



Konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler i befolkning

Gjennomført på oppdrag fra Actis

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk og helseøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Kartlegging og analyse

Oslo Economics tilbyr konsekvensanalyser, kostnadsanalyser og andre former for samfunnsøkonomisk utredning. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets rundskriv og veiledere. Vi har bred erfaring fra analyser av lovendringer og satsningsforslag.

Vi har bred erfaring med analyser innen helse- og omsorgssektoren. Vi kjenner sektoren godt, både dens aktører, tjenestenivåer, finansierings-system og organisering. Vi legger vekt på en helhetlig vurdering av komplekse sammenhenger.

Konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler i befolkning/2020_71

© Oslo Economics, desember 2020

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Innhold

Sammendrag	4
1. Behov for å kartlegge kostnader og konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler	7
1.1 Bakgrunn for oppdraget	7
1.2 Formål og metode	7
2. Illegale rusmidler	9
2.1 Gjeldende lovverk i Norge	9
2.2 Dagens nivå av narkotikabruk	9
2.3 Cannabis og endring i THC-nivå	12
2.4 Forebyggende arbeid	13
2.5 Tiltak og behandlingstilbud for rusbrukere	16
3. Konsekvenser av bruk av illegale rusmidler	17
3.1 Sykdomsbyrde	17
3.2 Deltakelse i utdanning og arbeidsliv	18
3.3 Helsetap for pårørende til brukere av illegale rusmidler	19
3.4 Primærhelsetjenesten	20
3.5 Spesialisthelsetjenesten	20
3.6 Lovbrudd og kriminalitet	22
3.7 Justissektoren	25
4. Mulige konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler	27
4.1 Metode	27
4.2 Resultater	31
4.3 Diskusjon	35
5. Mulige drivere for økt bruk av illegale rusmidler	37
5.1 Internasjonale trender	37
5.2 Den foreslåtte rusreformen	38
6. Referanser	39

Sammendrag

Det finnes i dag relativt få estimater på kostnader og konsekvenser knyttet til økt bruk av illegale rusmidler, til tross for økning i bruk i store deler av den vestlige verden de senere årene. Målet med denne rapporten er å styrke kunnskapsgrunnlag og belyse mulige konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler.

Det er usikkerhet rundt dagens bruk og konsekvensene dette har for livskvalitet, arbeidstilknytning, relatert bruk av helsetjenester og konsekvenser for justissektoren, men det synes godt belagt at det gir vesentlige samfunnskonsekvenser. Vi belyser mulige scenarioer for endret bruk basert på dagens bruk i sammenlignbare land, for alle brukergrupper og for cannabis spesielt. Selv mindre endringer kan gi store konsekvenser for brukere og pårørende, arbeidslivet og offentlige tjenester. Analysen er utført på oppdrag fra Actis.

Bruk av illegale rusmidler i Norge

Betegnelsen illegale rusmidler brukes som regel om alle ulovlige og reseptbelagte rusgivende substanser, og i Norge er et stoff er illegalt dersom det er registrert i Legemiddelverkets narkotikaliste. De mest brukte narkotiske stoffene er cannabis, opioider (heroin, morfin), sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, metamfetamin, kokain), hallusinogener (LSD), sniffestoffer og GHB. Bruken av illegale rusmidler har økt i både Norge og Europa de siste årene, og cannabis er det klart hyppigst brukte illegale rusmiddelet. FHI anslår at nesten 23 prosent av befolkningen mellom 16 og 64 år har brukt cannabis noen gang, mens om lag 5,2 prosent har brukt cannabis siste 12 måneder.

Forebyggende tiltak

Rusproblematikk er en utfordring både på individ- og samfunnsnivå, og det eksisterer i dag flere ulike rusforebyggende tiltak. Formålet med rusforebygging er å bidra til at rusmiddelproblemer og relaterte helseskader ikke oppstår og utvikler seg. Forebygging handler med andre ord om å unngå at flest mulig debuterer, og at flest mulig av dem som har brukserfaring, ikke utvikler problemer. Målet er at færrest mulig får en ruslidelse med behov for hjelp fra behandlingsinstanser.

Mye av det viktigste forebyggende arbeidet skjer i lokalmiljøet og i kommunene, og det eksisterer en rekke ulike tiltak og behandlingstilbud for rusbrukere både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Over tid har det også blitt utviklet ulike alternative straffereaksjoner som skal hjelpe personer med rusproblemer med å bli rusfrie og med å unngå ny kriminalitet.

Konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler for brukere og pårørende

Bruk av illegale rusmidler medfører betydelige konsekvenser både på individ- og samfunnsnivå. Inntak av rusmidler gir en umiddelbar velværefølelse og alle rusmidler påvirker belønningssenteret i hjernen. Gjentatt rusmiddelbruk kan føre til avhengighet. Narkotikabrukere med avhengighetsproblematikk opplever redusert helse og livskvalitet, sosial eksklusjon og stigma, og mange har en redusert mulighet for deltakelse i utdanning og arbeidsliv. Rusbruk medfører også betydelige konsekvenser for pårørende.

For å illustrere hvordan samfunnskostnadene endrer seg som følge av endret bruk, har vi etablert scenarioer for endringer i bruk. Scenarioene tar utgangspunkt i andel brukere av cannabis, kokain, andre sentralstimulerende stoffer og opioider i EU og USA. Scenarioer er basert på tall fra a) EU-land i kvartilen av land med lavest bruk, b) i EU samlet sett, c) i EU-land i kvartilen av land med høyest bruk og d) i USA. For hvert scenario har vi brukt andelen personer i befolkningen som har prøvd de ulike rusmidlene noen gang for å beregne hvor mange personer dette ville tilsvare i Norge. Deretter er det benyttet forholdstall for å beregne personer med ulik grad av bruk siste år.

Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD) anslår det samlede årlige helsetapet i Norge grunnet bruk av cannabis, opioider, amfetamin og kokain var 19 129 helsetapsjusterte leveår. Vi legger til grunn en verdi på 1,32 millioner per helsetapsjusterte leveår, og dette gir et helsetap for bruk av cannabis, opioider, amfetamin og kokain tilsvarende 25,3 milliarder kroner årlig (usikkerhetsintervall 20,6-30,9 milliarder kroner). Dersom bruken av illegale rusmidler endrer seg til gjennomsnittsnivået i Europa, vil summen av antall

tapte leveår som følge av for tidlig død og antall år levd med sykdom øke til 35,2 milliarder kroner (med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent).

For å synliggjøre belastningen for pårørende, har vi utarbeidet et forenklet anslag basert på en forutsetning om at pårørendes belastning utgjør 3 prosent av helsetapet til narkotikabrukerne. Dette tilsvarer 668 helsetapsjusterte leveår, som målt i kroner utgjør 882 millioner kroner (usikkerhetsintervall 745 millioner til 1,0 milliarder kroner). Dersom bruken av illegale rusmidler øker til gjennomsnittsnivået i Europa, vil belastningen for pårørende øke til 1,1 milliarder kroner (med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent).

I tillegg til tapt livskvalitet som følge av det å leve med en ruslidelse og tapte leveår som følge av for tidlig død, medfører bruk av illegale rusmidler for mange redusert mulighet til deltakelse i utdanning og arbeidsliv. For å illustrere produksjonstapet knyttet til redusert deltakelse i arbeidslivet som følge av bruk av illegale rusmidler, har vi utarbeidet et anslag basert på en forutsetning om at det blant brukerne som får behandling i spesialisthelsetjenesten og alle opioidbrukere er 10 prosent som ikke deltar i arbeidslivet, men som ville deltatt dersom de ikke hadde brukt illegale rusmidler. Vi anslår det årlige produksjonstapet for hver person som ikke deltar i arbeidslivet er 627 000 kroner. Dette gir et produksjonstap på 1,7 milliarder kroner gitt dagens nivå av bruk av illegale rusmidler, og et produksjonstap på 2,0 milliarder kroner gitt europeisk nivå (med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent). Anslaget er et forenklet anslag som er ment å illustrere mulige konsekvenser ved redusert arbeidsdeltakelse. I tillegg til produksjonstapet knyttet til illegale rusmidler som følge av redusert deltakelse i arbeidslivet, er det trolig også et produksjonstap knyttet til sykefravær og redusert produktivitet som følge av bruk av illegale rusmidler. Selv en liten endring i antall personer som har et produksjonstap som følge av bruk av illegale rusmidler, kan medføre et stor produksjonstap og betydelige samfunnskostnader.

Konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler for helsetjenesten

Økt forekomst av ruslidelser som følge av økt bruk av illegale rusmidler vil medføre en økt belastning i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner har en egen rusjeneste eller en felles rus- og psykisk helsetjeneste, i tillegg til at personer med rusproblemer kan få helsehjelp hos fastlegen, på legevakten, hos ruskonsulent eller hos kommunal psykolog. Kommunene har dessuten plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold for personer med rusproblemer dersom de har behov for det. For unge kan helsestasjon og skolehelsetjenesten være en del av oppfølgingstilbudet. I 2019 var kommunenes brutto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer 2,9 milliarder kroner. Dersom bruken av illegale rusmidler øker til gjennomsnittsnivået i Europa, vil disse utgiftene øke til 3,9 milliarder kroner (med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent).

Rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten omtales som tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Tjenestene utføres av personer med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. Det gis også behandling for rusmiddelproblematikk innen psykisk helsevern (PHV). I 2017 var 18 500 personer i behandling i spesialisthelsetjenesten med en avhengighetsdiagnose eller et narkotikaproblem, og gjennomsnittlig kostnad per pasient i TSB og psykisk helsevern er om lag 111 000 kroner. Med dagens nivå av bruk av illegale rusmidler gir det en kostnad på 1,9 milliarder kroner, og med et nivå tilsvarende gjennomsnittet i Europa anslår vi at kostnadene vil øke til 2,6 milliarder kroner (med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent).

Konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler for politi, domstolene og kriminalomsorgen

I tillegg til at narkotikabruk i seg selv er ulovlig, er bruk av narkotika ofte forbundet med andre former for kriminalitet. Lovbrudd og kriminalitet knyttet til narkotika omfatter blant annet vold og trusler, ordensforstyrrelser, kjøring i ruspåvirket tilstand, og svart økonomi.

I 2019 ble det anmeldt i underkant av 29 000 narkotikalovbrudd, hvorav om lag 15 500 var brudd på legemiddeloven og 13 500 var brudd på straffeloven. En betydelig andel av narkotikalovbruddene etter legemiddeloven knytter seg til kjøring i narkotikapåvirket tilstand. For politiet medfører bruk av illegale rusmidler en betydelig ressursbruk, og med dagens nivå anslår vi kostnadene til å være 758 millioner kroner årlig. Dersom bruken av illegale rusmidler øker til europeisk nivå, anslår vi at politiets kostnader øker til 814 millioner kroner (med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent).

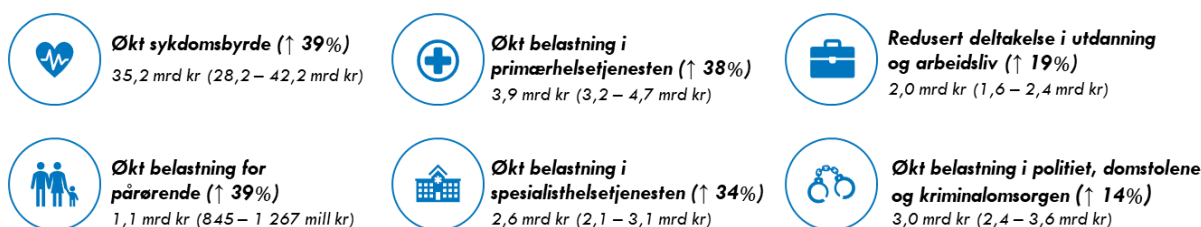
I mange av narkotikasakene er det påtalemyndighetene som ilegger straffereaksjonen, og i 2018 behandlet i domstolene om lag 3 000 narkotikalovbrudd. Sakene som tas til retten er som regel grove narkotikalovbrudd eller saker der mindre grove narkotikalovbrudd inngår som del av et større sakskompleks. Vi anslår at kostnadene for domstolene knyttet til narkotikalovbrudd i dag er om lag 67 millioner kroner, og at de vil øke til 72 millioner dersom bruken av illegale rusmidler øker til gjennomsnittsnivået i Europa.

Kriminalomsorgen har også kostnader knyttet til bruk av illegale rusmidler, og i 2018 var gjennomsnittlig antall dager idømt ubetinget fengselsstraff for narkotikalovbrudd 343 dager. Grove narkotikaovertrедelser etter straffeloven trakk opp antall gjennomsnittlig antall dager, og for denne lovbruddstypen isolert sett var gjennomsnittlig antall dager 827. Personer som dømmes til ubetinget fengsel kan i noen tilfeller sone straffen gjennom alternative straffegjennomføringsformer, for eksempel i institusjon eller med elektronisk kontroll. Det er vanskelig å si hvordan soningen av ubetinget fengselsstraff vil fordele seg på de ulike straffegjennomføringsformene, og som en forenkling har vi her kun sett på straffegjennomføring i fengsel. Vi anslår at kostnadene i kriminalomsorgen knyttet til soning i fengsel for narkotikalovbrudd i dag er 1,8 milliarder kroner, og at disse kan øke til 2,0 milliarder kroner (med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent) dersom bruken av illegale rusmidler øker til europeisk nivå. Finansieringen av distribusjon og forbruk skjer i former som medvirker til svart økonomi og tilhørende kriminalitet.

Øvrige konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler

Økt bruk av illegale rusmidler kan medføre kostnader og konsekvenser på flere områder som ikke er diskutert og prissatt i dette kapitlet. Dette omfatter blant annet kostnader knyttet til Tollvesenets innsats, uttransportering av utlendinger som er pågrepet for narkotikalovbrudd, samt konsekvenser som redusert trygghet og trivsel i det offentlige rom og økt forekomst av ordensforstyrrelser og bråk. Bruk av cannabis under svangerskap kan også ha konsekvenser for barnet.

Figur 1-1: Årlige kostnader gitt økt bruk i scenarioriet «EU – gjennomsnitt»



Illustrasjon: Oslo Economics

Merknad: Usikkerhetsintervall i parentes

Mulige drivere for økt bruk av illegale rusmidler

Økt bruk av illegale rusmidler kan skje som en konsekvens av flere faktorer, blant annet endringer i lovgivning, endret oppfatning av risiko for straff, holdningsendringer og endret risikoppfatning. Bruken i Norge er trolig også betydelig påvirket av internasjonale trender og bruken i andre land.

En liberalisert narkotikapolitikk i mange land i EU, samt legalisering av cannabis i Canada, Uruguay og flere stater i USA kan trolig bidra til økt aksept og bruk av narkotika også i Norge. Videre kan endret lovgivning av noen oppfattes som et signal om at rusmidlene er mindre farlige enn tidligere. Det skjer også hyppige forandringer i det globale narkotikamarkedet, og narkotika er i dag tilgjengelig på andre måter enn tidligere. Dette kan bidra til økt bruk.

Bruken av illegale rusmidler gjenspeiler ofte holdninger både på individ- og samfunnsnivå. Holdninger og standarder for hva som er akseptert eller ikke kan påvirkes av kulturelle forhold i samfunnet, og for eksempel kan en form for «normalisering» av illegale rusmidler gjennom popmusikk, filmer og litteratur kan bidra til holdningsendringer i samfunnet.

Den foreslåtte rusreformen er også en mulig faktor som kan bidra til økt bruk av illegale rusmidler. Flere sentrale aktører på rusfeltet trakk i sine høringssvar frem at man ikke kan utelukke at antallet brukere av både cannabis og andre typer illegale rusmidler vil kunne øke som følge av en avkriminalisering.

1. Behov for å kartlegge kostnader og konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler

Norge har et relativt lavt forbruk av illegale rusmidler sammenlignet med andre europeiske land. Samtidig rapporteres det om økt bruk av illegale rusmidler i store deler av den vestlige verden. Cannabis er det mest utbredte stoffet og blir særlig brukt blant unge.

Flere forhold kan påvirke bruken av illegale rusmidler, og rusfeltet er preget av endringer både i narkotikamarkedet, kontrollpolitikken og lovgivningen. En del av disse endringene kan påvirke bruk, for eksempel gjennom endrede holdninger og risikooppfatning i befolkningen.

