg villig til det, og vi ble enige om å finne et passende sted i sentrum, hvorpå informanten foreslo et offentlig bygg.

Intervjueren syntes dette var en god idé og slo følge oppover gaten. Mannen kunne fortelle at han hadde lang fartstid i rusmiljøet. Han hadde mye å fortelle, men lurte, om enn noe spøkefullt, på hva han var i ferd med å begi seg ut på nå. Intervjueren avdramatiserte situasjonen og forklarte at intervjuet ikke tok lenger enn 15-20 minutter. Intervjuet skulle vise seg å gå langt over det som var vanlig og vare i nesten 2 timer. På en benk i et offentlig bygg ble livshistorien til en gjenganger i Kristiansands rusmiljø fortalt. Han snakket om narkotikabruk, dealing, avrusning og fengselsopphold. Etter at spørreskjemaet omsider var ferdig utfylt fortsatte historiefortellingen rundt omkring i et Kristiansand sentrum informanten kjente inn og ut.

3 Beskrivelse av utvalget

Høsten 2013 ble til sammen 1 020 personer, som hadde brukt illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker, intervjuet i de syv byene Oslo (n=519), Bergen (n=113), Stavanger (n=68), Sandnes (n=31), Trondheim (n=98), Tromsø (n=97) og Kristiansand (n=94). Resultatene fra Stavanger og Sandnes blir presentert samlet.

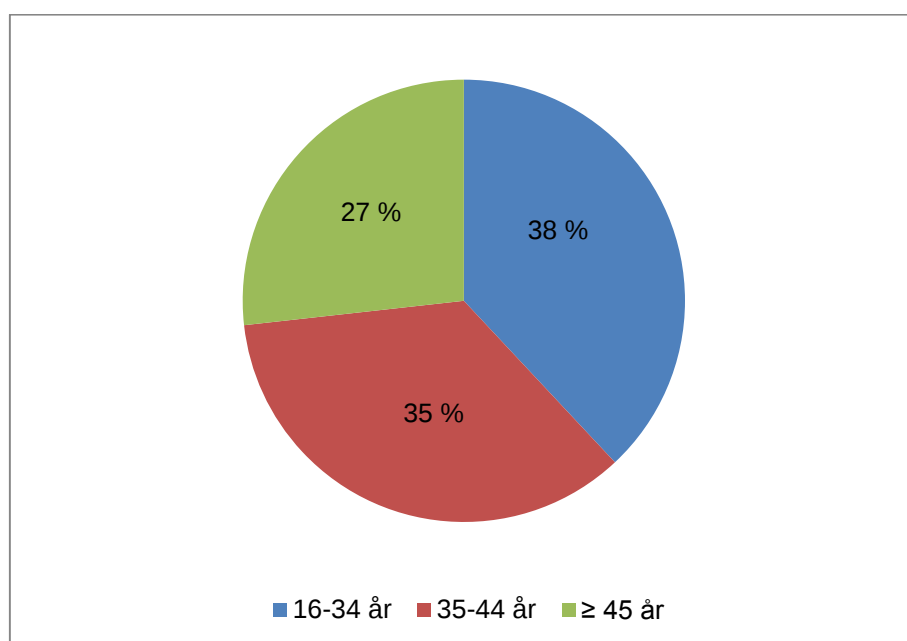
3.1 Kjønn

Samlet utgjorde kvinner en andel på 23 %, og var omtrent den samme i alle byene. Andelen kvinner sammenfaller med et tilsvarende utvalg intervjuet i Oslo, Tromsø og Arendal mellom 2010 og 2012 (Amundsen & Reid, 2014), og andelen kvinner som hentet sprøyter ved sprøyteutdelingen i Oslo i 2013 (22 %)⁸.

Kvinneandelen var høyest blant de yngre og lavest blant de eldste (Figur 1). Dette er i samsvar med resultatene fra den mangeårige undersøkelsen av sprøytebrukere i Oslo, der det framkommer at det er en høyere kvinneandel blant de yngre sammenlignet med de som er eldre (Bretteville-Jensen, 2005).

⁸ Tall fra sprøyteutdelingen

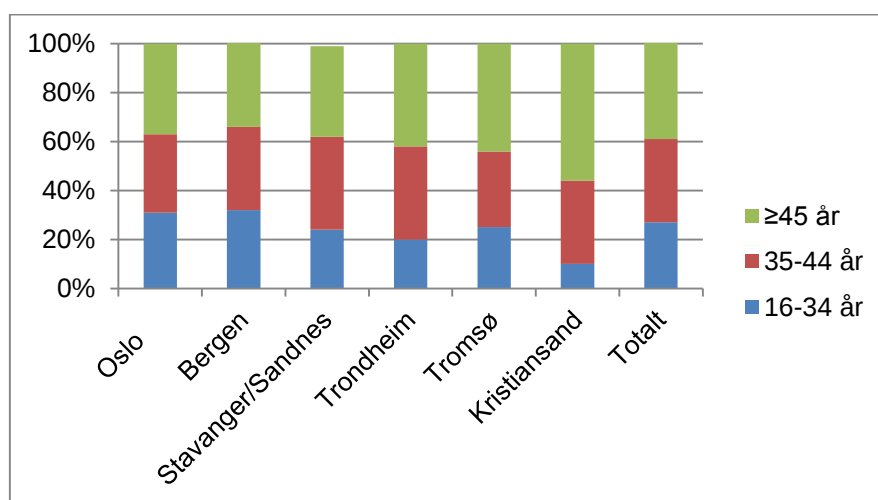
Figur 1. Kvinneandel fordelt på alderskategorier



3.2 Alder

Gjennomsnittsalderen i utvalget var 41,3 år, men det var stor spredning ved at den yngste var 16 år og den eldste 79 år. Gjennomsnittsalderen for kvinnene var 39,5 år, og 41,8 år for mennene. Kristiansand skilte seg ut med signifikant høyere gjennomsnittsalder (46 år) enn i de andre byene. Gjennomsnittsalderen var ellers omtrent lik i alle byene. I totalutvalget var 27 % i alderen 16 til 34 år, 34 % i alderen 35-44 år, mens 40 % var 45 år eller eldre (Figur 2).

Figur 2. Aldersfordeling i de ulike byene og det totale utvalget, prosent



Aldersfordelingen tilsvarer den som ble funnet blant de som ble intervjuet i et tilsvarende utvalg i Tromsø, Arendal og Oslo (Amundsen & Reid, 2014). Samtidig er

gjennomsnittsalderen betydelig høyere enn det som ble funnet blant sprøytebrukere i Oslo mellom 1993 og 2004, hvor gjennomsnittsalderen var 32 år (Bretteville-Jensen, 2005). Det kan derfor tyde på at gjennomsnittsalderen blant dem som bruker sprøyteutdelingen i Oslo eller tilsvarende lavterskeltiltak, har økt siden 2004.

3.3 Opprinnelsesland

Av de til sammen 1 020 informantene var 11 % født utenfor Norge, og 20 % hadde minst én forelder som ikke var født i Norge. Oslo hadde den høyeste andelen (26 %) hvor en eller begge foreldrene var født i et annet land, mens Trondheim hadde den laveste (4 %). Tabell 2 viser verdensdelen foreldrene kom fra om de ikke var født i Norge. Denne viser at av de 199 tilfellene hvor en eller begge foreldrene ikke var født i Norge, hadde 66 mødre fra Norge, mens far var født i annet land i Europa eller i annen verdensdel. Samtidig var det 37 som hadde fedre fra Norge, mens mødrene var født i annet land. 38 (3,7 %) personer hadde foreldre som begge enten var født i Asia (20 personer) eller Afrika (18 personer).

Tabell 2. Foreldrenes opprinnelige verdensdel om ikke begge foreldrene var født i Norge

	Fars opprinnelse							
	Norge	Europa	Asia	Afrika	Nord-Amerika	Sør-Amerika	Vet ikke	Totalt
Mors opprinnelse								
Norge	0	44	3	3	7	4	5	66
Europa	29	49	1	2	2	0	0	83
Asia	1	0	20	0	0	0	0	21
Afrika	1	0	0	18	0	0	0	19
Nord-Amerika	4	0	1	0	1	0	0	6
Sør-Amerika	2	0	0	0	0	2	0	4
N	37	93	25	23	10	6	5	199

Oslo har klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge (SSB, 2014). At Oslo, i dette utvalget, har en høyere andel personer hvor begge foreldrene ikke er født i Norge enn de andre byene, gjenspeiler derfor den høyere andelen utenlandsfødte i den generelle befolkningen i Oslo.

3.4 Utdanning

I alle byene, bortsett fra Tromsø, hadde 65 % fullført mer enn grunnskolen. Gjennomsnittlig antall år fullført skolegang utover grunnskole var tre år (Tabell 3), noe som innebærer at hovedandelen av informantene hadde gjennomført treårig videregående skole eller tilsvarende. Tromsø skilte seg ut ved at kun halvparten hadde fullført mer enn grunnskolen. Gjennomsnittlig skolegang utover grunnskolen var her 2,4 år.

Tabell 3. Andel som ikke hadde fullført, fullført og fullført mer enn grunnskolen i de enkelte byene og totalt.

	Oslo (n=519)	Bergen (n=113)	Stavanger/ Sandnes (n=99)	Trondheim (n=98)	Tromsø (n=97)	Kristiansand (n=94)	Totalt (n=1020)	Pearson X² (p-value)
Mindre enn	11 %	10 %	12 %	10 %	8 %	7 %	10 %	1,8 (0,875)
Fullført	24 %	19 %	25 %	22 %	42 %	23 %	25 %	16,5 (0,006)
Mer enn	65 %	71 %	63 %	67 %	50 %	69 %	65 %	12,8 (0,025)
År* utover grunnskolen	3,2 (2,3)	3,0 (2,6)	3,2 (1,8)	3,1 (2,5)	2,4 (1,8)	2,8 (1,8)	3,1 (2,2)	**

*Gjennomsnitt **Anova F=1,2 p=0,306

3.5 Bosituasjon

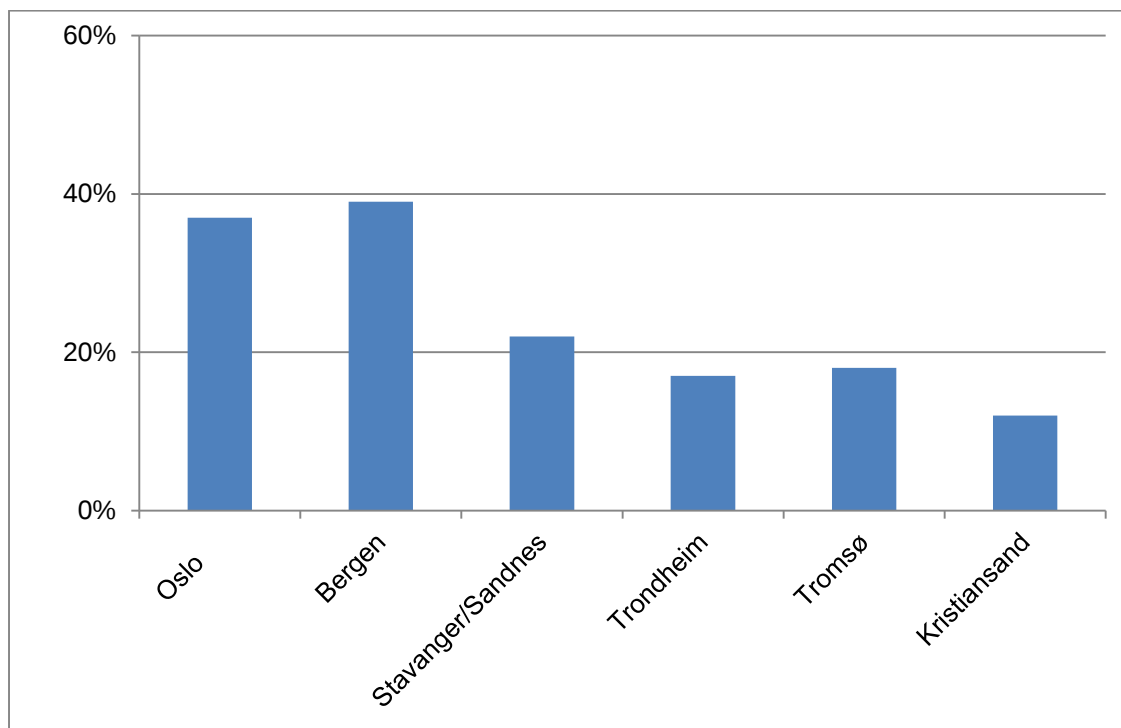
I det totale utvalget hadde 63 % egen bolig (eid eller leid), mens 29 % var uten fast bopel eller bodde midlertidig på hybelhus (Tabell 4). 7 % bodde på institusjon. Det var en høyere andel blant de over 34 år som hadde egen bolig, mens det var flere blant de under 35 år som var hjemløse eller bodde midlertidig på hybelhus.

Tabell 4. Bosituasjon fordelt på alderskategorier og i det totale utvalget

	16-34 år	35-44 år	>45 år	Totalt	Pearson χ^2 (p-value)
Egen bolig (eid eller leid)	50%	65%	69%	63%	28.5 (<0.001)
Institusjon, Annet	5%	8%	8%	7%	1.8 (0.408)
Hjemløs eller hybelhus midlertidig	45%	25%	22%	29%	44.2 (<0.001)

Det var en signifikant forskjell i bosituasjonen mellom de ulike byene. Oslo og Bergen hadde den høyeste andelen uten fast bopel eller som bodde midlertidig på hybelhus (37 % og 39 %) (Figur 3). Det var følgelig også disse byene som hadde den laveste andelen som oppga å bo i egen bolig (eid eller leid) (54 % og 56 %). Kristiansand hadde den laveste andelen som oppga å være uten fast bopel (12 %), samtidig som det her var den høyeste andelen (85 %) med egen bolig (eid eller leid).

Figur 3. Andel i de ulike byene som oppga å bo ute, hos venner, eller midlertidig på hybelhus siste fire uker



Forskjellene i informantenes bosituasjon gjenspeiler ikke nødvendigvis boligsituasjonen i de ulike byene for denne gruppen. I stedet er det sannsynlig at forskjellene gjenspeiler hvor

informantene ble rekruttert fra. Tabell 1 viser eksempelvis at det i Kristiansand ble rekruttert fra en rekke botiltak, mens dette i mindre grad var tilfelle i de andre byene. Dette kan være årsaken til at en høyere andel av informantene i Kristiansand oppga å bo i egen bolig sammenlignet med de andre byene.

På den annen side kan det også være at Oslo og Bergen, som etter norske forhold er store byer, tiltrekker seg flere personer utenbys fra som ikke har fast bopel. Det kan også være vanskeligere for hjelpeapparatet i de større byene å holde oversikt over miljøet og å kunne tilby bolig til denne gruppen, sammenlignet med mindre byer. Det kan derfor være at Oslo og Bergen har en større populasjon uten fast bopel sammenlignet med de andre byene.