Det finnes i dag få estimater på kostnader og andre konsekvenser knyttet til økt bruk av illegale rusmidler. Usikkerheten knyttet til konsekvensene av en eventuell økning i bruk bør hensyntas i det videre arbeidet på rusfeltet i Norge, og det er derfor behov for å kartlegge hvilke kostnader og konsekvenser økt bruk av illegale rusmidler kan medføre.

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Norge har et relativt lavt forbruk av illegale rusmidler sammenlignet med andre europeiske land. Samtidig rapporteres det om en økning i både bruk og beslag av flere illegale rusmidler i mange europeiske land. Dette gjelder også i Norge (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020; Kripes, 2019; Folkehelseinstituttet, 2019). De siste fem årene har det vært en økning i bruken av de mest vanlige narkotiske stoffene i Norge, herunder cannabis,

opioider og sentralstimulerende stoffer (Folkehelseinstituttet, 2019).

Flere forhold kan påvirke utviklingen i bruk av illegale rusmidler, blant annet internasjonale trender, hvordan narkotikabruk fremstilles i populærkulturen, lovgivning og opplevd sannsynlighet for straff ved narkotikabruk. Tilgjengeligheten til narkotika kan også ha betydning, og de siste årene har narkotika blitt tilgjengelig gjennom andre kanaler enn tidligere. Videre har Uruguay, Canada og enkelte stater i USA legalisert cannabis, og flere land har avkriminalisert bruk av cannabis (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol, 2019). Slike endringer kan påvirke bruk gjennom endrede holdninger og risikooppfatning i befolkningen.

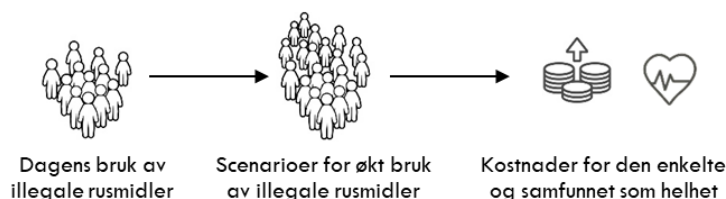
Bruk av rusmidler skjer ofte i sosiale felleskap, og for mange er de første erfaringene med rusmidler i ungdomstiden. Det er en uttrykt bekymring at en økning i antall unge som debutterer tidlig med rusmidler kan øke antall personer som får problemer i ungdomsårene og som utvikler problematisk rusbruk senere i livet.

Rusproblematikk er erkjent som en helseutfordring som har konsekvenser for den enkelte, pårørende og samfunnet for øvrig, og en eventuell økning i bruk bør hensyntas i det videre arbeidet på rusfeltet. Det er derfor behov for å belyse hvilke konsekvenser vi kan forvente dersom bruken av illegale rusmidler øker.

1.2 Formål og metode

Dette oppdraget har som formål å kartlegge kostnader og mulige konsekvenser av en økning i bruken av illegale rusmidler i Norge. Analysen skal gi et bilde av hvilke konsekvenser som kan følge av endringer i kultur og holdninger, og eventuell lovgivning, som kan bidra til økt bruk av illegale rusmidler i befolkningen.

Figur 1-1: Analyse av konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler



Illustrasjon: Oslo Economics

Informasjons- og datagrunnlag

Analysen er basert på offentlige tilgjengelige dokumenter, forskningslitteratur og statistikk, samt dybdeintervjuer med relevante fagpersoner. Offentlig tilgjengelig statistikk omfatter data fra Statistisk sentralbyrå og det globale sykdomsbyrdeprosjektet «Global Burden of Disease». Videre har vi innhentet nøkkeltall fra rapporter fra sentrale aktører, herunder:

- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet
- SAMDATA
- Statistisk sentralbyrå
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services and Administration)
- Kripos
- Politidirektoratet

Vi har foretatt forenklede litteratursøk og gjennomgått tilsendt litteratur fra oppdragsgiver og fra fagpersoner vi har vært i kontakt med. Ved tallfesting av samfunnskostnader, har vi støttet oss på relevante veiledere og etablert metodikk for verdsetting som brukes i samfunnsøkonomiske analyser.

Vi har gjennomført dybdeintervjuer med to forskere fra henholdsvis SERAF og FHI, en relevant fagperson som jobber med unge og rus, og to medarbeidere i Actis. Vi ønsker å takke alle som har stilt til intervju og bidratt med informasjon.

Oppdragsgiver

Oppdraget er utført på vegne av Actis.

2. Illegale rusmidler

Betegnelsen *illegale rusmidler* brukes som regel om alle ulovlige og reseptbelagte rusgivende substanser. Hvilke rusmidler som er illegale reguleres gjennom Legemiddelverkets narkotikaliste. Narkotikalistene inneholder en oversikt over stoffer og planter og inngår som en del av narkotikaforskriften og FN's narkotikakonvensjon.

Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i den vestlige verden, og de siste 15 årene har det skjedd en oppmykning av ruspolitikken i flere land som omfatter både avkriminalisering av illegale rusmidler og legalisering av cannabis.

2.1 Gjeldende lovverk i Norge

Et stoff defineres som illegalt dersom det er registrert i Legemiddelverkets narkotikaliste. Narkotikalistene inneholder en oversikt over stoffer og planter og inngår som en del av narkotikaforskriften og FN's narkotikakonvensjon. De mest brukte stoffene er cannabis, opioider (heroin, morfin), sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, metamfetamin, kokain, MDMA/ecstasy), hallusinogener (LSD), sniffestoffer og GHB (Tabell 2-1).

Etter legemiddeloven § 24 første ledd og § 31 andre ledd er det forbudt å bruke eller være i besittelse av narkotika. Strafferammen er bøter og/eller fengsel inntil 6 måneder. Det er kun bruk og besittelse av små mengder narkotika til egen bruk som omfattes av legemiddeloven.

Dersom lovbruddet omfatter forhold knyttet til tilvirkning, innførsel, kjøp og salg eller oppbevaring, vil handlingene innrettes etter straffeloven § 231 og § 232. Strafferammen etter disse bestemmelsene er strengere enn etter legemiddeloven. I Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014 er det oppgitt grenseverdier for ulike illegale rusmidler for når påtalemyndighetene kan bruke forelegg som reaksjon. I saker som gjelder stoff til eget bruk defineres grensen mellom legemiddelovens § 24 om «besittelse» og straffelovens § 231 om «oppbevaring» ut fra mengden stoff.

Tabell 2-1: De mest brukte narkotiske stoffene

Hovedgruppe	
Cannabis	Hasj, marihuana
Opioider	Heroin, morfin
Sentralstimulerende rusmidler	Amfetamin, metamfetamin, kokain, MDMA/ecstasy
Hallusinogener	LSD
Sniffestoffer	
GHB	

Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2019)

2.2 Dagens nivå av narkotikabruk

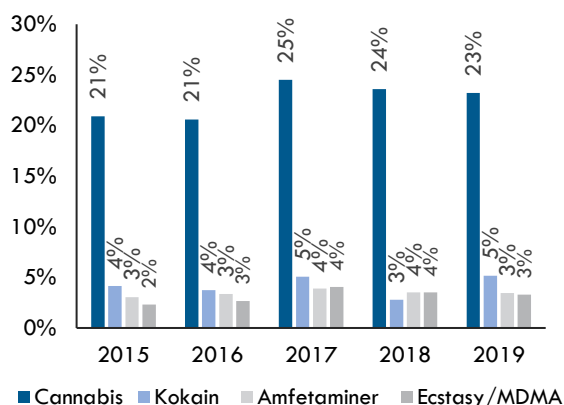
2.2.1 Dagens narkotikabruk i Norge

I samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomfører Folkehelseinstituttet (FHI) årlig en spørreundersøkelse i den norske befolkningen om bruk av tobakk/snus, alkohol, narkotika, doping og vanedannende legemidler (Rusundersøkelsen). Resultatene inngår som datagrunnlag i oversikten over bruk av illegale rusmidler i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2019).

Figur 2-1 viser anslag over de mest vanlige narkotiske stoffene i Norge som er oppgitt brukt noen gang blant den norske befolkningen (alder 16-64 år) i perioden 2015 til 2019. Cannabis er det mest brukte rusmiddelet, hvor mer enn 20 prosent oppgir å ha prøvd cannabis noen gang. Andelen som rapporterer bruk av kokain, amfetaminer, og ecstasy/MDMA har vært stabil på mellom 2 og 5 prosent fra 2015 til 2019. Det er kun en liten andel av personene som har brukt illegale rusmidler noen gang som har brukt illegale rusmidler det siste året.

Heroin inngår ikke i statistikken som viser hvor stor andel av befolkningen som har prøvd ulike illegale rusmidler. Dette skyldes at relativt få bruker heroin. Bruken av heroin medfører likevel betydelige kostnader og konsekvenser. I 2017 var opioider den vanligste hoveddiagnosen for pasienter i behandling for rusmiddelproblemer eller avhengighet i spesialisthelsetjenesten, og frem til 2015 var heroin den hyppigste årsaken til narkotikautløste dødsfall i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019).

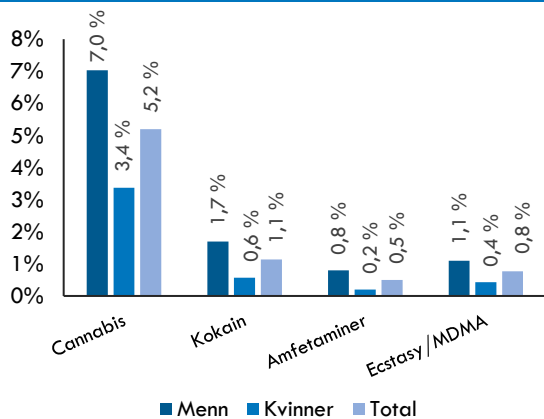
Figur 2-1: Prosentandel som har oppgitt bruk noen gang (16-64 år), etter type rusmiddel, 2015-2019, Norge



Kilde: Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk Sentralbyrå (SSB), tall fra 2015-2019.

Cannabis er det illegale rusmiddelet som størst andel av befolkningen har brukt de siste 12 månedene (Figur 2-2). 5,2 prosent av befolkningen i alderen 16-64 år oppgir at de har brukt cannabis de siste 12 måneder, mens den tilsvarende andelen er 1,1 prosent for kokain, 0,5 prosent for amfetaminer og 0,8 prosent for ecstasy/MDMA. Det er flere menn enn kvinner som oppgir at de har brukt narkotiske stoffer de siste 12 månedene i Norge.

Figur 2-2: Prosentandel menn og kvinner (16-64 år) som har oppgitt bruk av ulike illegale rusmidler siste 12 måneder, etter kjønn, 2017-2019, Norge



Kilde: Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk Sentralbyrå (SSB), tall fra 2017-2019.

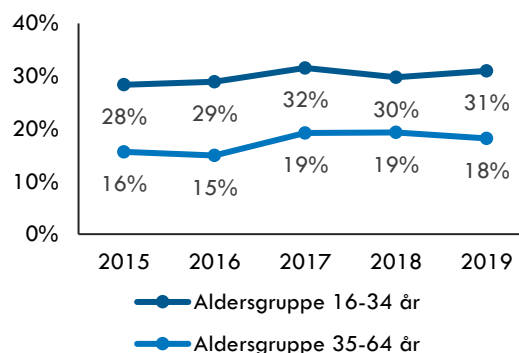
2.2.2 Cannabisbruk i Norge

Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet både i Norge og resten av den vestlige verden (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019). Andelen som har brukt cannabis noen gang har vært relativt stabil i Norge i perioden mellom 2015 til 2019 (Figur 2-3). De fleste som oppgir å ha brukt cannabis rapporterer om en begrenset bruk. FHI

beregner at nesten 60 prosent av de som har oppgitt cannabisbruk har brukt rusmiddelet én til fem ganger i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2019). Samtidig anslår FHI at 0,36 prosent av befolkningen i aldersgruppen 16-64 år hadde brukt cannabis i 20 dager eller mer i løpet av de siste 30 dagene (Folkehelseinstituttet, 2019). Andelen som oppgir at de har brukt cannabis noen gang er høyere i aldersgruppen 16-34 år (mellom 28 og 32 prosent) enn i aldersgruppen 35-64 år (mellom 16 og 19 prosent) (Figur 2-3).

Dersom man ser tallene i Figur 2-1 og Figur 2-3 i sammenheng, ser man at andel som har brukt cannabis noen gang i aldersgruppen 16-64 år var 23 prosent i 2019, mens andelen var høyere blant de unge mellom 16 og 34 år (31 prosent) og lavere blant de eldre mellom 35 og 64 år (18 prosent). Dette betyr at andelen av befolkningen mellom 16 og 64 år som har brukt cannabis noen gang vil øke de neste årene, ettersom de som går ut av gruppen opp til 64 år har lavere brukserfaring enn de som kommer inn i gruppen over 16 år. Med andre ord kan vi forutsi at forekomsten av personer som har brukt cannabis noen gang vil øke de neste årene. Det er derimot usikkert hvordan utviklingen i andelen som har brukt cannabis de siste 12 månedene vil være.

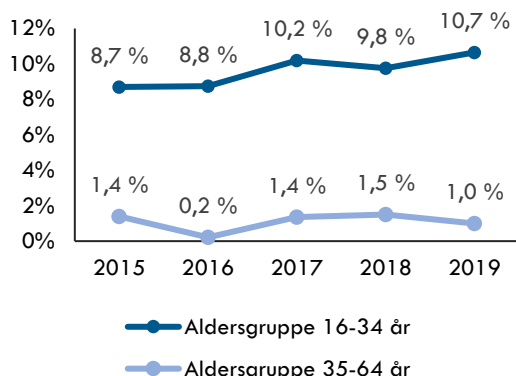
Figur 2-3: Prosentandel som har oppgitt cannabisbruk noen gang, etter aldersgrupper, 2015-2019, Norge



Kilde: Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk Sentralbyrå (SSB), tall fra 2015-2019.

Andelen som oppgir å ha brukt cannabis siste 12 måneder er betydelig høyere i aldersgruppen 16-34 år enn i gruppen 35-64 år (Figur 2-4). I 2019 oppga 10,7 prosent i den yngste aldersgruppen å ha brukt cannabis siste 12 måneder, mot 1,0 prosent i den eldste aldersgruppen. Fra 2015 til 2019 har andelen unge mellom 16 og 34 år som oppgir å ha brukt cannabis siste 12 måneder økt fra 8,7 til 10,7 prosent. Dette tilsvarer en økning på mer enn 20 prosent og er en betydelig økning på kort tid. Skadekonsekvensene av cannabis kommer gjerne først etter regelmessig bruk over en viss tid, og det er derfor for tidlig å si noe presist om konsekvensene som følge av økt bruk blant unge.

Figur 2-4: Prosentandel som har oppgitt cannabisbruk siste 12 måneder, etter aldersgrupper, 2015-2019, Norge



Kilde: Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk Sentralbyrå (SSB), tall fra 2015-2019.

Cannabisbruk de siste 4 uker er også klart hyppigst i de yngre aldersgruppene (Figur 2-5). For unge voksne (16-30 år) er rapportert bruk siste fire uker om lag dobbelt så høy som i befolkningen generelt (4,7 prosent for personer mellom 16 og 30 år og 2,3 prosent for personer mellom 16 og 64 år). I tillegg til alder, varierer cannabisbruken med kjønn. Andelen som har rapportert bruk siste fire uker var dobbelt så høy blant menn som blant kvinner. Personene som utvikler problembruk vil trolig hovedsakelig være blant personene som bruker cannabis jevnlig, og det er derfor viktig å følge med på utviklingen i andelen som oppgir å ha brukt cannabis siste fire uker.

Figur 2-5: Prosentandel som har oppgitt bruk de siste 12 måneder (15-64 år), etter kjønn, 2018, Europa

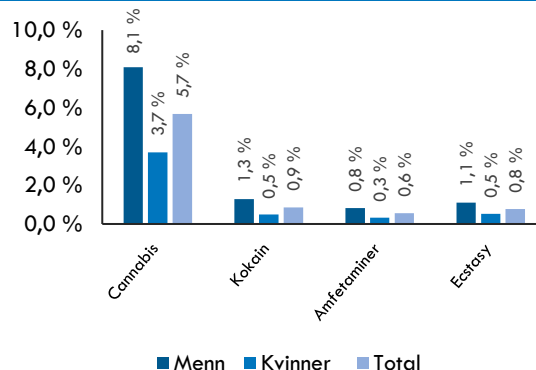
(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019).