3.6 Kontakt med tiltaksapparatet og fengsel siste fire uker

I det totale utvalget var 40 % i LAR da de ble intervjuet, mens 6 % var i medikamentfri behandling. 3 % hadde vært i fengsel siste fire uker (Tabell 5). Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller. Samtidig var det en signifikant høyere andel blant de over 34 år som var i LAR sammenlignet med de som var yngre.

Det var ulikheter mellom byene i hvor mange som oppga å være i LAR og medikamentfri behandling. Dette har trolig sammenheng med hvor informantene ble rekruttert fra, og ikke med hvilke tilbud som finnes i de ulike byene. I Oslo og Trondheim oppga henholdsvis 34 % og 33 % å være i LAR, mens andelen i Stavanger/Sandnes og Bergen var henholdsvis 57 % og 55 % (Tabell 5). I Stavanger og Bergen ble det rekruttert fra tiltak med utdeling av LAR-medikamenter (LARiS og Strax-huset). Dette er mest sannsynlig hovedårsaken til at informantene fra disse to byene hadde en høy andel LAR-pasienter sammenlignet med de andre byene. Det var mindre forskjell mellom byene når det gjaldt andel i medikamentfri behandling. I Kristiansand oppga 11 % å være/ha vært i medikamentfri behandling i løpet av de siste fire uker, mens Stavanger/Sandnes hadde den laveste andelen (2 %). Som allerede nevnt er ikke dette en indikasjon på tilgangen til medikamentfri behandling i de ulike byene, men må ses i sammenheng med hvor informantene ble rekruttert fra.

Kun en liten andel (3 %) hadde vært i fengsel siste fire uker, og det var ingen signifikante forskjeller mellom byene.

Tabell 5. Andelen som var i behandling, hadde brukt behandling eller vært i fengsel siste fire uker før intervjuet

	Oslo (n=519)	Bergen (n=113)	Stavanger/ Sandnes (n=99)	Trondheim (n=98)	Tromsø (n=97)	Kristiansand (n=94)	Totalt (n=1020)	Pearson X² (p-value)
I LAR	34%	55%	57%	33%	38%	50%	40%	36,5 (<0,001)
I medikamentfri behandling	6 %	6 %	2 %	1 %	6 %	11 %	5 %	10,8 (0,055)
I fengsel siste fire uker	4 %	4 %	0 %	4 %	0 %	3 %	3 %	9,1 (0,105)

3.7 Finansiering av stoffbruk

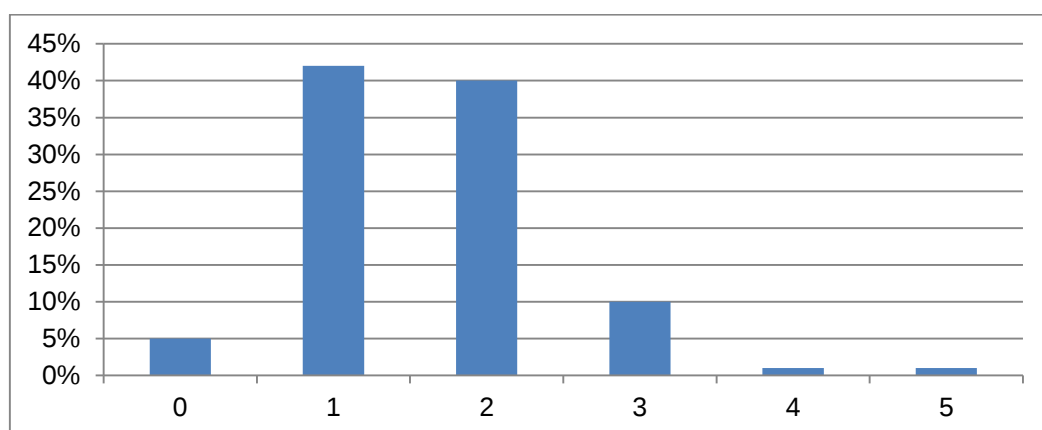
Informantene ble spurt om hvilke inntektskilder de hadde for å skaffe penger til stoff. Svaralternativene var ”arbeid”, ”trygd/sosialhjelp”, ”vinningskriminalitet”, ”stoffsalg”, ”prostitusjon” eller ”annet”. De som svarte ”annet” ble spurt om å spesifisere dette. De fleste oppga her tigging, salg av gatemagasin, lavterskel jobbtiltak, panting av flasker og lignende. De ble spurt om de hadde noen av disse inntektskildene, hvor mye de tjente, og hvordan de ville rangere inntektskildene i forhold til hverandre (viktigst, nest viktigst osv.).

Spørsmålene om vinningskriminalitet (tyveri), stoffsalg og prostitusjon var ofte vanskelige å besvare. Dette kan være fordi disse handlingene er forbundet med fordommer og stigma. Vinningskriminalitet og stoffsalg er i tillegg ulovlig, og det å oppgi inntekt fra ulovlige inntektskilder til en ukjent intervjuer kan være vanskelig. Det var også vanskelig for mange å anslå en gjennomsnittlig månedsinntekt, spesielt for vinningskriminalitet, stoffsalg og prostitusjon. Mange er ikke vant til å tenke på dette som inntekt, og beløpene varierer fra måned til måned. Informantene kunne derfor velge om de ville oppgi inntekt per dag, per uke, per 14. dag eller per måned. Det er viktig å huske at den gjennomsnittlige månedsinntekten som oppgis for hver av disse inntektskildene i stor grad er estimerer og ikke reell inntekt.

Det er grunn til å anta at det for noen vil være en viss underrapportering av inntekt fra ulovlige inntektskilder. Samtidig er det sannsynlig at noen overestimerer hva de har tjent den siste måneden, slik at inntekten som oppgis kan være for høy. Det er derfor viktig at de angitte inntektene tolkes med forsiktighet.

Av det totale utvalget var det kun 5 % som ikke besvarte spørsmålet om inntekt. Antall inntektskilder varierte mellom en og fem (Figur 4), med et gjennomsnitt på 1,7, og det var minimale forskjeller mellom byene. Dette betyr at de informantene som oppga inntekt i gjennomsnitt hadde mer enn én inntektskilde. Den totale månedlige gjennomsnittsinntekten var 24 703 kr.

Figur 4. Prosentvis fordeling av antall inntektskilder



Lovlige inntektskilder

De lovlige inntektskildene genererte lavest gjennomsnittlig månedsinntekt (Figur 5). Blant de som hadde inntekt fra arbeid (n=103) genererte dette i gjennomsnitt 13 920 kr. De som oppga trygd og sosialhjelp som inntektskilde (n=868) hadde i gjennomsnitt 10 058 kr, mens de som oppga andre inntektskilder som tigging, salg av gatemagasin, lavterskel jobbtiltak etc. (n=252) hadde 12 501 kr i gjennomsnittlig månedsinntekt. De som rapporterte inntekt fra disse kildene var i gjennomsnitt 41 år.

Tabell 6 at viser at kun et fåtall (10 %) av det totale utvalget oppga arbeidsinntekt som inntektskilde for å finansiere stoffbruken. I tillegg var det kun 4 % som sa at dette var den viktigste inntektskilden og 4 % som sa at dette var den nest viktigste (Figur 6). Det store flertallet (85 %) oppga trygd og sosialhjelp som en av sine inntektskilder (Tabell 6). Så mange som 60 % oppga at dette var den viktigste inntektskilden, mens 19 % oppga at det var den nest viktigste. Omtrent ¼ oppga at de finansierte stoffbruken ved hjelp av inntektskilder som tigging, salg av gatemagasin og ulike lavterskel jobbtiltak. Det var 9 % som oppga dette som den viktigste inntektskilden og 11 % som den nest viktigste.

Tabell 6. Antall og andelen som oppga inntekt fra de ulike inntektskildene for å finansiere stoffbruken*

	Kvinner n=239 (100%)	Menn n=781 (100%)	Totalt n=1020 (100%)
Arbeid (n=103)	22 (9%)	81 (10%)	103 (10%)
Trygd/Sosialhjelp (n=868)	207 (87%)	661 (85%)	868 (85%)
Vinningskriminalitet (n=113)	28 (12%)	85 (11%)	113 (11%)
Stoffsalg (n=298)	68 (28%)	230 (29%)	298 (29%)
Prostitusjon (n=24)	12 (5%)	12 (2%)	24 (2%)
Annet (n=252)	51 (21%)	201 (26%)	252 (25%)

* De fleste oppga mer enn en inntektskilde og prosentandelene utgjør derfor ikke 100 %, men viser i stedet prosentandelene i forhold til henholdsvis det totale utvalget av kvinner og menn, samt det totale utvalget.

Ulovlige inntektskilder

Stoffsalg var den av de ulovlige inntektskildene flest benyttet for å finansiere stoffbruken.

Omtrent 1/3 av det totale utvalget oppga dette som inntektskilde. 13 % oppga dette som den viktigste inntektskilden, mens 12 % oppga dette som den nest viktigste (Figur 6).

Gjennomsnittlig månedsinntekt fra stoffsalg var 28 797 kr (Figur 5). Gjennomsnittsalderen for de som oppga stoffsalg som inntektskilde var 38,4 år.

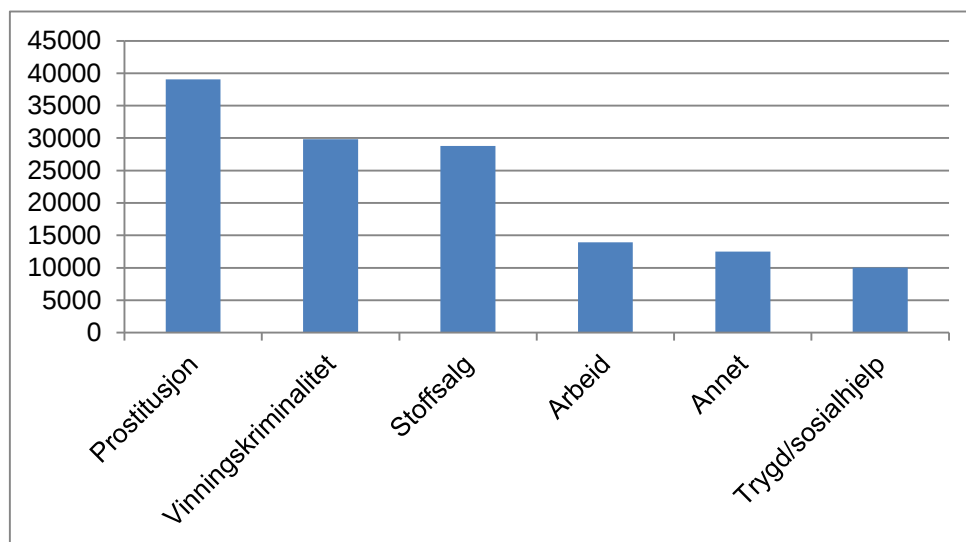
Det var relativt få (11 %) som rapporterte inntekt fra vinningskriminalitet, og kun 3 % oppga dette som den viktigste inntektskilden og 4 % som den nest viktigste. Blant de som oppga dette som inntektskilde, var den gjennomsnittlige inntekten 29 848 kr. Gjennomsnittsalderen for de som hadde dette som inntektskilde var 36,8 år.

Det var stor variasjon i oppgitt inntekt både fra vinningskriminalitet og stoffsalg. Noen oppga kun en liten biinntekt på 800 kr den siste måneden, mens et lite fåtall oppga å ha hatt en «god» måned med en inntekt på mellom 375 000 og 700 000. De som oppga høy inntekt både fra vinningskriminalitet og stoffsalg, understreket ofte at inntekten varierte, og at denne måneden hadde vært spesielt innbringende.

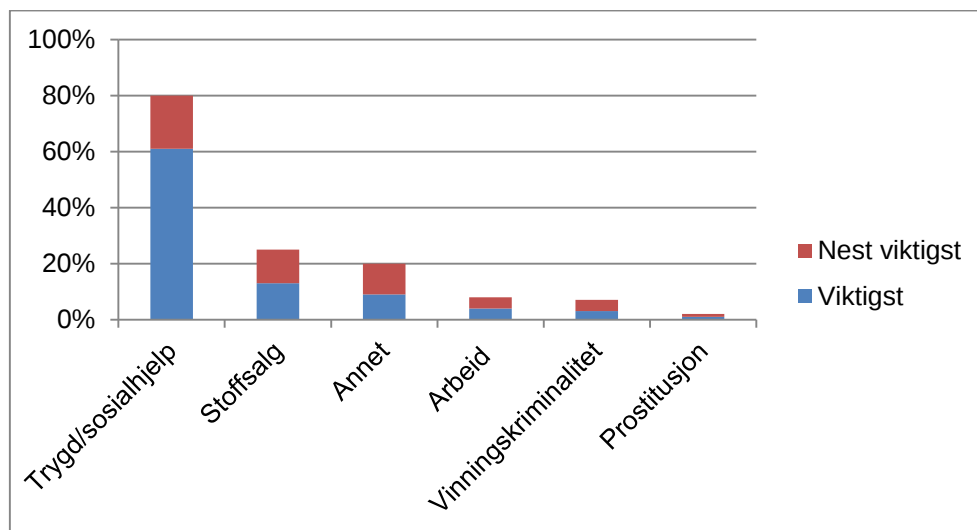
Det er ikke ulovlig å selge seksuelle tjenester, men siden det ikke er lovlig å kjøpe disse tjenestene, har vi oppført prostitusjon som en av de ulovlige inntektskildene. Kun en liten andel (2 %) oppga dette som inntektskilde. Av det totale utvalget oppga 1 % at dette var den viktigste inntektskilden, og 0,5 % oppga dette som den nest viktigste (Figur 6). De som oppga prostitusjon som inntektskilde hadde den høyeste gjennomsnittlige inntekten på 39 050 kr i måneden (Figur 5). Gjennomsnittsalderen for de som hadde prostitusjon som inntektskilde var 33,9 år.

Andelen som rapporterte inntekt fra de lovlige inntektskildene arbeid og trygd/sosialhjelp var omtrent den samme som ble funnet blant sprøytebrukere i Oslo mellom 1993 og 2004 (Bretteville-Jensen, 2005). Samtidig var det en høyere andel i denne undersøkelsen som rapporterte inntekt fra andre inntektskilder som tigging, salg av gatemagasin, panting av flasker, lavterskel jobbtiltak og liknende (25 % vs. 16 %), sammenlignet med undersøkelsen av sprøytebrukere i Oslo mellom 1993 og 2004. I tillegg var det en lavere andel i denne undersøkelsen som oppga inntekt fra stoffsalg (29 % vs. 45 %), vinningskriminalitet (11 % vs. 26 %) og prostitusjon (2 % vs. 15 %). Dette kan bety at det har vært en endring i inntektskilder siden 2004, hvor en lavere andel finansierer stoffbruken ved bruk av ulovlige aktiviteter eller prostitusjon. På den annen side kan det være en forskjell mellom dette nasjonale utvalget og sprøytebrukere intervjuet i Oslo for over ti år siden.

Figur 5. Gjennomsnittlig månedlig inntekt blant de som oppga inntektskilden



Figur 6. Prosentandeler av det totale utvalget som oppga de ulike inntektskildene som viktigste eller nest viktigste inntektskilde

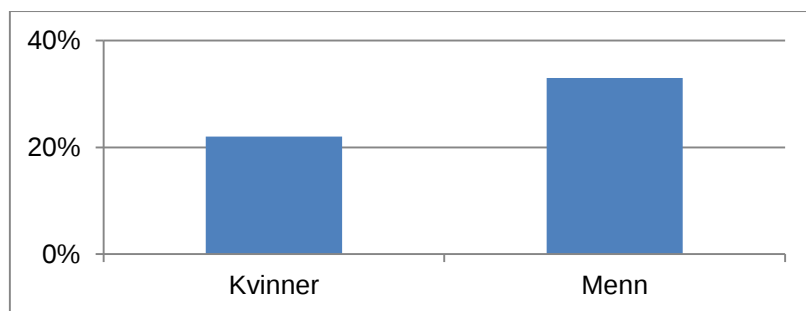


4 Debutalder for narkotika og sprøyter

4.1 Stoff- og sprøyte debut

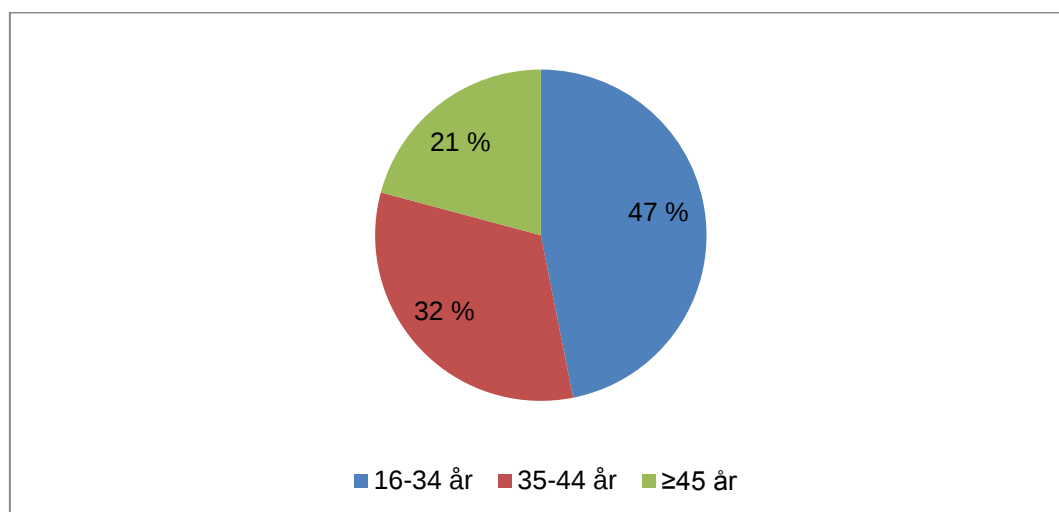
995 av de 1 020 informantene oppga å ha brukt heroin. Av disse hadde halvparten tatt stoffet i sprøyte første gang de brukte det, mens 31 % hadde røykt stoffet. Det var en signifikant høyere andel av mennene som hadde røykt heroin første gang de brukte stoffet, sammenlignet med kvinnene (33 % vs. 22 %) (Figur 7).

Figur 7. Andelen kvinner og menn som røykte heroin første gang de brukte stoffet.



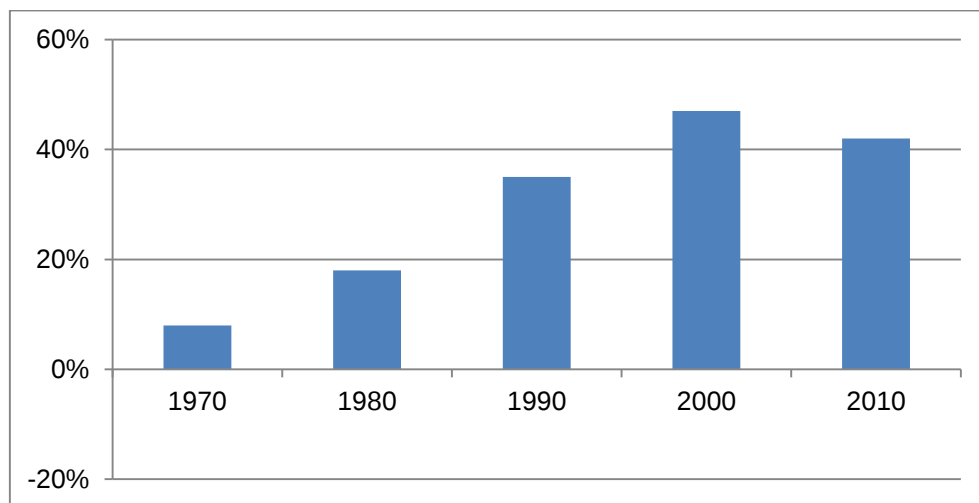
Figur 8 viser at det var en klart større andel blant de som var under 35 år som hadde røykt heroin første gang de brukte stoffet, enn blant de som var eldre. Dette kan henge sammen med at de som var yngre har begynt med heroin på en tid hvor røyking av stoffet var mer vanlig enn da de som var eldre brukte heroin første gang.

Figur 8. Andelen i de ulike aldersgruppene som røykte heroin første gang de brukte stoffet.



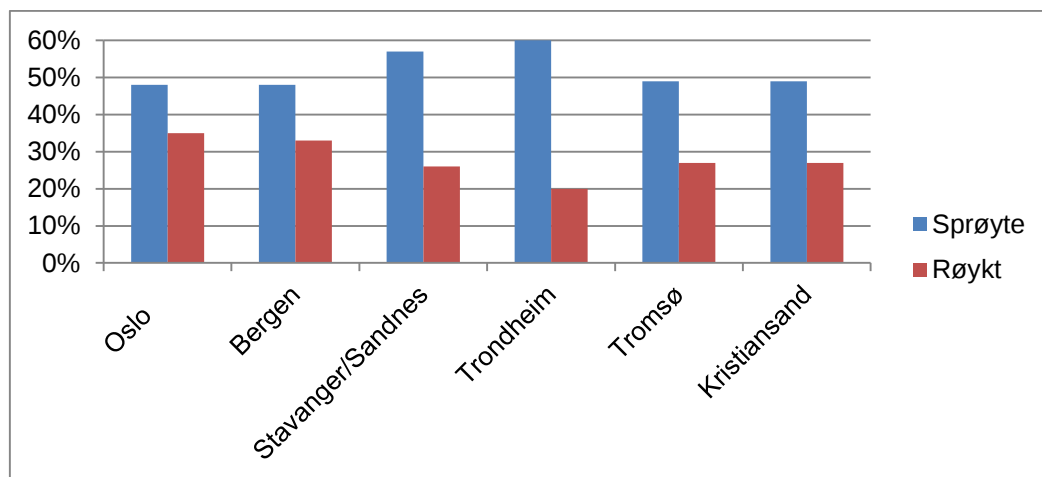
I den mangeårige undersøkelsen av sprøytebrukere i Oslo sentrum, har alder ved sprøytdebut blitt delt inn etter tiår for debut (Bretteville-Jensen, 2005; Anne Line Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009). Ved å dele inn på tilsvarende måte fant vi en klar forskjell i bruksmønster mellom de som begynte på 1970-tallet og de som begynte senere (Figur 9). Av de som debuterte med heroin på 1970-tallet, hadde kun en liten andel (8 %) røykt første gang de brukte heroin, mens denne andelen var betydelig høyere for de som begynte senere. Dette er i samsvar med det Bretteville-Jensen og Amundsen fant i 2009 (Anne Line Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009) hvor 16 % hadde røykt heroin første gang de brukte stoffet på 1970-tallet, mens den tilsvarende andelen for de som hadde begynt med heroin på 2000-tallet, var 73 %.

Figur 9. Andelen som rapporterte at de røykte første gang de brukte heroin, fordelt på tiår for heroindebut



Det var klare forskjeller i andel i de ulike byene som hadde røykt første gang de brukte heroin. Figur 10 viser at Oslo (35 %) og Bergen (33 %) hadde de høyeste andelen, mens Trondheim hadde den laveste.

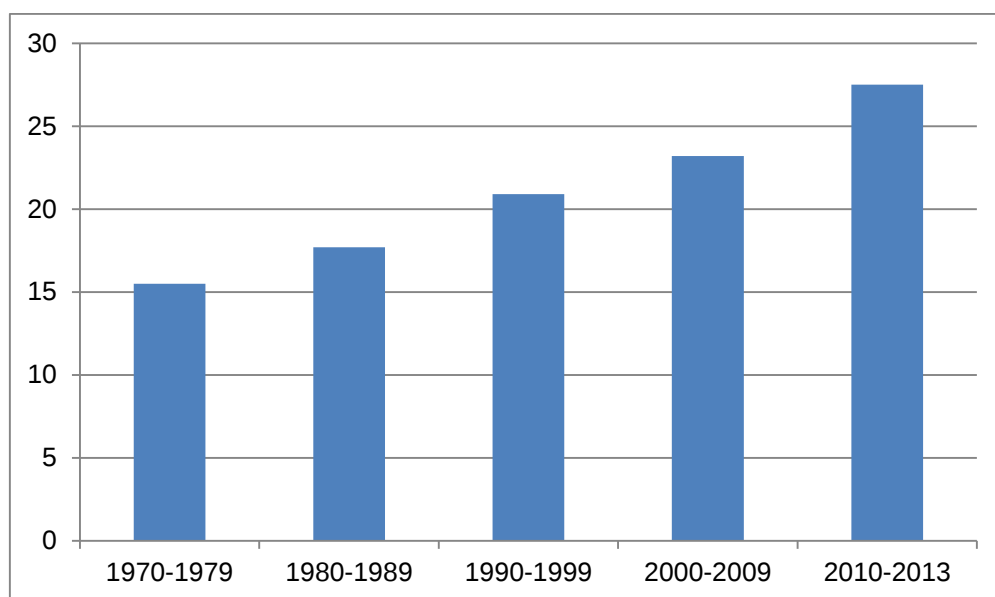
Figur 10. Andelen i de ulike byene som hadde røykt vs. brukt sprøyte første gang de brukte heroin



Gjennomsnittsalderen for sprøyte debut var 20,2 år, og det var ingen signifikante kjønnsforskjeller. Det var heller ingen forskjell mellom byene. Når sprøyte debut alder ble delt inn etter tiår for debut, var resultatene så og si identiske med det som ble funnet tidligere blant sprøytebrukere i Oslo (Bretteville-Jensen, 2005; Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009). Gjennomsnittsalderen for sprøyte debut var 15,5 år for de som begynte å ta narkotika med sprøyte på 1970-tallet, 17,7 år for de som begynte på 1980-tallet, 20,9 år for de som begynte

på 1990-tallet, 23,2 år for de som begynte på 2000-tallet og 27,5 år for de som begynte med sprøyte etter 2010 (Figur 11).

Figur 11. Alder for sprøyte debut fordelt på tiår for debut



Tiden mellom første sprøyte og regelmessig sprøytebruk (en gang i uka eller oftere) varierte mellom informantene, men det var ingen signifikante forskjeller mellom byene. Noen begynte å injisere regelmessig med en gang etter første injeksjon, mens den med lengst tid mellom førstegangsinjeksjon og regelmessig bruk oppga 23 år mellom første injeksjon og regelmessige sprøytebruk. Median tid mellom første injeksjon og regelmessig bruk var ett år.

Tabell 7 viser andelene som oppga å ha brukt amfetamin, heroin, morfin og annet første gang de brukte sprøyte. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller. Det var imidlertid en signifikant høyere andel blant de under 35 år som hadde debutert med heroin, sammenlignet med de som var eldre. For amfetamin var det motsatt. En høyere andel blant de som var 35 år eller eldre hadde debutert med amfetamin, sammenlignet med de som var yngre. Det var også en høyere andel blant de over 44 år som hadde debutert med morfin, enn de som var yngre. Selv om det var en lav andel som hadde debutert med andre stoffer enn heroin, amfetamin eller morfin, var det en høyere andel blant de under 35 år som hadde debutert med andre stoffer enn de som var 35 år og eldre.

Tabell 7. Stoff ved sprøyte debut i de ulike aldersgruppene

	16-34 år	35-44 år	≥45 år	Totalt	Pearson X ² (p-value)
Heroin	32%	23%	15%	22%	25,9 (<0,001)
Amfetamin	53%	63%	63%	60%	8,4 (0,015)
Morfin	3%	6%	8%	6%	6,6 (0,036)
Annet stoff	8%	3%	4%	5%	8,3 (0,015)

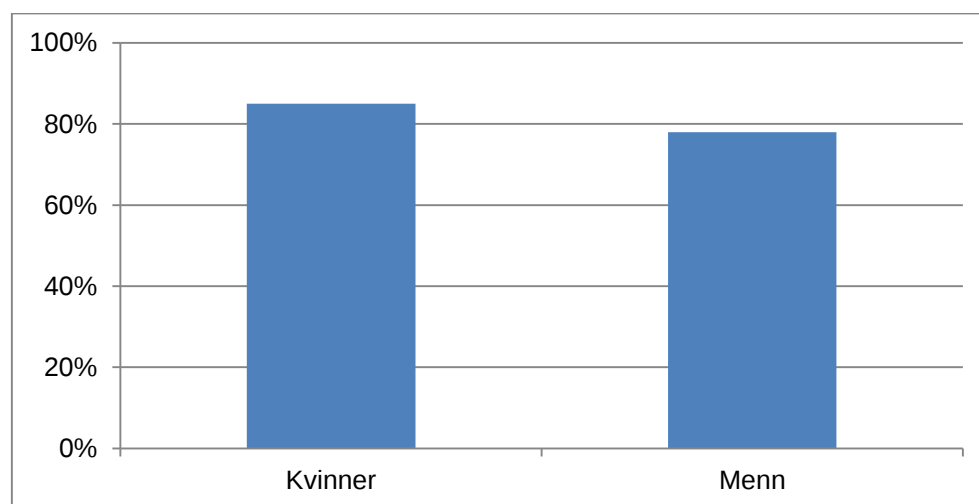
Den høye andelen som har sprøyte debutert med amfetamin sammenlignet med heroin henger sannsynligvis sammen med når heroin ble tilgjengelig i Norge. Det første heroinbeslaget ble gjort i Norge i 1976 (Bønes, 2006), og selv om heroin ble brukt før dette, var forekomsten betydelig lavere enn for amfetamin. At det var en høyere andel blant de under 35 år som hadde debutert med heroin og en høyere andel blant de over 34 år som hadde debutert med amfetamin, kan derfor henge sammen med tilgjengelighet av de ulike stoffene på det tidspunktet personen begynte å bruke sprøyte.