EUs narkotikaovervåkingsbyrå, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), utgir årlig rapporten «The European Drug Report», som gir en oversikt over narkotikasituasjonen i Europa. Trender og utviklinger er basert på tilgjengelig informasjon fra medlemsland i EU, samt Tyrkia og Norge.

Et hovedfunn i rapporten fra 2020 er en økning i antall rapporterte beslag av illegale rusmidler, herunder hasj, kokain og heroin. I 2018 ble det rapportert om lag 1,3 millioner narkotikabeslag, hvilket er en økning sammenlignet med antall beslag i 2017 (i overkant av 1,1, millioner beslag). Cannabis er det illegale rusmiddelet som beslaglegges oftest. Samtidig ble det beslaglagt mer kokain og heroin enn noen gang (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019).

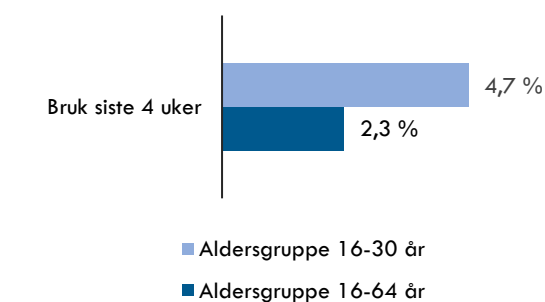
Figur 2-5 viser andelen av befolkningen i Europa som har brukt ulike illegale rusmidler i løpet av de siste 12 månedene. Cannabis er det mest utbredte stoffet. 5,7 prosent av befolkningen mellom 15-64 år oppgir at de har brukt stoffet siste år.

Figur 2-5: Prosentandel som har oppgitt bruk de siste 12 måneder (15-64 år), etter kjønn, 2018, Europa



Kilde: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), tall fra 2018.

Cannabis var også det stoffet som flest oppga å ha brukt de siste 12 månedene (Figur 2-6). Det er estimert at mellom 4,8 og 5,7 prosent av den europeiske befolkning hadde brukt cannabis siste 12 måneder i perioden 2014 til 2018.

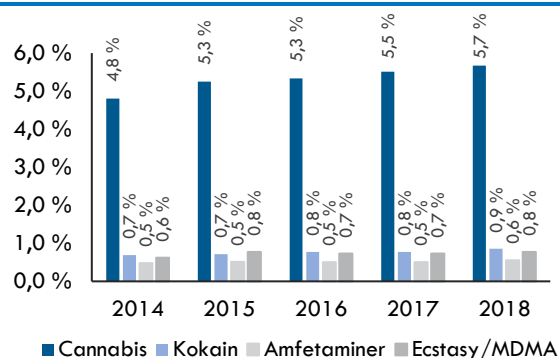


Kilde: Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk Sentralbyrå (SSB), tall fra 2017-2019.

2.2.3 Dagens nivå i Europa

Globalt er Europa et viktig marked for illegal rusvirksomhet. Dette omfatter handel og transport av narkotika produsert i Europa og andre deler av verden. Cannabis er det mest tilgjengelige og hyppigst brukte illegale rusmiddelet i Europa med fem ganger høyere rapportert bruk enn andre rusmidler

Figur 2-6: Prosentandel som har oppgitt bruk de siste 12 måneder (15-64 år), etter type rusmiddel, 2014-2018, Europa



Kilde: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), tall fra 2014-2018.

2.2.4 Brukergrupper av narkotika

Narkotikabrukere kategoriseres ofte etter hvor hyppig de bruker stoffet og hvor stor risiko det er forbundet med narkotikabruken. Eksperimentbrukere brukes ofte som betegnelse på personer som bruker narkotika noen få ganger og så aldri igjen. I analysene i denne rapporten har vi valgt å skille ut det vi definerer som tidligere brukere fra alle som har brukt narkotika noen gang. For å identifisere tidligere brukere har vi tatt utgangspunkt i FHIs statistikk over personer som har brukt illegale rusmidler noen gang, og trukket fra antallet personer som har brukt illegale rusmidler de siste 12 månedene.

Rekreasjonsbrukere benyttes som betegnelse på personer som fortsetter etter en eksperimentell periode, men som i stor grad klarer å begrense inntaket til helger og fritid og hvor bruken ikke hindrer deltakelse i arbeidsliv og utdanning. Vi har lagt til grunn at dette er de personene som i FHIs statistikk har brukt illegale rusmidler i løpet av de siste 12 månedene.

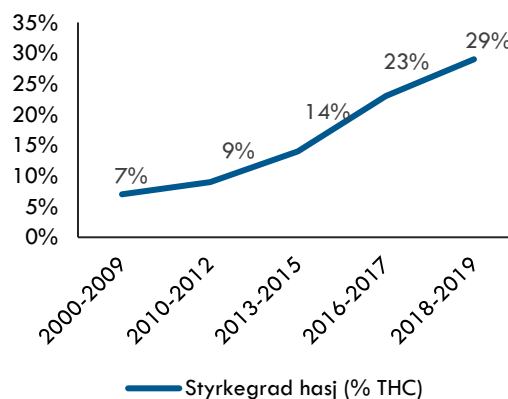
Høyrisikobrukere utgjør en tredje gruppe narkotikabrukere. Disse personene kjennetegnes ved at de bruker narkotika på en måte som gir høy risiko for problemer og skader, herunder sosial eksklusjon, sykdom og død. Mange i høyrisikogruppen trenger hjelp og behandling for å greie å slutte med illegale rusmidler og for å håndtere dagliglivet. I våre analyser har vi klassifisert cannabisbrukere som høyrisikobrukere hvis de har brukt cannabis minst 20 ganger i løpet av de siste 30 dagene (Folkehelseinstituttet, 2018). For de øvrige illegale rusmidlene har vi definert høyrisikobrukere som personer som bruker rusmiddelet en gang i uken eller mer. Personene som får LAR-behandling (legemiddelassistert rehabilitering) er skilt ut i en egen gruppe, og disse er derfor ikke inkludert i gruppen høyrisikobrukere.

LAR-pasientene inngår i det vi har definert som en fjerde brukergruppe: pasienter som får behandling for rusmiddelproblemer eller avhengighet i spesialisthelsetjenesten. Denne gruppen overlapper altså ikke med gruppen med høyrisikobrukere. Vi omtaler denne gruppen som narkotikabrukere som får behandling. Videre vil vi bruke gruppene beskrevet i dette avsnittet som grunnlag for analysene. Basert på forekomsttall fra FHI og befolkningsstatistikk fra SSB estimerer vi hvor mange personer som faller inn i de ulike kategoriene.

2.3 Cannabis og endring i THC-nivå

THC (tetrahydrocannabinol) er det primære rusgivende stoffet i cannabis. Mengden THC i cannabisprodukter varierer, og ruseffekten av cannabisbruk er større jo høyere THC-nivået er (Agurell S., 1986; Hunault CC. et al., 2009). Narkotikastatistikk fra Kripos om narkotika- og dopingsaker i 2019 viser en økning THC-innhold i cannabisprodukter, og THC-nivået i hasj som beslaglegges i Norge er tredoblet siden 2010 (Figur 2-6). I 2010 var gjennomsnittlig THC-nivå i hasj rundt 8 prosent, mens det i 2019 var 28 prosent (Kripos, 2019). Dette er også en tendens man har sett ellers i Europa (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019).

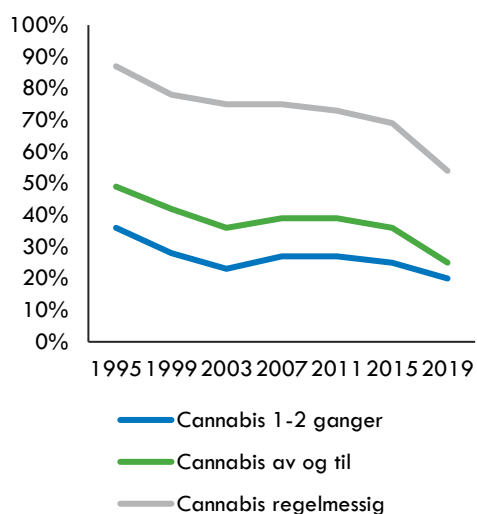
Figur 2-6: Prosentutvikling av THC-nivå i cannabis (hasj), 2000-2019, Norge



Kilde: Kripos, Narkotika- og dopingstatistikk 2019.

Økningen i THC-nivå betyr trolig at skadevirkningene ved å bruke cannabis også har økt. Mye av den eksisterende forskningslitteraturen er basert på studier av cannabis med lavere THC-nivå enn cannabisen som brukes i dag, og det er derfor grunn til å tro at denne forskningen gir et konservativt anslag på effektene av cannabisbruk i dag. Samtidig som det har vært en økning i THC-nivå, har andelen unge som oppgir at de tror det er stor risiko forbundet med cannabisbruk blitt betydelig redusert i siden 1995 (Figur 2-6) (Bretteville-Jensen & Bye, 2020).

Figur 2-6: Andel 15-16-åringer som svarer at de mener det er stor risiko for å pådra seg skader (fysisk eller på andre måter) ved bruk av cannabis, 1995-2019, Norge



Kilde: (Bretteville-Jensen & Bye, 2020)

2.4 Forebyggende arbeid

Rusproblematikk er en helseutfordring som medfører konsekvenser for den enkelte, pårørende og samfunnet for øvrig. En forutsetning for å utvikle rusmiddelproblemer er tilgang til rusmidler, og redusert tilgang til illegale rusmidler er derfor et viktig strukturelt tiltak i det forebyggende arbeidet. Det er særlig viktig å jobbe med rusforebygging blant ungdom (Folkehelseinstituttet, 2019).

Regjeringen ønsker å styrke tjenestetilbudet til mennesker med rusproblemer, og i 2015 ble det lagt frem en opptrappingsplan for rusfeltet for perioden 2016-2020¹. Planen skal blant annet sikre økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til rusavhengige, herunder tidlig innsats for å forebygge rusavhengighet, behandling og oppfølgingstjenester etter behandling.

Formålet med rusforebygging er å bidra til at rusmiddelproblemer og relaterte helseskader ikke oppstår og utvikler seg. Forebygging handler med andre ord om å unngå at flest mulig debuterer, og at flest mulig av dem som har brukserfaring, ikke utvikler problemer. Målet er at færrest mulig får en ruslidelse og behov for behandling. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om effekten av ulike forebyggingsmetoder, og det er viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget der det mangler sikker kunnskap.

Forebyggende arbeid består hovedsakelig av ulike tiltak og virkemidler som skal bidra til å redusere

både tilgjengelighet til rusmidler og etterspørsel etter rusmidler. Mye av det viktigste forebyggende arbeidet skjer i lokalmiljøet og i kommunene, og i mange kommuner er samarbeid med frivillige organisasjoner en naturlig del av det rusforebyggende arbeidet.

Fra forskning på lovlig tilgjengelige rusmidler vet vi at det er en sammenheng mellom opplevd og reel tilgjengelighet av et rusmiddel og forbruket av rusmiddelet i befolkningen. Lærdommene fra epidemiologisk forskning – særlig alkoholforskningen – er at tilgjengelighet og bruk har nær sammenheng, samt at nesten alle restriksjoner gir bruksreduksjon i befolkningen og på denne måten også problemreduksjon. Ved mer restriktiv politikk som begrenser tilgang (reel og opplevd) på et rusmiddel, vil forbruket i befolkningen reduseres (Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2020).

2.4.1 Ikke-lovpålagte tjenestetilbud

Flere kommuner tilbyr en rekke ulike tjenester utover det de er lovpålagt å yte. Ikke-lovpålagte tjenestetilbud omfatter ofte alternative former for organisering og tilgjengeliggjøring av tjenestetilbud som fungerer på siden av de ordinære tjenestene (Rusreformutvalget, 2019).

Mange kommuner tilbyr såkalte aktivt oppsøkende tjenester, herunder utekontakt og behandlingsteam. De oppsøkende tjenestetilbudene kan bidra til å samle og formidle kunnskap til unge som er i risiko for å utvikle rusmiddelproblemer og til å hjelpe unge med å knytte kontakt med hjelpeapparatet. Utekontaktene jobber med å oppsøke miljøer der unge i risikogruppen oppholder seg. På denne måten forsøker kommunen å identifisere unge som er i risiko for å utvikle rusproblemer, slik at disse kan settes i kontakt med hjelpeapparatet i kommunen. Aktivt oppsøkende behandlingsteam er tverrfaglige team som arbeider med å yte helsetjenester til personer med alvorlige og komplekse problemer som ikke fanges opp i det ordinære tjenesteapparatet.

Enkelte kommuner tilbyr også ulike skadereduserende tiltak, som for eksempel lavterskel helsetilbud og brukerroom. Ved lavterskel helsetilbud trenger brukere hverken å bestille eller betale for tilbudet, som består av blant annet sårstell, oppfølging av skader forbundet med injiseringspraksis, vaksinasjon, støttesamtaler og overdoseforebygging.

2.4.2 Alternative straffereaksjoner for unge

En viktig del av det forebyggende arbeidet innebærer å møte unge som begår et mindre alvorlig lovbrudd med alternative reaksjonsformer som styrer

¹ Proposisjon til Stortinget, Prop. 15 S (2015-2016), «Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020)

dem bort fra ny kriminalitet. Norge har over tid utviklet en rekke alternative straffereaksjoner for ungdom med rusproblemer, og bruken av disse har også utviklet seg etter hvert som man har fått erfaring med de ulike reaksjonsformene.

Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

Da den nye konfliktrådsloven kom i 2014, var et av målene at en skulle unngå å sette barn og unge i fengsel. Som et ledd i den politiske målsettingen om å fremme mer hensiktsmessige reaksjonsformer overfor unge lovbrøyttere, ble de alternative straffereaksjonene, herunder ungdomsstraff og ungdomsoppfølging for unge mellom 15 og 18 år, forankret i lov om konfliktrådsbehandling².

Ungdomsoppfølging kan ilegges unge som har begått en eller flere kriminelle handlinger, dersom det vurderes at tett oppfølging vil kunne forebygge ny kriminalitet. Gjennomføringstiden ved ungdomsoppfølging har en øvre grense på ett år, og ingen fastsatt nedre grense.

Ungdomsstraff kan idømmes unge som har begått lovbrudd som ellers ville ført til fengsel eller de strengeste samfunnsstraffene. Sammenlignet med ungdomsoppfølging er ungdomsstraff en strengere reaksjon, og det er obligatorisk for kriminalomsorgen og politi å delta i ungdomsstormøtet og i oppfølgingsteamet. Domstolen fastsetter gjennomføringstiden av ungdomsstraffer innenfor en øvre og nedre grense på henholdsvis tre år til seks måneder.

Av konfliktrådsloven § 22 fremgår det at begge skal bestå av et ungdomsstormøte, utarbeidelse av en individuelt tilpasset ungdomsplan og oppfølging av planen. I ungdomsstormøtet møter ungdommen de personene som lovbruddet de har begått har fått konsekvenser for, og får høre om skadevirkningene lovbruddet har hatt.

Ungdomskontrakter

Ungdomskontrakt er den foretrukne reaksjonsformen for ungdom som blir tatt for brudd på narkotikalovgivningen (Riksadvokaten, 2014). Ungdomskontrakt er et alternativ for straff for unge mellom 15 og 18 år som blir tatt for mindre alvorlige lovbrudd, for eksempel bruk og besittelse av narkotika. Dersom en ungdom blir pågrepet for bruk og besittelse av narkotika gjentatte ganger, kan tilbudet om alternative reaksjoner bortfalle.

Ungdomskontrakten er en avtale mellom ungdommen og politiet, men omfatter ofte også helsesykepleier, utekontakt eller barnevernet. I tillegg må ungdommens foreldre/foresatte samtykke til kontrakten. Kontrakten

gir påtaleunntatelse, som betyr at det ikke opprettes en straffesak og at man slipper bot og prikk på rullebladet. Kontrakten innebærer at ungdommen må avlegge urinprøver, men omfatter ofte også andre vilkår, som for eksempel oppmøte på skolen, rusfrihet og samtaler med helsesykepleier. Gjentatte brudd på avtalen kan medføre at normal rettsforfølgelse gjenopptas.

På bakgrunn av gode resultater, blant annet fra et prøveprosjekt med implementering av ungdomskontrakt og oppfølgingsteam i fire kommuner, har ungdomskontrakter blitt den vanlige reaksjonen ved mindre narkotikalovbrudd begått av ungdom (Kvello & Wendelborg, 2009). Flere helsestasjoner for ungdom tilbyr i dag ruskontrakter som en tjeneste i forebygging av kriminalitet mot barn og unge.