5 Bruk av rusmidler siste fire uker

5.1 Sprøytebruk siste fire uker

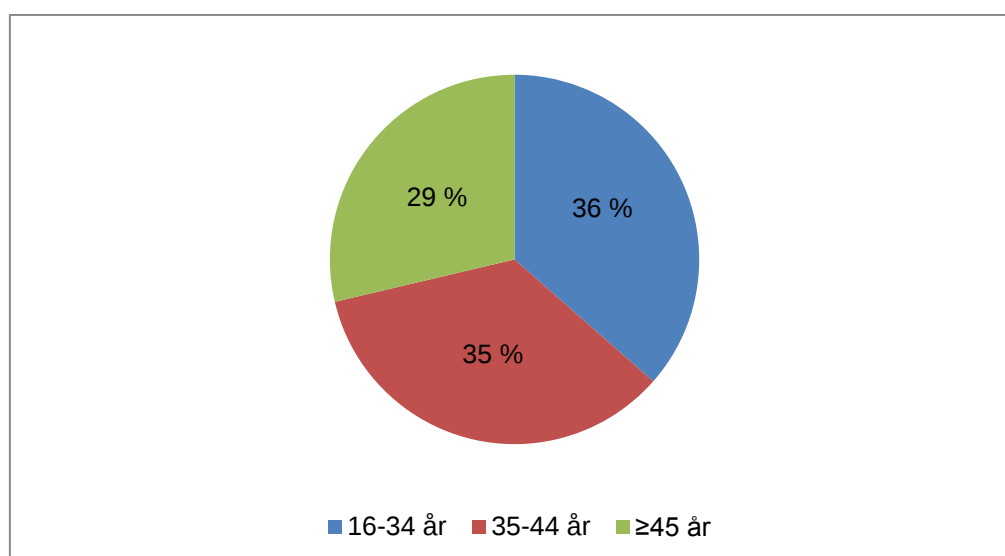
Av det totale utvalget oppga 80 % å ha brukt sprøyte en eller flere ganger siste fire uker, hvorav andelen kvinner var større enn for menn (85 % vs. 79 %) (Figur 12). Dette samsvarer med tidligere studier både i Norge og internasjonalt som har funnet at kvinner har injisert narkotika like ofte eller oftere enn menn (Back m. fl., 2011; Bretteville-Jensen, 1999; Dean, McBride, Macdonald, Connolly & McDermott, 2010; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2014; Holloway & Bennett, 2007; Miller, Eskild, Mella, Moi & Magnus, 2001).

Figur 12. Andelen kvinner og menn som hadde injisert narkotika siste fire uker



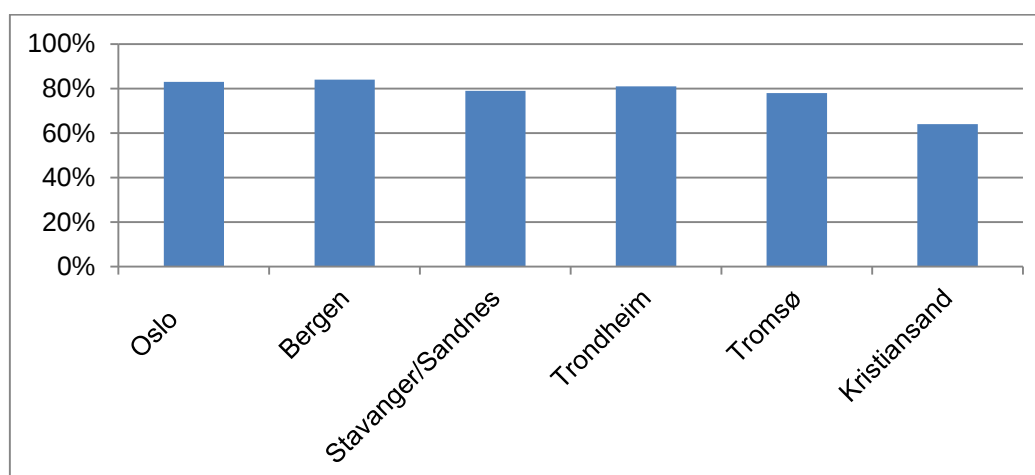
Det var en signifikant lavere andel blant de over 44 år som hadde injisert siste fire uker, sammenlignet med de som var yngre (Figur 13).

Figur 13. Andelen som hadde injisert siste fire uker fordelt på aldersgrupper



Kristiansand skilte seg fra de andre byene ved en klart lavere andel (64 %) som hadde injisert siste fire uker (Figur 14). Kristiansand hadde også den høyeste andelen (14 %) som oppga aldri å ha brukt sprøyter. Andelene som hadde brukt sprøyter i de andre byene var tilnærmet like. I Kristiansand var som sagt gjennomsnittsalderen blant informantene høyere enn i de andre byene. Som vi har sett var det en jevnt over lavere andel blant de over 44 år som hadde brukt sprøyter siste fire uker enn blant de som var yngre. Det kan derfor være at den lavere andelen som hadde brukt sprøyter i løpet av de siste fire ukene i Kristiansand har sammenheng med en høyere gjennomsnittsalder.

Figur 14. Andelen i de ulike byene som hadde injisert narkotika siste fire uker



5.2 Type stoff i sprøyte siste fire uker

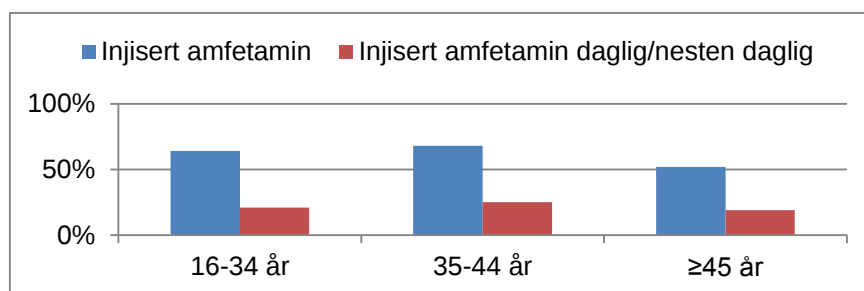
Av det totale utvalget oppga 60 % å ha injisert amfetamin siste fire uker, mens litt under halvparten (43 %) hadde injisert heroin. Tabell 8 viser antallet som hadde injisert amfetamin, heroin eller begge stoffer. Halvparten (48 %) av de som hadde injisert amfetamin (n=617) de siste fire ukene hadde også injisert heroin i samme tidsperiode. Av de som hadde injisert heroin (n=440) de siste fire ukene hadde 67 % også injisert amfetamin.

Tabell 8. Antallet som hadde injisert/ikke injisert amfetamin og heroin siste fire uker

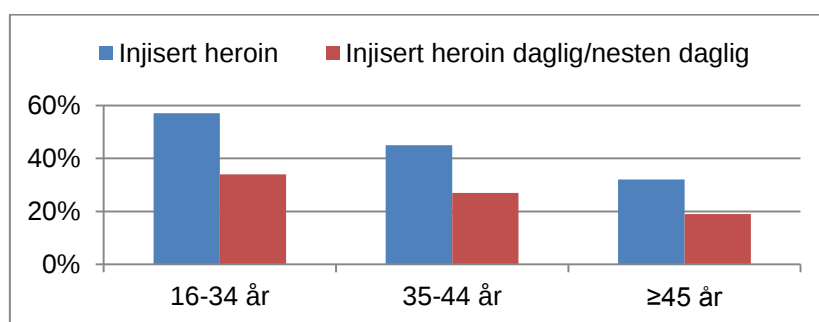
	Ikke injisert heroin	Injisert heroin	Totalt
Ikke injisert amfetamin	259	144	403
Injisert amfetamin	321	296	617
Totalt	580	440	1 020

21 % hadde injisert amfetamin daglig eller nesten daglig, mens 26 % hadde injisert heroin daglig eller nesten daglig. Dette betyr at en høyere andel blant de som injiserte heroin var daglig eller nesten daglige brukere, sammenlignet med de som hadde injisert amfetamin. Det var ingen kjønnsforskjeller i andelene som hadde injisert amfetamin siste fire uker (62 % av kvinnene og 60 % av mennene), og heller ikke i andelene som hadde injisert heroin (44 % av kvinnene og 43 % av mennene). Det var imidlertid en signifikant høyere andel blant de som var yngre enn 45 år som hadde injisert amfetamin enn de som var eldre (Figur 15). Til sammenligning var det en signifikant lavere andel blant de som var yngre enn 45 år som hadde injisert heroin enn de som var eldre (Figur 16).

Figur 15. Andelen som hadde injisert amfetamin siste fire uker i ulike aldersgrupper

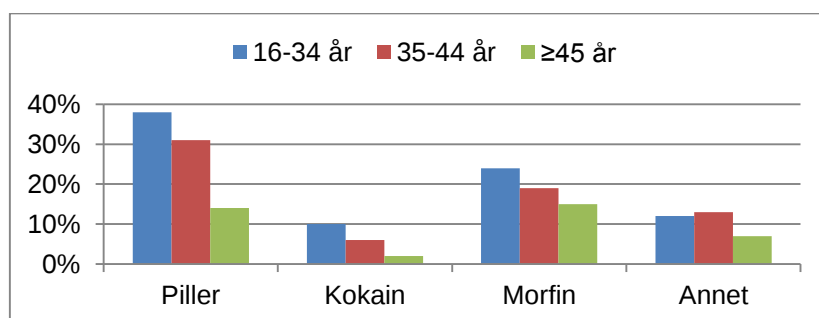


Figur 16. Andelen som hadde injisert heroin siste fire uker i ulike aldersgrupper



Av andre type stoffer injisert siste fire uker utgjorde piller den høyeste andelen (26 %), etterfulgt av morfin (19 %). 10 % oppga å ha injisert andre stoffer enn de nevnte og 5 % oppga å ha injisert kokain. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt injeksjon av andre type stoffer enn heroin og amfetamin, men det var signifikant flere blant de som var yngre enn 35 år som hadde injisert piller, kokain, morfin og annet sammenlignet med de som var eldre (Figur 17).

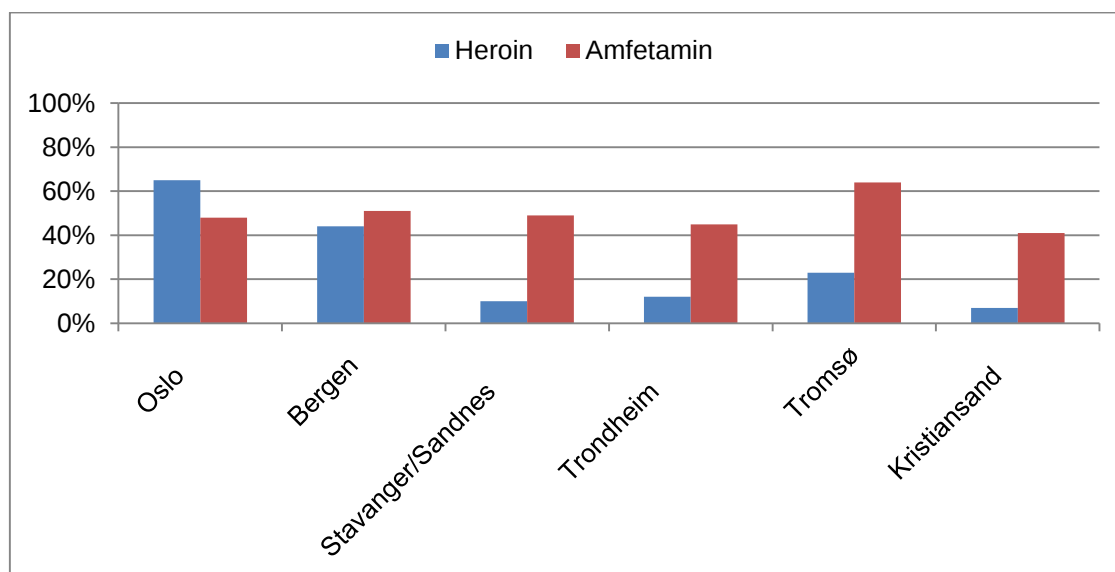
Figur 17. Andelen i ulike aldersgrupper som hadde injisert andre type stoffer siste fire uker



5.3 Forskjeller mellom byene i injeksjon av ulike stoffer

Det var signifikante forskjeller mellom byene i hvilke typer stoff som var injisert siste fire uker. Figur 18 viser at Oslo (65 %) og Bergen (67 %) hadde de største andelen som hadde injisert heroin, sammenlignet med de andre byene hvor den tilsvarende andelen var 7-23 %. Dette er i samsvar med beslagstall fra Kripas der Oslo og Hordaland er de politidistriktene med desidert høyest antall årlige heroinbeslag sammenlignet med andre politidistrikter (Kripas, 2011, 2012, 2013). På den ene siden kan dette ha sammenheng med mer politiinnsett og ressurser rettet mot heroin i disse byene sammenlignet med resten av Norge. På den annen side kan det også være at beslagstallene i noen grad gjenspeiler det vi her finner; at det er en høyere andel i Oslo og Bergen som bruker heroin sammenlignet med de andre byene. Det at en høyere andel hadde brukt heroin i Oslo og Bergen, indikerer også at heroin kan være lettere tilgjengelig her.

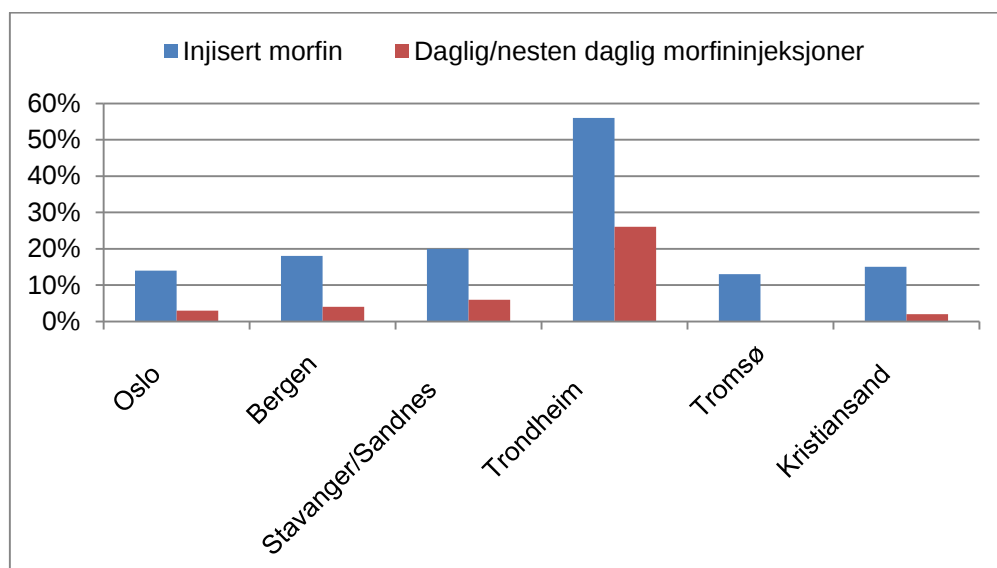
Figur 18. Andelene i de ulike byene som hadde injisert heroin eller amfetamin siste fire uker



Det var en høy andel som hadde injisert amfetamin i alle de syv byene, noe som kan tyde på at dette er et stoff med god tilgjengelighet i Norge. Beslagstall fra Kripos viser at det er betydelig flere amfetaminbeslag enn heroinbeslag i de ulike politidistriktene (Kripos, 2011, 2012, 2013).

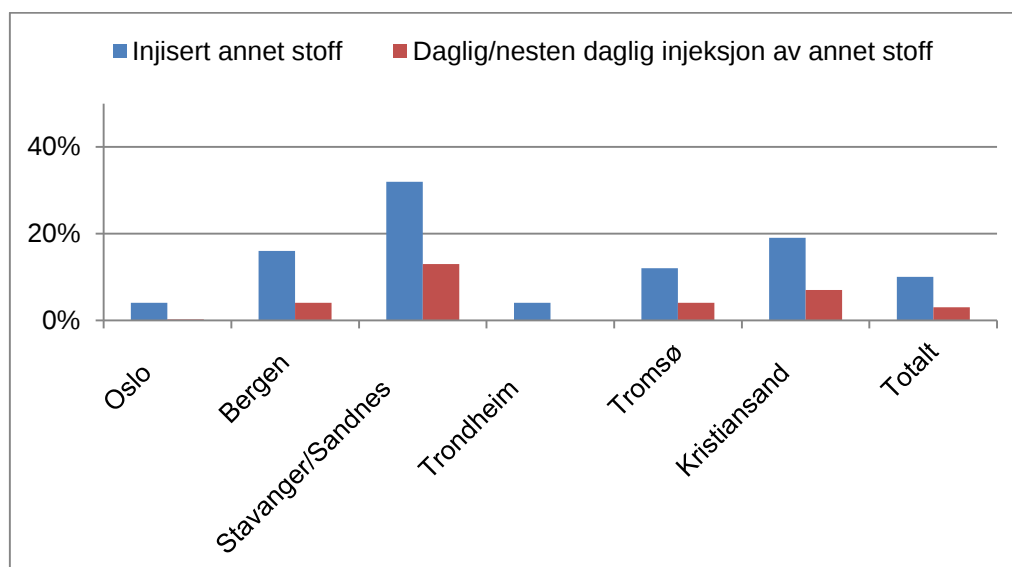
Figur 19 viser at Trondheim skilte seg ut ved at over halvparten (56 %) hadde injisert morfin i løpet av den siste måneden. Vi har imidlertid ikke informasjon om dette er morfinpreparater som er forskrevet av lege og deretter solgt videre, eller om det er smuglet inn i landet. Det kan også være at det var en tilfeldig variasjon med ekstra god tilgjengelighet av morfin på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført.

Figur 19. Andelen som hadde injisert morfin siste fire uker i de ulike byene



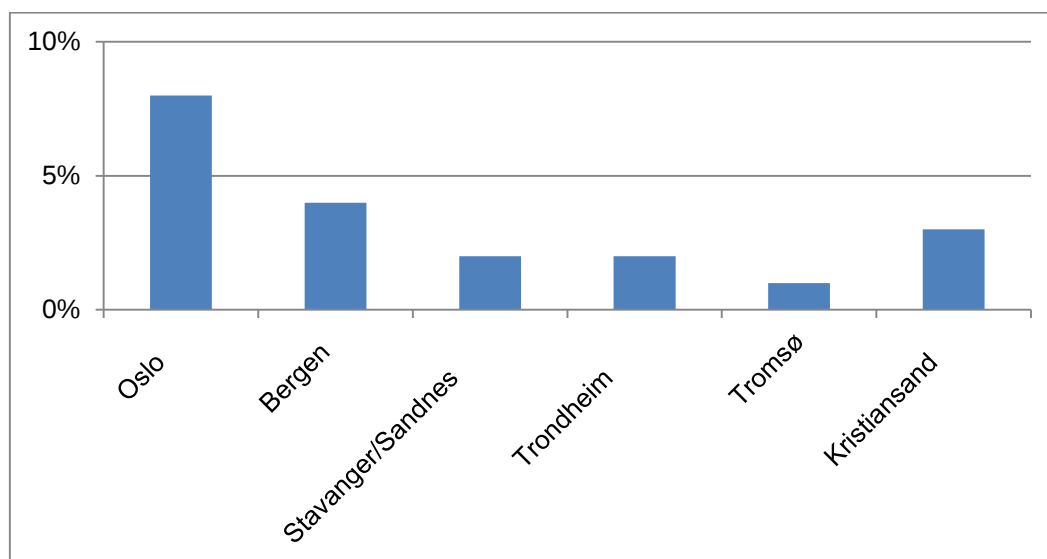
Stavanger/Sandnes skilte seg ut fra de andre byene ved at 32 % oppga at de hadde injisert andre stoffer enn heroin, amfetamin eller morfin. 13 % hadde injisert andre stoffer daglig eller nesten daglig (Figur 20). Dette gjelder stoffer som subutex, subuxone, metadon og GHB. Kristiansand og Bergen hadde også relativt høye andeler som hadde injisert andre stoffer (henholdsvis 19 % og 16 %), sammenlignet med de andre byene.

Figur 20. Andelen som hadde injisert andre stoffer siste fire uker i de ulike byene



Det var også en signifikant forskjell mellom byene i andel som hadde injisert kokain siste fire uker. I Oslo var det en andel på 8 %, mens andelen i Tromsø var 1 % (Figur 21). Kun to personer i Oslo, én person i Tromsø og én person i Kristiansand hadde injisert kokain daglig. Når det gjaldt injisering av piller var det ingen signifikante forskjeller mellom byene.

Figur 21. Andelene som hadde injisert kokain siste fire uker i de ulike byene

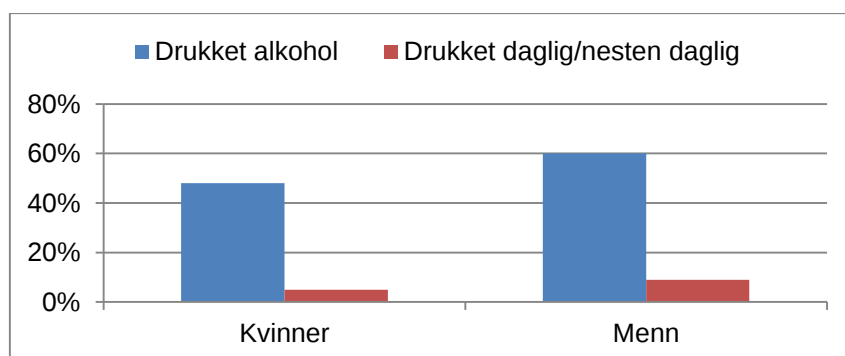


6 Bruk av rusmidler som drikkes, spises, røykes eller sniffes

6.1 Alkohol

Av det totale utvalget hadde 57 % drukket alkohol i løpet av de fire siste ukene, mens 8 % hadde drukket daglig eller nesten daglig. En signifikant høyere andel menn enn kvinner hadde drukket alkohol siste fire uker (60 % vs. 48 %) (Figur 22). Det samme gjaldt å ha drukket alkohol daglig (9 % av mennene vs. 5 % av kvinnene).

Figur 22. Andelen kvinner og menn som hadde drukket alkohol siste fire uker

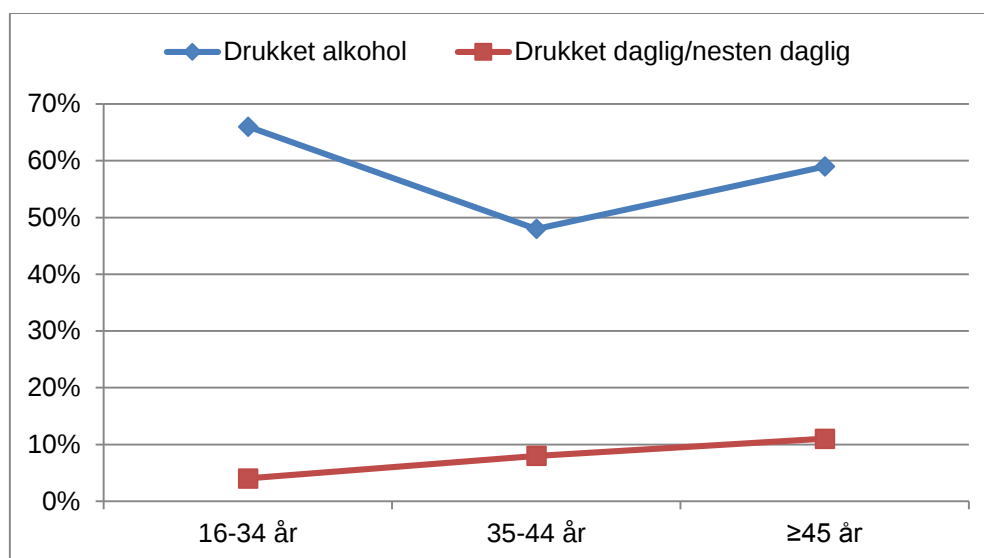


Bretteville-Jensen fant en svak nedgang fra 53 % til 46 % i andelen av sprøytebrukere i Oslo som brukte alkohol mellom 1993 og 2004 (Bretteville-Jensen, 2005). I vår undersøkelse var andelen som hadde brukt alkohol høyere enn det som ble funnet i Oslo i 1993. For å

undersøke dette nærmere undersøkte vi alkoholbruken blant de som hadde brukt sprøyter én eller flere ganger de siste fire ukene kun i Oslo. Andelen som hadde brukt alkohol blant de som hadde brukt sprøyter var omtrent tilsvarende (56 %) som for hele utvalget. Andelen for kun de som hadde brukt sprøyter og ble intervjuet i Oslo utenfor sprøyterommet og sprøyteutdelingen var 52 %, noe som var tilnærmet likt andelen som ble funnet i 1993 i samme populasjon, men høyere enn det som ble funnet i 2004 (Bretteville-Jensen, 2005). Det kan være en tilfeldighet, men det kan også være at flere av sprøytebrukerne drikker alkohol i dag sammenlignet med noen år tidligere.

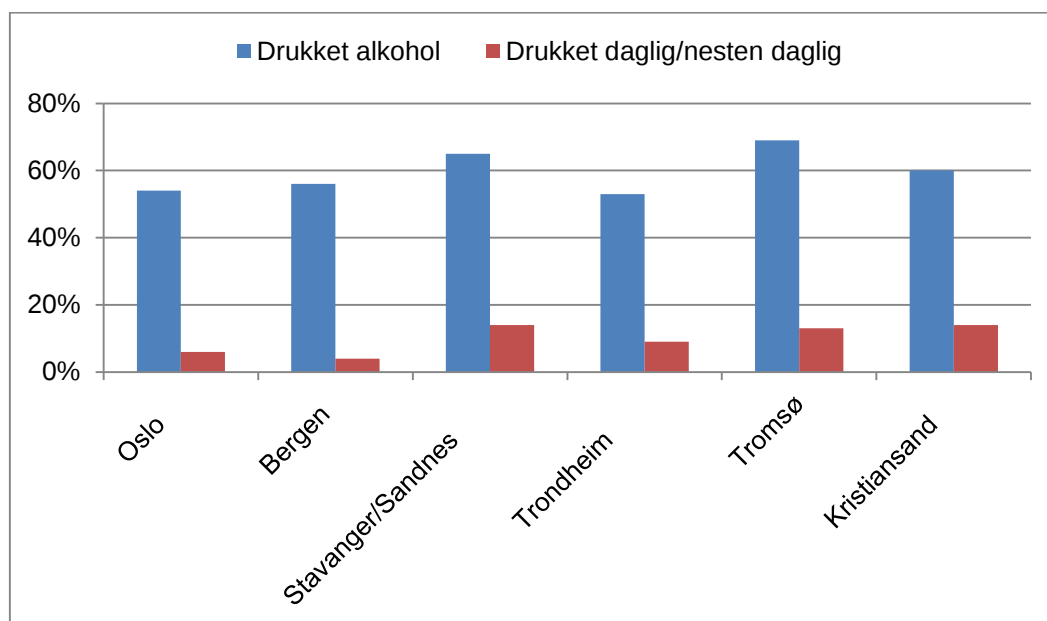
Bruk av alkohol i ulike aldersgrupper fremgår av Figur 23. En høyere andel blant de under 35 år hadde drukket alkohol siste fire uker enn blant de som var eldre. Samtidig skilte andelen i aldersgruppen 35 til 44 år seg fra både de som var eldre og yngre, med en signifikant lavere andel (48 %).

Figur 23. Andelen som hadde drukket alkohol siste fire uker i ulike aldersgrupper



Det var noen forskjeller mellom byene i alkoholbruk (Figur 24). Tromsø hadde en signifikant høyere andel som hadde drukket alkohol siste fire uker sammenlignet med Oslo, Bergen og Trondheim. Samtidig hadde Stavanger/Sandnes, Tromsø og Kristiansand en signifikant høyere andel som hadde drukket daglig eller nesten daglig sammenlignet med Oslo og Bergen.

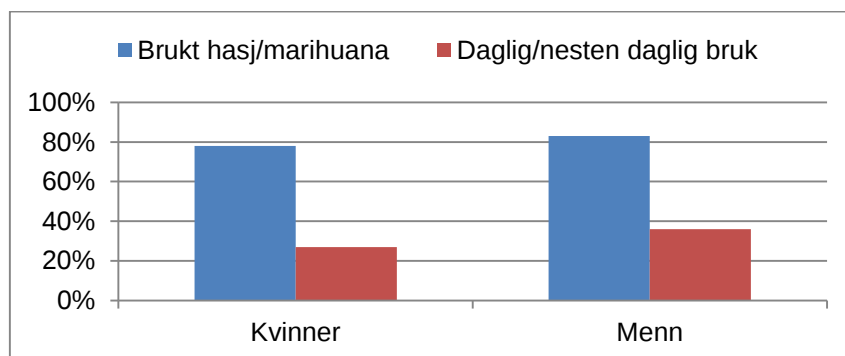
Figur 24. Andelen som hadde drukket alkohol siste fire uker i de ulike byene



6.2 Hasj/marihuana

Av hele utvalget oppga 82 % å ha brukt hasj/marihuana siste fire uker. Det var ingen signifikante forskjeller i andelen mellom kvinner og menn (78 % vs. 83 %) (Figur 25). Det var imidlertid en signifikant kjønnsforskjell i andelen som hadde brukt hasj/marihuana daglig eller nesten daglig (27 % av kvinnene, sammenlignet med 36 % av mennene). Det var ingen forskjeller mellom aldersgruppene, og heller ikke mellom byene.