2.4.3 Effekten av forebyggende tiltak og straffereaksjoner på kriminalitet blant unge

Det finnes i dag lite forskningsbasert kunnskap som kan si noe om effekten av alternative reaksjonsformer og tiltak for å forebygge kriminalitet blant unge i Norge, og forskningen gir ikke et entydig svar.

Folkehelseinstituttet har et pågående prosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan alternative reaksjonsformer oppleves av de involverte parter, samt hvilken innvirkning forebyggende straff ser ut til å ha på ungdommen på lengre sikt (Folkehelseinstituttet, 2018). En artikkel som er publisert som del av prosjektet er basert på dybdeintervjuer med unge narkotikalovbrøyttere som hadde fått en alternativ straffereaksjon og som deltok i tiltak som skulle hjelpe dem med å slutte med narkotikabruk. Bare noen få av ungdommene hadde sluttet å bruke narkotika, men mange opplevde at tiltaket ga mulighet til å gjenopprette forholdet til familiemedlemmer og samfunnet for øvrig (Sandøy, 2018).

Nordlandsforskning har, på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet, foretatt en stor evaluering av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging (Nordlandsforskning, 2019). Av ungdommene som deltok i casestudien var omtrent en tredjedel dømt eller ilagt straff for rusrelaterte lovbrudd. I tillegg hadde flere av ungdommene som hadde begått andre typer lovbrudd, også rusrelaterte problemer.

Rapporten dokumenterer blant annet ungdommens erfaringer fra straffegjennomføringen. Erfaringene peker i ulike retninger og viser variasjon og mangfold i sakene. Overordnet indikerer casestudien at de alternative straffereaksjonene kan bidra til å gi

² Se lov om konfliktrådsbehandling (konfliktrådsloven). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-49#KAPITTEL_4

ungdommene hjelp som forebygger tilbakefall til ny kriminalitet.

Casestudien viste imidlertid også at brudd på vilkår er utbredt og at tilbakefall ofte skjer. Selv om flere av ungdommene samtykket til de alternative straffereaksjonene, viste studien at det var utfordrende å fullføre straffegjennomføringen. Om lag en tredjedel av ungdommene avbrøt straffegjennomføringen før den var fullført eller startet aldri opp. Særlig ungdom som ikke kom seg ut av rusavhengigheten, fikk problemer med å oppfylle andre vilkår i straffegjennomføringen. Casestudien viste at det jevnt over er knapt med tiltak som kan være til hjelp for disse ungdommene, men at streng ruskontroll i form av ukentlige tester over lengre tid hadde gunstig effekt. Dette var også et tiltak som stort sett var tilgjengelig. For flere av ungdommene var det først og fremst dette kravet som hjalp dem inn i et «bedre spor».

Den store andelen saker som avbrytes før straffegjennomføringen er fullført, eller ikke starter opp av ulike grunner, kan ses som et uttrykk for at de alternative straffereaksjonene oppfattes som krevende. I casestudien opplevde flere unge de alternative straffereaksjonene som mer krevende enn de tradisjonelle alternativene, som samfunnsstraff eller soning i fengsel. De alternative straffereaksjonene forutsetter en betydelig grad av motivasjon og selvdisciplin av den enkelte ungdom for å lykkes. En annen utfordring som nevnes i rapporten er at det tar lang tid fra lovbruddet avdekkes til oppfølgingen og gjennomføringen kommer i gang.

Nordlandsforskning peker også på at det kan være vanskelig å få på plass et dagtilbud for ungdom i kommunene, og at det kan være store variasjoner i både utforming og gjennomføring av en ruskontrakt i kommunene.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har, på oppdrag fra Unio, oppsummert eksisterende forskning om helsefremmende og primærforebyggende tiltak for barn og unge, herunder tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler. Oppsummeringen viste at omfattende skolebaserte tiltak mot bruk av alkohol og marihuana er effektive for å forebygge bruken hos unge mellom 10 og 15 år, samt at skolebaserte tiltak som vektlegger ferdigheter trolig er effektive for å forebygge bruk av harde illegale rusmidler hos barn og unge. Oppsummeringen viste videre at skolebaserte tiltak med vekt på kunnskaper kan være med på å forebygge bruk av cannabis hos barn og unge. Forfatterne fremhevet likevel at det er usikkerhet knyttet til effekten av de ulike tiltakene og bruk av ulike rusmidler. Det ble også understreket at kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget i de ti

inkluderte systematiske oversiktene var varierende. Årsaken til at kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget i enkelte av oversiktene ble vurdert som lav, var hovedsakelig at de inkluderte studiene var små, at det var metodiske svakheter i studiene og at resultatene var sprikende (Berg R.C & Underland V., 2012).

KoRus Oslo og KoRus Øst har gjennomført en kartlegging av frivillig ruskontrakt for ungdom i Oslo og i Follo politidistrikt. Kartleggingen viste at det var stor variasjon i ungdommenes rusvaner da de fikk ruskontrakt – noen hadde røyket cannabis en gang, mens andre hadde et etablert rusmisbruk. En problemstilling som ble beskrevet av informantene, var at det kunne være utfordrende å vite hvilke kriterier som skulle brukes i ruskontraktene når variasjonen mellom ungdommens rusvaner var så stor. Informantene oppga også at det kunne også være vanskelig å vite hvilke ungdom som hadde nytte av ruskontrakt, og hvilke som heller burde fått et annet tilbud. Enkelte ungdommer oppga at de kunne bruke rusmiddelkontroll som et argument for å takke nei til narkotika. Kartleggingen viste videre at det var bred enighet om at det var behov for effektevalueringer av ruskontrakt (Lien & Larsen, 2015).

Evaluering av TIUR-modellen (Tidlig Intervensjon – Unge og Rus)

TIUR-modellen er et rusforebyggende tiltak utviklet og iverksatt av Ringsaker kommune i samarbeid med politiet i Ringsaker (Baklien B. & Bye M., 2017). Målet med tiltaket er å forebygge at unge som har prøvd illegale rusmidler skal fortsette bruken, utvikle rusavhengighet eller få vedvarende problemer knyttet til rusproblematikk og kriminalitet. Komponentene i tiltaket består av å identifisere bruk av illegale rusmidler, i tillegg til individuell oppfølging av ungdom som innebærer samtaler og urinprøvekontroll. TIUR-modellen er basert på et tverrfaglig samarbeid som omfatter ulike instanser, herunder barnevernstjenesten, ungdomskontakten, NAV, helsestasjon for ungdom og politi.

Etter prosjektperioden fra 2010 til 2013 ble TIUR-tiltaket videreført som en del av den ordinære driften i kommunen og politiet. Med bakgrunn i dette var det et behov for en ekstern evaluering av modellen. Høgskolen i Innlandet fikk sammen med KoRus-Øst og Ringsaker kommune oppdraget om å gjennomføre en forskningsbasert evaluering. Hensikten med evalueringen var å vurdere om målene med tiltaket var oppnådd, og på hvilke måter målene var oppnådd.

Evalueringen viste at TIUR-modellen i stor grad hadde nådd de effekt- og resultatmål som ble satt og at tiltaket påvirker ungdom til å ta bedre valg (Baklien B. & Bye M., 2017). De fleste av ungdommene hadde en mer stabil livssituasjon og brukte mindre illegale

rusmidler i etterkant av deltakelse. De fleste av ungdommene som deltok i evalueringen oppga at de opplevde det å ha en dialog med en voksen om utfordringer tilknyttet egen livssituasjon og bruk av rusmidler som et viktig bidrag inn i en modningsprosess. Videre indikerte resultatene at tiltaket bidro til et mer reflektert og nyansert holdning til illegale rusmidler.

Nytten av TIUR-modellen virker å variere med ungdommenes livssituasjon, og de ungdommene som syntes å ha størst effekt av TIUR, var de ungdommene som hadde en vanskelig livssituasjon før deltakelse. Basert på hva ungdommene forteller kan det ses en sammenheng mellom deltakelse i TIUR og forandringer i livssituasjon.