Figur 25. Andelen kvinner og menn som hadde brukt hasj/marihuana siste fire uker

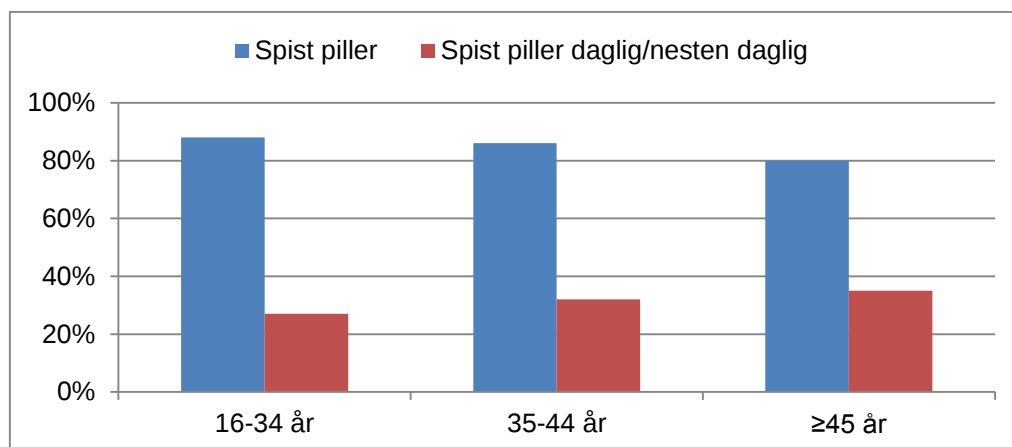


6.3 Piller

Av det totale utvalget hadde 83 % spist piller i løpet av de siste fire ukene, og 32 % hadde gjort dette daglig/nesten daglig. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller. Som det fremgår av Figur 26 var det imidlertid signifikant flere blant de som var 34 år eller yngre som hadde spist piller sammenlignet med de som var 45 år eller eldre. Det var ingen signifikant forskjell

mellom aldersgruppene i daglig eller nesten daglig bruk av piller. Det var heller ingen signifikante forskjeller i bruk av piller mellom byene.

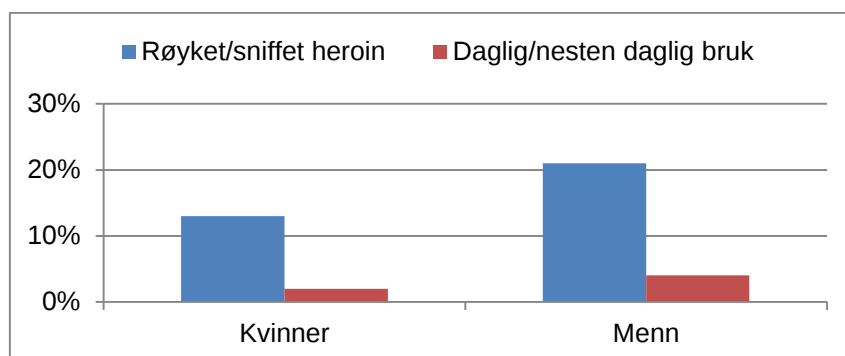
Figur 26. Andelen som hadde spist piller siste fire uker i ulike aldersgrupper



6.4 Heroinrøyking

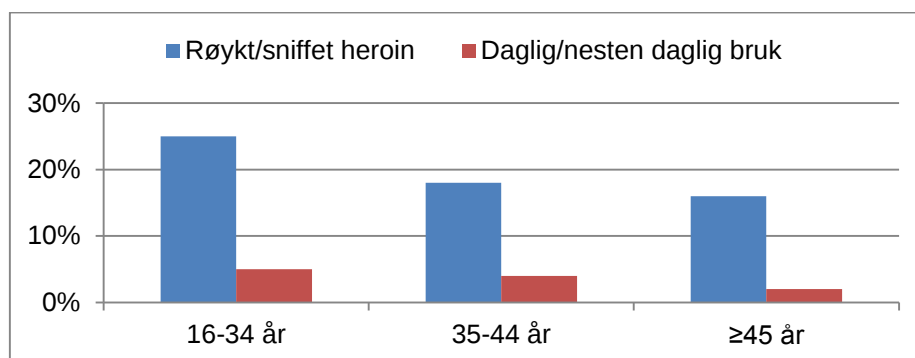
Til sammen oppga 19 % å ha røykt eller sniffet heroin i løpet av siste fire uker. Signifikant flere menn enn kvinner oppga å ha røykt eller sniffet heroin siste fire uker (21 % vs. 13 %), men det var ingen kjønnsforskjell i daglig/nesten daglig heroinrøyking/sniffing (Figur 27).

Figur 27. Andelen menn og kvinner som hadde røykt/sniffet heroin siste fire uker



Figur 28 viser at det var en signifikant større andel blant de som var 34 år eller yngre som hadde røykt/sniffet heroin siste fire uker, sammenlignet med de som var eldre, men det var ingen slik forskjell når det gjaldt daglig/nesten daglig røyking/sniffing.

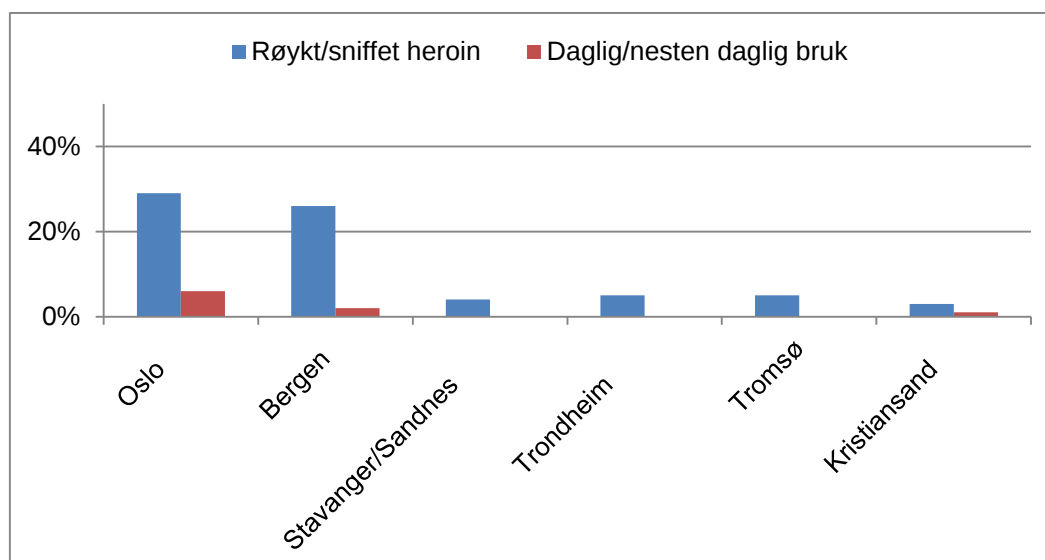
Figur 28. Andelen i de ulike aldersgruppene som hadde røykt eller sniffet heroin siste fire uker



Det var signifikant forskjell mellom de ulike byene (Figur 29). I Oslo og Bergen var det henholdsvis 29 % og 26 % som oppga å ha røykt/sniffet heroin siste fire uker, mens den tilsvarende andelen i de andre byene var 5 % eller mindre. Samtidig var Oslo og Bergen også de to byene med høyest andel som hadde injisert heroin, og den høyere røyke/sniffe-andelen er mest sannsynlig en indikasjon på bruk/tilgjengelighet av heroin, heller enn forskjeller i inntaksmåte.

En langt lavere andel oppga å ha røykt eller sniffet heroin daglig/nesten daglig (6 % i Oslo og 2 % i Bergen).

Figur 29. Andelen i de ulike byene som hadde røykt eller sniffet heroin siste fire uker

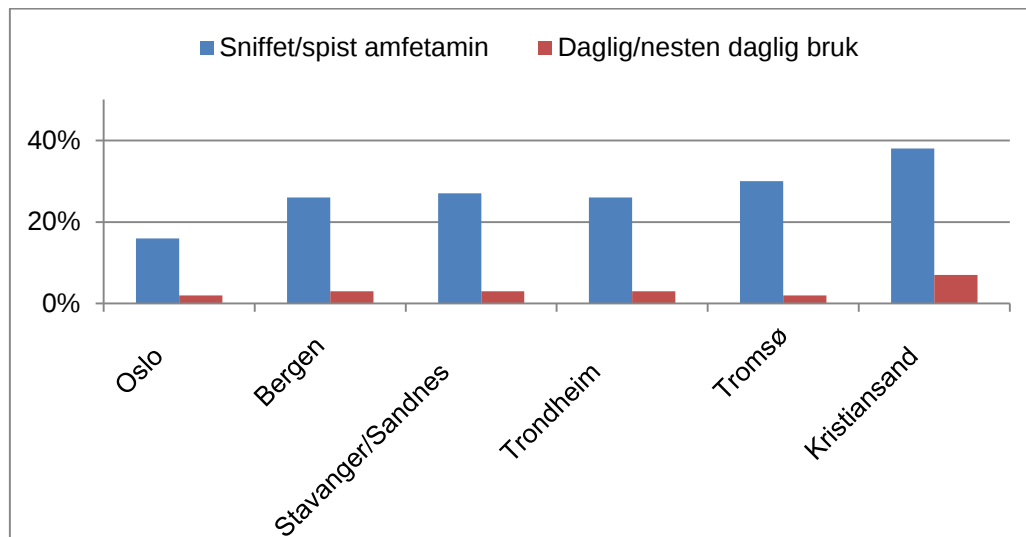


6.5 Sniffet eller spist amfetamin

Av det totale utvalget oppga 22 % å ha sniffet eller spist amfetamin siste fire uker, mens 3 % hadde gjort dette daglig eller nesten daglig. Det var her ingen kjønns- eller aldersforskjeller.

Det var imidlertid signifikante forskjeller mellom byene (Figur 30). Andelen som hadde sniffet/spist amfetamin var høyest i Kristiansand (38 %), mens den tilsvarende andelen i Oslo var 16 %.

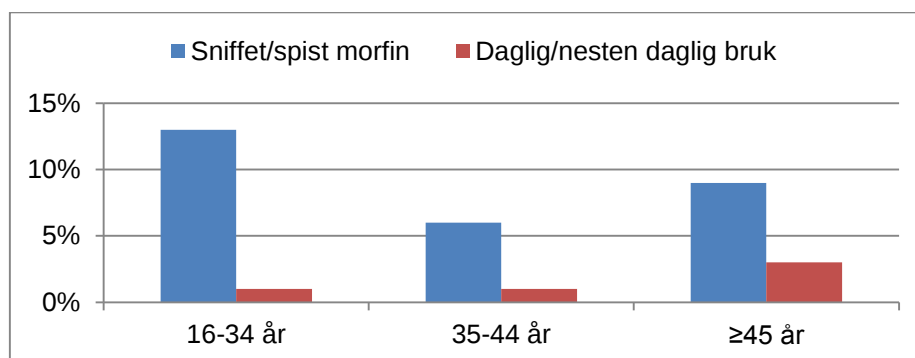
Figur 30. Andelene i de ulike byene som hadde sniffet eller spist amfetamin siste fire uker



6.6 Spist eller sniffet morfin

Av det totale utvalget hadde 9 % spist eller sniffet morfin, mens 2 % rapporterte at de hadde gjort dette daglig/nesten daglig. Det var ingen kjønnsforskjeller, men det var en signifikant høyere andel blant de som var yngre enn 35 år som hadde spist/sniffet morfin sammenlignet med de som var mellom 35 og 44 år (Figur 31). Det var ingen signifikante aldersforskjeller i andelene som rapporterte om daglig/nesten daglig bruk. Det var heller ingen signifikante forskjeller mellom byene.

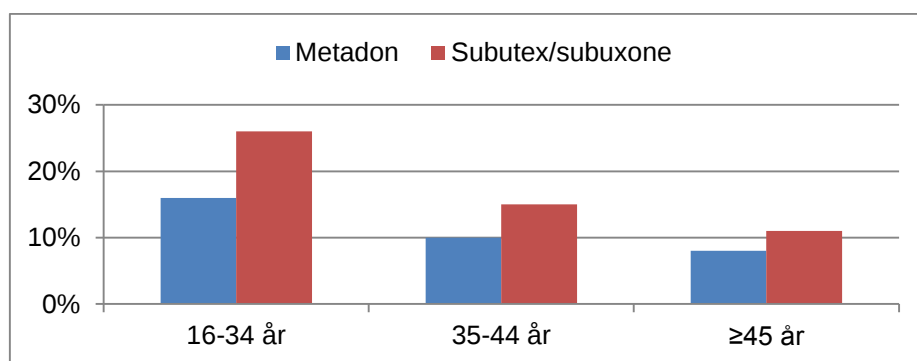
Figur 31. Andelene i de ulike aldersgruppene som hadde sniffet eller spist morfin de siste fire ukene



6.7 Illegal bruk av metadon og subutex/subuxone

Lekkasje og illegal bruk av medikamentene metadon og buprenorfin (subutex og subuxone) er utbredt i land hvor substitusjonsbehandling er tilgjengelig (Duffy & Baldwin, 2012; Roche, McCabe & Smyth, 2008; Winstock, Lea & Jackson, 2009). Det har i de siste årene vært en økende bekymring rundt lekkasje av metadon fra LAR som følge av en økende andel metadonrelaterte forgiftningsdødsfall (Amundsen & Reid, 2014). I denne undersøkelsen hadde 11 % av informantene brukt metadon og 16 % subutex/subuxone illegalt siste fire uker. 2 % hadde brukt metadon illegalt daglig/nesten daglig, mens 8 % hadde brukt subutex/subuxone illegalt daglig/nesten daglig. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller i bruken av disse medikamentene, men det var signifikant flere blant de som var mellom 16 og 34 år som hadde brukt metadon (16 %) og/eller subutex/subuxone (26 %) illegalt siste fire uker, sammenlignet med de eldre (Figur 32).

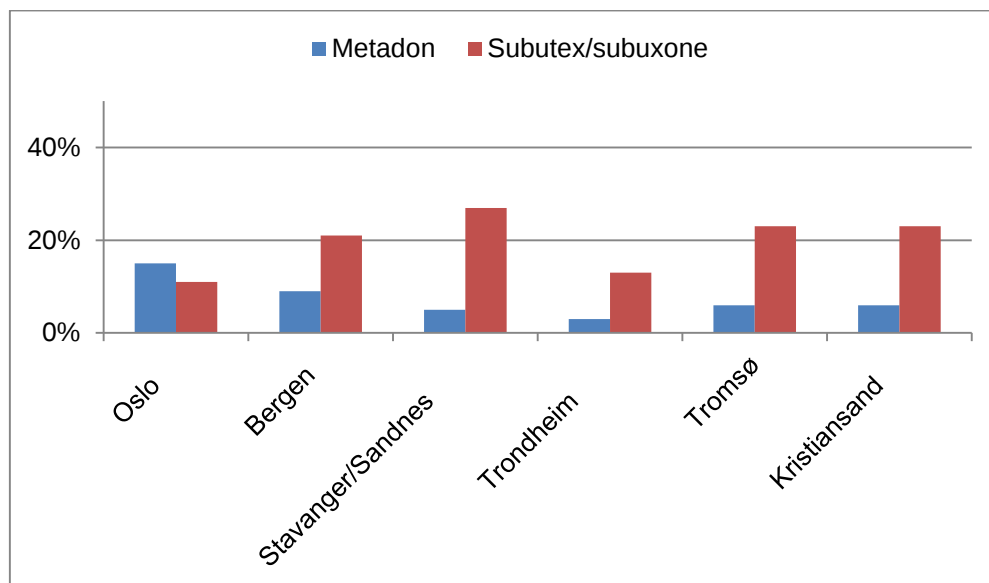
Figur 32. Andelen i ulike aldersgrupper som hadde brukt metadon eller subutex/subuxone illegalt siste fire uker



Det var signifikante forskjeller mellom byene i illegal bruk av både metadon og subutex/subuxone (Figur 33). Av informantene i Oslo og Bergen hadde henholdsvis 15 % og 9 % brukt metadon illegalt, sammenlignet med 3 % i Trondheim. Blant informantene i Stavanger/Sandnes, Bergen, Tromsø og Kristiansand hadde en høyere andel brukt subutex/subuxone illegalt sammenlignet med Oslo og Trondheim. Eksempelvis hadde 27 % av informantene i Stavanger/Sandnes brukt disse stoffene illegalt, til sammenligning med 13 % i Trondheim. Vi har ikke informasjon om hvorvidt det de hadde brukt av metadon og/eller subutex/subuxone kom fra lekkasje fra LAR eller var importert fra utlandet.

Av de som hadde brukt metadon illegalt (109 personer), hadde kun 4 injisert metadonen i løpet av de siste fire ukene. Til sammenligning hadde 25 av de 167 personene som hadde brukt subutex illegalt siste fire uker, injisert stoffet.

Figur 33. Andelene i de ulike byene som hadde brukt metadon eller subutex/subuxone illegalt siste fire uker

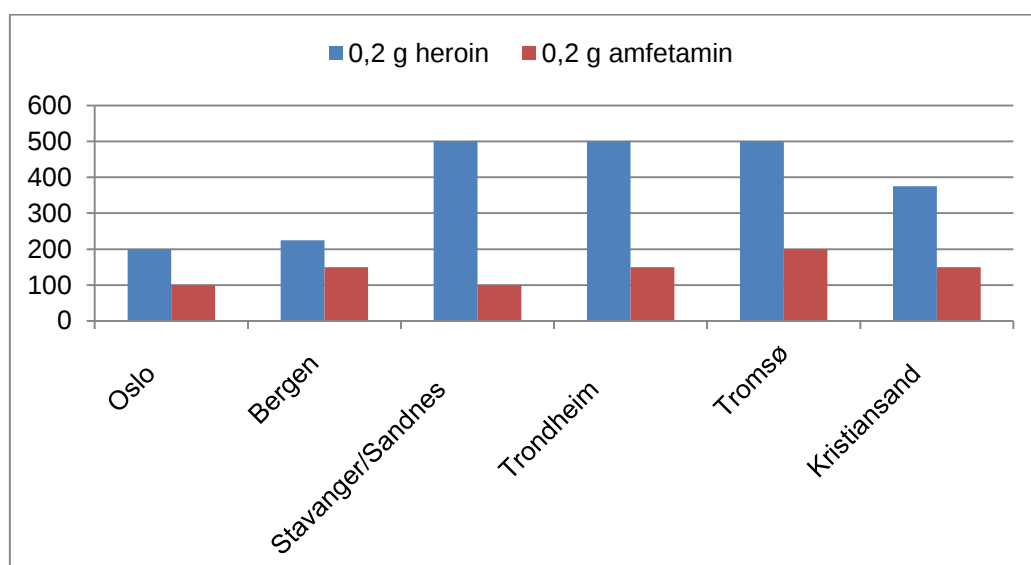


7 Stoffpriser

Informantene ble spurt hva de hadde betalt for stoffene de hadde brukt siste fire uker. Det var store forskjeller mellom byene (Figur 34). Utvalget i Oslo hadde betalt (median) 200 kr for 0,2 gram heroin og utvalget i Bergen 225 kr. I Stavanger/Sandnes, Trondheim og Tromsø hadde utvalget betalt 500 kr.

Utvalget i Oslo og Stavanger/Sandnes hadde betalt minst for en brukerdose (0,2 g) amfetamin (median 100 kr), mens utvalget i Tromsø hadde betalt mest (median 200 kr).

Figur 34. Medianpris for en brukerdose (0,2 gram) heroin og amfetamin i de ulike byene



Den rapporterte medianprisen for 1 gram hasj varierte fra 100 kr i Oslo og Bergen til 150 kr i Stavanger/Sandnes, Trondheim og Kristiansand (Tabell 9).

Tross høye priser for heroin og amfetamin i Tromsø, var dette den av byene med lavest rapporterte medianpris (75 kr) for Dolcontin 100 mg tablett. I Oslo var medianprisen 100 kr. Trondheim var byen med høyest andel som rapporterte sprøytebruk med morfin, men likevel var medianprisen høyere her enn i resten av landet (400 kr).

Den rapporterte medianprisen på 1 g kokain varierte fra 500 kr i Oslo til 1500 kr i Trondheim.

Tabell 9. Medianpriser for hasj, dolcontin og kokain

	Oslo	Bergen	Stavanger/ Sandnes	Trondheim	Tromsø	Kristiansand
1 g hasj	100 kr	100 kr	150 kr	150 kr	123 kr	150 kr
100 mg dolcontin	100 kr	100 kr	225 kr	400 kr	75kr	200 kr
1 g kokain	500 kr	750 kr	1250 kr	1500 kr	1000 kr	800 kr

Det kan være flere grunner til prisforskjellene mellom byene. Stofftilgjengelighet er sannsynligvis hovedårsaken. Tilgjengeligheten av heroin i byer som Tromsø, Trondheim, Stavanger og Sandnes er trolig mer ujevn enn i Oslo og Bergen, noe som indikeres av de høyere heroinprisene. Informantene fra Kristiansand rapporterte imidlertid om lavere heroin- og kokainpriser enn informantene fra Tromsø, Trondheim, og Stavanger/Sandnes. Som havneby nær kontinentet kan det tenkes at tilgjengeligheten av disse stoffene er større her.

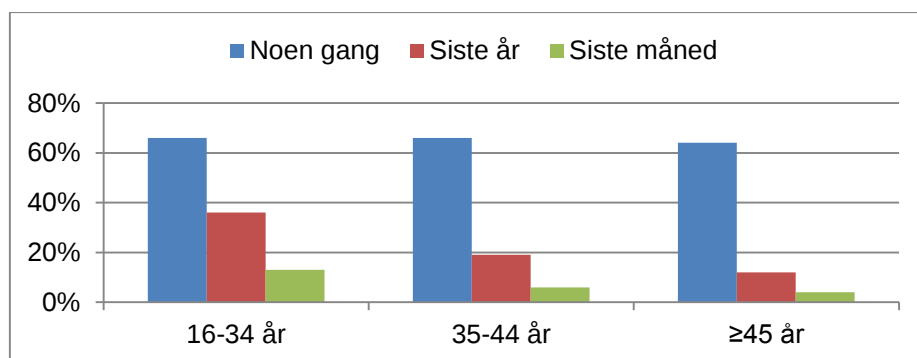
Amfetamin var billigere enn heroin i alle byene. Samtidig viser beslagstall fra Kripas at amfetamin er det stoffet det gjøres flest antall beslag av i alle politidistriktene (Kripas, 2013). Dette kan tyde på god tilgjengelighet av amfetamin i alle byene i denne undersøkelsen.

8 Overdoser

Informantene ble spurt om de hadde hatt en overdose henholdsvis noen gang, siste år og siste måned. En overdose ble overfor informantene definert som å måtte få hjelp av utenforstående for å komme tilbake til bevissthet. Det var en betydelig andel (65 %) som hadde hatt en eller flere overdoser noen gang. I løpet av det siste året hadde 21 % hatt en eller flere overdoser, mens 7 % hadde hatt en eller flere overdoser i løpet av de siste fire uker.

Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller, men det var signifikant flere blant de under 34 år som hadde hatt en eller flere overdoser siste måned (13 %) og siste år (36 %), sammenlignet med de som var eldre (Figur 35). Median antall overdoser, blant de som hadde erfart overdoser, noen gang var 4 (1-273), siste år 2 (1-42) og siste måned 1 (1-17).

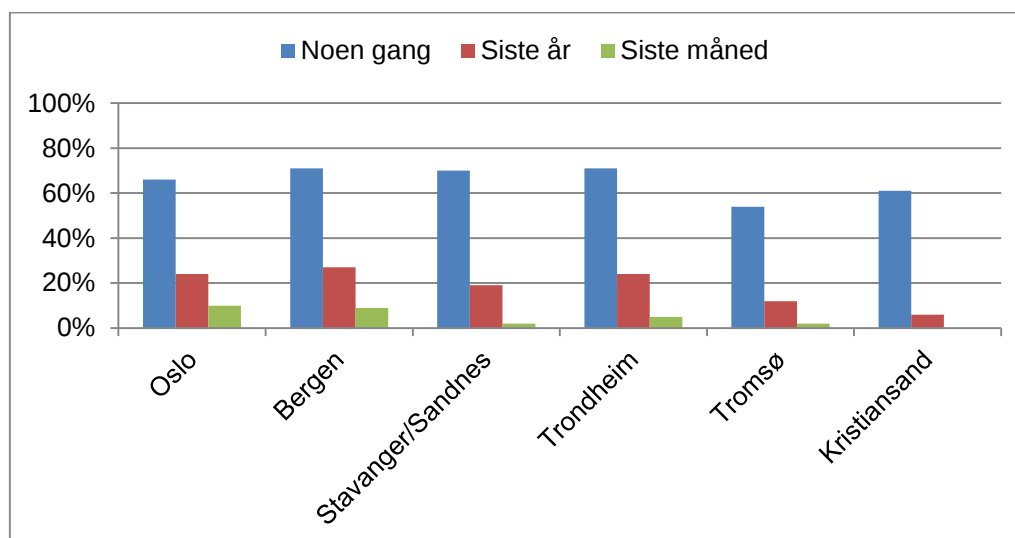
Figur 35. Andel i ulike aldersgrupper som oppga å ha hatt en eller flere overdoser noen gang, siste år og siste måned



Det var signifikante forskjeller mellom byene i andel som oppga å ha hatt overdoser, både noen gang, siste år og siste måned (Figur 36). I Bergen og Trondheim oppga 71 % at de hadde hatt en eller flere ikke-fatale overdoser noen gang. Til sammenligning var andelen i Tromsø 54 %.

Bergen hadde den høyeste andelen som hadde overlevd en eller flere overdoser i løpet av det siste året (27 %), etterfulgt av Oslo og Trondheim med 24 %. Informantene fra Kristiansand rapporterte om den laveste andelen i løpet av det siste året (6 %). Når det gjaldt overdoser i løpet av de siste fire ukene var de høyeste andelen blant informantene fra Oslo og Bergen (10 % og 9 %). 2 % av informantene i Stavanger/Sandnes og Tromsø hadde hatt en eller flere overdoser siste fire uker, mens ingen av informantene fra Kristiansand rapporterte om overdoser siste fire uker.

Figur 36. Andelene i de ulike byene som oppga å ha hatt en eller flere overdoser noen gang, siste år og siste måned



Injeksjon av heroin og bruk av flere rusmidler samtidig øker risikoen for overdoser, mens det er færre overdoser blant de som injiserer amfetamin (Darke, 2003; Darkem.fl., 2011).

Kristiansand hadde en lavere andel som hadde brukt sprøyter siste fire uker og hovedandelen av disse hadde injisert amfetamin. I tillegg hadde Kristiansand en høyere gjennomsnittsalder blant sine informanter, og det var generelt færre overdoser blant de som var eldre. Dette kan være en av årsakene til at det ikke var noen informanter fra Kristiansand som hadde hatt en overdose siste fire uker, og kun en liten andel som hadde hatt en overdose siste år. Tromsø hadde den høyeste andelen som hadde injisert amfetamin siste fire uker. Dette kan være en av årsakene til at det var få som hadde hatt en overdose siste fire uker eller siste år.

Hjemløshet er også en risikofaktor for overdoser (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2013; Gjersing m. fl., 2013; Nordentoft & Wandall-Holm, 2003). Oslo og Bergen hadde den høyeste andelen uten bolig, og det kan være at dette henger sammen med den høyere andelen som hadde hatt en overdose både siste måned og siste år. Siden spørsmålet om overdoser og bosituasjon ble spurt på samme tidspunkt, er det ikke mulig å fastslå hva som kom først av hjemløshet og overdoser, men det kan likevel være at det er en sammenheng.

9 Avsluttende kommentarer

Rapporten gir et situasjonsbilde av narkotikabrukere som ble intervjuet i de syv byene Oslo, Bergen, Stavanger, Sandnes, Trondheim, Tromsø og Kristiansand høsten 2013. Som tidligere påpekt er det ikke sikkert at funnene er representative for hele den aktuelle gruppen i de respektive byene. Resultatene gir imidlertid viktig informasjon om den gruppen som ble intervjuet. Det er behov for å gjenta denne type undersøkelse for å kunne si noe mer generelt

om narkotikabrukere i de ulike byene, da noe av variasjonen som ble funnet kan ha sammenheng med tidspunktet og måten undersøkelsen ble gjennomført på.

Når det er sagt er dette den første undersøkelsen av et så stort antall narkotikabrukere som ikke befinner seg i et kontrollert miljø (behandlingsinstitusjoner og fengsel). Rapporten gir derfor informasjon om en gruppe som muligens ikke blir fanget opp i undersøkelser fra behandling eller fengsel.

Det var kjønnsforskjeller, aldersforskjeller og forskjeller mellom byene i typer stoff som ble brukt og bruksmønster, inntektskilder, bosituasjon, stoffpriser og ikke-fatale overdoser. Dette kan ha sammenheng med forskjeller i risiko for overdoser og overdosedødsfall mellom de ulike byene. Med denne undersøkelsen som grunnlag er dette en av flere faktorer som vil bli undersøkt nærmere i årene som kommer.

Litteratur

Amundsen, E. J. & Reid, M. J. (2014). Self-reports of consumption of amphetamines, cocaine and heroin in a survey among marginalized drug users. *Sci Total Environ*, 487, 740-745. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2013.12.098>.

Back, S. E., Payne, R. L., Wahlquist, A. H., Carter, R. E., Stroud, Z., Haynes, L., . . . Ling, W. (2011). Comparative Profiles of Men and Women with Opioid Dependence: Results from a National Multisite Effectiveness Trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(5), 313-323. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/00952990.2011.596982>.

Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., Buster, M., Vicente, J. (2005). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European journal of public health*, 16(2), 198-202.

Bartu, A., Freeman, N. C., Gawthorne, G. S., Codde, J. P. & Holman, C. D. J. (2004). Mortality in a cohort of opiate and amphetamine users in Perth, Western Australia. *Addiction*, 99(1), 53-60.

Basu, A., Paltiel, A. D. & Pollack, H. A. (2008). Social costs of robbery and the cost-effectiveness of substance abuse treatment. *Health Economics*, 17(8), 927-946. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1305>.

Binswanger, I. A. (2007). Release from prison - A high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 157-165.

Bird, S. M. & Robertson, J. R. (2011). Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era. *Addiction Research & Theory*, 19(2), 170-178. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2010.490310>.

Bretteville-Jensen, A. (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukernes forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993 – 2004* (SIRUS-rapport nr. 4/2005). Oslo: SIRUS.

Bretteville-Jensen, A. L. (1999). Gender, heroin consumption and economic behaviour. *Health Economics*, 8(5), 379-389. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1050\(199908\)8:5<379::aid-hec458>3.0.co;2-j](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199908)8:5<379::aid-hec458>3.0.co;2-j).

Bretteville-Jensen, A. L. & Amundsen, E. J. (2009). *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. (SIRUS-rapport nr. 8/2009). Oslo: SIRUS.

Bønes, T. (2006). *30 år med heroin i Norge* (Internt tidsskrift Kripos). Oslo: Kripos.

Darke, S. (2003). Polydrug use and overdose: overthrowing old myths. *Addiction*, 98(6), 711-711.

Darke, S. & Hall, W. (2003). Heroin overdose: Research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(2), 189-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jtg022>.

Darke, S., Mattick, R. P. & Degenhardt, L. (2003). The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose. *Addiction*, 98(8), 1169-1171. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00474.x>.

Darke, S., Mills, K. L., Ross, J. & Teesson, M. (2011). Rates and correlates of mortality amongst heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001-2009. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(3), 190-195. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.10.021>.

Darke, S. & Ross, J. (1997). Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug and Alcohol Dependence*, 48(2), 135-141. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(97\)00117-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(97)00117-8).

Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Mills, K. L., Havard, A. & Teesson, M. (2007). Patterns of nonfatal heroin overdose over a 3-year period: Findings from the Australian treatment outcome study. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84(2), 283-291. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-006-9156-0>.

Dean, A. J., McBride, M., Macdonald, E. M., Connolly, Y. & McDermott, B. M. (2010). Gender differences in adolescents attending a drug and alcohol withdrawal service. *Drug and Alcohol Review*, 29(3), 278-285. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00152.x>.

Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. & McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106(1), 32-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x>.

Duffy, P. & Baldwin, H. (2012). The nature of methadone diversion in England: a Merseyside case study. *Harm Reduction Journal*, 9(3), 1-10.

EMCDDA. (2009). *Drug-related deaths and mortality (DRD)*. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/activities/drd>.

EMCDDA. (2011). *Annual report on the state of the drugs problem in Europe* Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>.

EMCDDA. (2012, 10.05.2014). *Problem drug use indicator*. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>.

EMCDDA. (2013a). *European drug report 2013*. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013>.

EMCDDA. (2013b). PDU (Problem drug use) revision summary. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>.

García-Altés, A., Ollé, J. M., Antónanzas, F. & Colom, J. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97(9), 1145-1153. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00170.x>.

- Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2013). Is opioid substitution treatment beneficial if injecting behaviour continues? *Drug Alcohol Depend*, 133(1), 121-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.022>.
- Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2014). Gender differences in mortality and risk factors in a 13-year cohort study of street-recruited injecting drug users. *Bmc Public Health*, 14(1), 440. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-440>.
- Gjersing, L., Jonassen, K. V., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J. G. & Clausen, T. (2013). Diversity in causes and characteristics of drug-induced deaths in an urban setting. *Scand J Public Health*, 41(2), 119-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1403494812472007>.
- Heyerdahl, F., Hovda, K. E., Bjornaas, M. A., Nore, A. K., Figueiredo, J. C., Ekeberg, O. & Jacobsen, D. (2008). Pre-hospital treatment of acute poisonings in Oslo. *BMC Emerg Med*, 8, 15. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-227x-8-15>.
- Holloway, K. & Bennett, T. (2007). Gender differences in drug misuse and related problem behaviors among arrestees in the UK. *Substance Use & Misuse*, 42(6), 899-921. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10826080601096665>.
- Hordvin, O. (red). *The drug situation in Norway 2013. Annual report to the EMCDDA*. Oslo: SIRUS, 2013.
- Johnson, M. E., Brems, C. & Burke, S. (2002). Recognizing comorbidity among drug users in treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(2), 243-261. doi: <http://dx.doi.org/10.1081/ADA-120002973>.
- Kripos. (2011). *Narkotika- og dopingstatistikk 2011*. Oslo: Kripos. Hentet fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_1580.pdf.
- Kripos. (2012). *Narkotika- og dopingstatistikk 2012*. Oslo: Kripos. Hentet fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_2013.pdf.
- Kripos. (2013). *Narkotika- og dopingstatistikk 2013*. Oslo: Kripos. Hentet fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_2386.pdf.
- Kuzma, J. W. & Bohnenblust, S. E. (2005). *Basic statistics for the health sciences*. Boston: McGraw-Hill.
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M. W., Montaner, J. S. G. & Kerr, T. (2008). Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC Public Health*, 8:405. Hentet fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/405>, doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-405>.
- McCollister, K. E., French, M. T. & Fang, H. (2010). The cost of crime to society: New crime-specific estimates for policy and program evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 98-109. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.002>.
- Miller, M., Eskild, A., Mella, I., Moi, H. & Magnus, P. (2001). Gender differences in syringe exchange program use in Oslo, Norway. *Addiction*, 96(11), 1639-1651. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9611163910.x>.

Nordentoft, M. & Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*, 327(7406), 81-83.

Pieper, B., Templin, T. N., Kirsner, R. S. & Birk, T. J. (2009). Impact of injection drug use on distribution and severity of chronic venous disorders. *Wound Repair and Regeneration*, 17(4), 485-491. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-475X.2009.00513.x>.

Roche, A., McCabe, S. & Smyth, B. P. (2008). Illicit Methadone Use and Abuse in Young People Accessing Treatment for Opiate Dependence. *European Addiction Research*, 14(4), 219-225.

Seaman, S. R., Brettell, R. P. & Gore, S. M. (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *BMJ*, 316(7129), 426-428. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.316.7129.426>.

SIRUS (2013). Narkotikadødsfall i Norge 2011: Ingen nedgang. Oslo, Norway: SIRUS. Hentet fra <http://www.sirus.no/nor/Nyheter//Narkotikad%C3%B8dsfall+i+Norge+2011%3A+Ingen+nedgang.d25-SMRzWWi.ips>.

Soyka, M., Apelt, S. M., Lieb, M. & Wittchen, H. U. (2006). One-year mortality rates of patients receiving methadone and buprenorphine maintenance therapy - A nationally representative cohort study in 2694 patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(6), 657-660. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.jcp.0000245561.99036.49>.

SSB. (2014). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2014 Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/innvbef>.

Stoove, M. A., Dietze, P. M. & Jolley, D. (2009). Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: Record linkage of ambulance attendance and death registry data. *Drug and Alcohol Review*, 28(4), 347-352.

UNODOC. (2013). *World drug report 2013*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

Warner-Smith, M., Darke, S. & Day, C. (2002). Morbidity associated with non-fatal heroin overdose. *Addiction*, 97(8), 963-967. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00132.x>.

Winstock, A. R., Lea, T. & Jackson, A. P. (2009). Methods and Motivations for Buprenorphine Diversion from Public Opioid Substitution Treatment Clinics. *Journal of Addictive Diseases*, 28(1), 57-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10550880802545036>.

Ødegård, E., Amundsen, E. J., Kielland, K. B. & Kristoffersen, R. (2010). The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 51-58.

English summary

This is the most comprehensive study done among drug users (n = 1020) at street-level in Norway. In this report, persons who had used illicit opioids and/ or stimulants in the four weeks prior to the study were included. Our sample was recruited from in or outside various low-threshold services in Oslo (n = 519), Bergen (n = 113), Stavanger (n = 68), Sandnes (n = 31), Trondheim (n = 98), Tromsø (n = 97) and Kristiansand (n = 94). Some were also recruited in the streets. The purpose of this report is to provide a snapshot of the illegal and so-called "heavy" drug use in seven Norwegian cities in autumn 2013, and also to describe the users of illicit opioids and/ or stimulants. In addition, the purpose is to look for similarities and differences in patterns between samples in the seven cities. This could provide knowledge that could be used for preventive and harm reduction measures.

As a cross-sectional survey, results only represent a snapshot of the situation among the participants autumn 2013. We cannot be certain that those included in the survey are representative of all active users of opioids and stimulants in their respective cities. Some factors such as access to housing are likely to be influenced by where participants were recruited from, and may not reflect access to housing in the respective cities. It will therefore be necessary to repeat similar studies to see if the findings of this study provide an adequate picture of the situation. Below we present the key findings.

Description of the population

- The mean age was 41.3 years (39.5 years for women and 41.8 years for men) and 23% of interviewees were female.
- 11% of respondents were born outside Norway, while 20% had at least one parent born outside Norway.
- 65% of interviewees had completed more than primary education. Average number of years of schooling beyond primary school was three years.
- 63% had their own apartment or house (owned or rented), while 29% were homeless or lived in shelters. 7% lived in institutions. A higher proportion of those who were 34 years or younger were homeless or lived in shelters, compared to those who were older.
- 40% were in opioid maintenance treatment (OMT) at the time of the interview, while 6% were in other type of drug treatment. 3% had been in prison last four weeks.
- There was a significantly higher proportion of those who were 35 years and older who were in OMT, compared to those who were younger. There were differences between cities in the proportion of participants being in OMT and other types of drug

treatment, which was likely to reflect where they were recruited.

Income and income sources

- Interviewees had used on average, 1.7 income sources in the four weeks previous to the study. The average monthly income was 24,703 NKR.
- Only 10% of the total sample reported income from work and 4% of the total sample said that this was their main source of income. Among those who had income from work, the average monthly income was 13,920 NKR.
- 85% of the total sample reported social benefits and social security as a source of income and 60% of the total sample said that this was their main source of income. Among those who had income from social benefits and social security, the average monthly income was 10,058 NKR.
- Approximately ¼ of the total sample said that they financed their drug use by other sources such as begging, selling street magazines and various low-threshold day-to-day activities that paid a small daily wage. Only 9% of the total sample said that this was their main source of income. Those who had income from other sources had on average 12,501 NKR a month from this.
- Approximately one third reported dealing as an income source. 13% of the total sample reported this as their main source of income and this generated on average 28,797 NKR a month.
- There were relatively few (11%) who reported income from petty crime, and only 3% of the total sample reported this as their main income source. The average monthly income from petty crime was 29,848 NKR.
- Only a small proportion (2%) reported prostitution as an income source and 1% of the total sample said that this was their main source of income. The average monthly income from prostitution was 39,050 NKR.

Injection and heroin debut

- The average age of first injection was 20.2 years.
- When injection debut was divided by the decade of debut, it was found that the average debut age was lower in the 1970s (15.5 years) compared to those who began in the 1990s (20.9 years), 2000s (23.2 years) and 2010s (27.5 years).
- The time between the first injection and regular drug use was median one year.
- A higher proportion of those 34 years and younger, had used heroin the first time they used drugs, whilst a higher proportion of those 35 years or older, debuted with amphetamine.

- Almost all interviewees (98%) had used heroin at least once. Among these, approximately half had injected the first time they used heroin, while 31% had smoked it. A higher proportion of men (33%) had smoked heroin the first time they used it, compared to women (22%). In addition it was a higher proportion among those who were 34 years or younger (47%) who had smoked heroin the first time they used it compared to those who were between 35 and 44 years (32%) and those who were 45 years or older (21%).
- There were significant differences between the various cities in the proportion who had smoked when they first used heroin, with the highest proportions in Oslo and Bergen.

Substance use in the four weeks prior to interview

- 80% had injected drugs at least once in the previous four weeks, and there were a higher proportion of women compared to men (85% vs. 79%). There were significantly fewer among those 45 years or older who had injected in the previous four weeks, compared to those who were younger.
- There were no differences between the cities in the proportions who had injected in the previous month, except for Kristiansand, where a much lower proportion (64%) had injected the last four weeks. The reason there were fewer is likely to be associated with the higher mean age among the participants in this city.
- The drug that the majority injected was amphetamine (60%), while just below half (43%) had injected heroin in the four weeks previous to the interview. 29% of the total sample had injected both heroin and amphetamine (concomitant drug use). There was a higher proportion of those younger than 45 years who had injected both heroin and amphetamine, compared to those who were 45 years or older.
- Pills (26%) were the next most common substance to have been injected in the four weeks prior to the interviews, followed by morphine (19%), "other substances" (10%) and cocaine (5%). There was a higher proportion of those who were younger than 35 years who had injected pills, cocaine, morphine and "other substances", compared to those who were older.
- There were differences between cities in the type of substance that was injected. Oslo (65%) and Bergen (44%) had the largest proportion that had injected heroin, compared to the other cities where the proportions ranged between 7 and 23%. Trondheim differed from the other cities as over half (56%) had injected morphine. Stavanger/Sandnes also differed from the other cities as 32% reported that they had injected substances other than heroin, amphetamine or morphine. These substances included Subutex, subuxone, methadone and GHB.

- 57% of the total study population had drunk alcohol in the four weeks previous to the interview, and it was a significantly higher proportion of men compared to women who had drunk alcohol.
- 82% had used cannabis / marijuana.
- 83% had swallowed pills. A significantly larger proportion among those younger than 45 years had swallowed pills, compared to those who were older.
- 19% had smoked/ snorted heroin and a significantly higher proportion of men (21%) had smoked/snorted heroin than women (13%). It was a significantly higher proportion among those younger than 35 years than the older who had smoked/snorted heroin.
- 22% had snorted/ swallowed amphetamines.
- 9% had snorted/ swallowed morphine,
- 11% had used methadone and 16% had used subutex/subuxone illegally. Among these, there was a significantly higher proportion among those who were younger than 35 years.
- There were significant differences between cities in the illegal use of methadone and subutex/ subuxone. Oslo had the highest percentage (15%) who had used methadone illegally, while Trondheim had the lowest (3%). Stavanger/ Sandnes had the highest proportion of illicit subutex/ subuxone use (27%), while Oslo had the lowest (11%).

Drug prices

- There were differences in drug prices between the cities.
- Participants in Oslo had paid (median) 200 NKR for 0.2 grams of heroin, while users in Stavanger/Sandnes, Trondheim and Tromsø had paid 500 NKR.
- In Oslo and Stavanger / Sandnes participants had paid (median) 100 NKR for 0.2 g amphetamines while participants in Tromsø had paid 200 NKR.
- One gram of hashish ranged from 100 NKR in Oslo and Bergen, to 150 NKR in Stavanger/Sandnes, Trondheim and Kristiansand.
- Participants in Tromsø had paid (median) 75 kr for a 100 mg Dolcontin tablet, while users in Trondheim had paid 400 NKR.
- In Oslo participants had paid 500 NKR for one gram of cocaine, while users in Trondheim had paid 1,500 NKR.

Overdoses

- 65% had experienced one or more overdoses. 21% had experienced one or more overdoses during the year prior to the study and 7% experienced overdoses during the month prior.
- There was a higher proportion of those who were 34 years and younger who had had one or more overdoses in the prior month (13%) and in the prior year (36%), compared to those who were older.
- There were significant differences between cities. In Bergen and Trondheim, 71% said that they had had one or more non-fatal overdoses in their lifetime. In comparison, the proportion in Tromsø was 54%. Bergen had the highest percentage (27%) that had had one or more overdoses during the year prior, followed by Oslo and Trondheim (24% in both cities). In comparison Kristiansand had the lowest proportion (6%) of reported overdoses in the year prior. Oslo and Bergen had the highest proportions that had experienced an overdose in the month prior to the interview compared to the other cities (10% and 9% respectively).



SIRUS

Postboks 565 Sentrum, 0105 Oslo

ISBN 978-82-7171-413-0 (pdf)

ISSN 1502-8178