2.5 Tiltak og behandlingstilbud for rusbrukere

Det finnes en rekke ulike tilbud i helsetjenesten for rusbrukere, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes tilbud til personer med rusmiddelproblemer kan være ulikt organisert i ulike kommuner. I enkelte kommuner er rusjenesten organisert i NAV, mens den i andre kommuner er organisert i en egen rusjeneste eller i en felles rus- og psykisk helsetjeneste. Mange kommuner har også egne tilbud rettet mot unge, og helsestasjonen for ungdom har oversikt over hvilke tilbud som finnes lokalt. I kommunen kan både sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten og lege henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten (TSB). Kommunen skal følge opp personer med rusproblemer før, under og etter behandling (Helsenorge, 2020).

I spesialisthelsetjenesten er behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblemer organisert i enheter innen TSB eller psykisk helsevern (PHV). Behandlingstilbudet omfatter poliklinisk behandling, institusjonsbehandling og legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

3. Konsekvenser av bruk av illegale rusmidler

Rusbruk medfører en rekke konsekvenser både for brukeren selv, for deres pårørende og samfunnet for øvrig. Narkotikabrukere opplever redusert helse og livskvalitet, sosial eksklusjon og stigma, og mange har redusert mulighet for deltakelse i utdanning og arbeidsliv.

Narkotikabrukere kan trenge behandling innen primær- og spesialisthelsetjenesten, og det finnes også ulike helsetilbud som en del av kriminalomsorgen. Narkotikabruk er i seg selv forbudt, i tillegg til at bruk av narkotika ofte er forbundet med andre former for kriminalitet.

Dette innebærer at narkotikabruk også medfører konsekvenser for justissektoren.

Hyppig og langvarig narkotikabruk medfører risiko både for akutte og kroniske helseskader, samt sosiale problemer. Narkotikabruk er også forbundet med sosiale skader, for eksempel marginalisering og konsekvenser av kriminalitet. Bruk av illegale rusmidler skjer ofte i kombinasjon med bruk av et annet illegalt rusmiddel, alkohol eller legemidler. Det kan derfor være vanskelig å identifisere en sikker årsakssammenheng mellom en skade eller et problem og bruk av et bestemt rusmiddel.

Konsekvensene av rusbruk rammer sosialt skjevt, og det er en betydelig samvariasjon mellom skadelig rusmiddelbruk og lav sosial status. Økt tilgjengelighet og rusmiddelaksept vil derfor gi en økt risiko og ulempe spesielt for mindre ressurssterke personer. Det er også en sammenheng mellom sosial status og risiko for straff for narkotikalovbrudd, og personer med sosiale ressurser og støtende nettverk blir i mindre grad rammet og kan i større grad beskytte seg mot uheldige virkninger av kriminalitet (Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2020; Rusreformutvalget, 2019).

3.1 Sykdomsbyrde

Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD) anslår at det samlede helsetapet grunnet bruk av illegale rusmidler³ i Norge i 2019 var 22 271 helsetapsjusterte leveår, og at det var 239 dødsfall grunnet bruk av illegale rusmidler (Global Burden of Disease study, 2020). I 2019 utgjorde det ikke-dødelige helsetapet (målt ved YLD)

forbundet med bruk av illegale rusmidler 11 473, mens antall tapte leveår (målt ved YLL) var 10 797.

Resultatene fra GBD 2016 viser at bruk av alkohol og illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for sykdomsbyrden i Norge (Øverland, et al., 2018). Risikofaktorene i GBD-prosjektet anslår hvor stor andel av sykdomsbyrden som kunne vært unngått dersom risikofaktorene var redusert til et teoretisk minimumsnivå. Bruk av alkohol og illegale rusmidler bidrar særlig til sykdomsbyrden blant personer i aldersgruppen 15 til 49 år, og ifølge GBD 2016 utgjorde dette den viktigste risikofaktoren for død, helsetap og helsetapsjusterte leveår blant personer i denne aldersgruppen. Dødsfallene er i hovedsak overdoser, selvmord og trafikkulykker. I denne aldersgruppen var det omtrent fire ganger så mange dødsfall blant menn som blant kvinner forårsaket av alkohol og illegale rusmidler.

I 2013 var 3 av 4 personer som døde som følge av en narkotikaoverdose under 50 år (Knudsen, 2016). Den lave alderen blant de som døde innebærer at narkotikaoverdoser var på niendeplass (av 163 sykdommer og skader) på listen over de viktigste årsakene til tapte leveår i den norske befolkningen generelt.

I tillegg til at rusbruk i seg selv kan medføre dødsfall, er rusbruk også en risikofaktor for andre dødsårsaker. Dersom man inkluderer disse dødsfallene, øker antall dødsfall som skyldes bruk av alkohol og rusmidler betydelig. Illegale rusmidler og andre rusmidler er særlig en risikofaktor for plutselige og voldsomme dødsfall blant unge menn, blant annet fallulykker og selvmord. Alkohol og rusbruk er også en risikofaktor for dødsfall grunnet skrumplever (levercirrhose), leverkreft, infeksjonssykdommer (for eksempel HIV/AIDS og hepatitt) og epilepsi (Knudsen, 2016).

3.1.1 Verdien av tapt helse

I Norge har det vært uenighet knyttet til hvordan man bør verdsette tapte leveår. I helseøkonomiske analyser (for tiltak i helsesektoren) legger Helsedirektoratet til grunn at et godt leveår (kvalitetsjustert leveår (QALY)) har en verdi på 588 000 2012-kroner. Helsedirektoratet har publisert et utkast til veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. Denne veilederen omfatter tiltak som har helsekonsekvenser for friske befolkningsgrupper, og omfatter tiltak der analysene gjøres i et samfunnspektiv. Fra veilederen fremgår det at et godt leveår (QALY) i 2018 skal verdsettes til 1,504 millioner kroner med

³ Cannabis, opioider, amfetamin, kokain og andre rusmidler

produksjonstap, og 1,304 millioner kroner uten produksjonstap (Helsedirektoratet, u.d.).

På samme måte som i Helsedirektoratet sin utredning om samfunnskostnadene av sykdommer og ulykker (Helsedirektoratet, 2016) har vi i denne analysen valgt å benytte en verdi på 1,32 millioner 2019-kroner (1,12 millioner 2012-kroner) per gode leveår. Ettersom analysen gjøres i et samfunnsperspektiv, og ikke omfatter et tiltak for vurdering i helsesektoren, har vi valgt å benytte denne verdien.

3.1.2 Helsetap som følge av cannabisbruk

Cannabis er det mest utbredte illegale rusmiddelet og er ikke forbundet med dødelige overdoser på samme måte som en del andre illegale rusmidler.

Den globale sykdomsbyrdestudien anslår at det i 2019 var 14 641 personer med en ruslidelse som skyldes bruk av cannabis (usikkerhetsintervall: 10 529-19 710). Forekomsten var høyere blant menn enn hos kvinner; om lag 32 prosent var kvinner og 68 prosent var menn. Forekomsten var høyest i aldersgruppen 20-24 år for begge kjønn.

Resultatene fra GBD viser at det samlede helsetapet i 2019 grunnet psykiske lidelser som skyldes bruk av cannabis var 424 helsetapsjusterte leveår (usikkerhetsintervall: 245-660).

Som beskrevet legger vi til grunn en verdi på 1,32 millioner 2019-kroner for et godt leveår. Målt i kroner utgjør dermed helsetapet knyttet til psykiske lidelser som skyldes bruk av cannabis 560 millioner 2019-kroner gitt dagens nivå av cannabisbruk.

GBD benytter ICD-kodene F12-F12.99 i sin definisjon av psykiske lidelser som skyldes bruk av cannabis. F12 omfatter psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider. Underinndelingen omfatter:

- Skadelig bruk
- Avhengighetssyndrom
- Abstinensstilstand
- Abstinensstilstand med delirium (hjernesyndrom som kjennetegnes av samtidig forstyrrelse av bevissthet og oppmerksomhet, persepsjon, tenkeevne, hukommelse, psykomotorisk atferd, følelsesliv og søvn-våkenhets-rytme)
- Psykotisk lidelse
- Amnestisk syndrom (syndrom preget av kronisk og fremtredende svekkelse av korttids- og langtidshukommelse)
- Residual tilstand eller sent innsettende psykotisk lidelse
- Andre spesifiserte psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser

- Uspesifisert psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse

3.1.3 Helsetap som følge av bruk av andre illegale rusmidler

Den globale sykdomsbyrdestudien anslår at 30 807 personer hadde en psykisk lidelse som skyldes bruk av opioider, amfetamin og kokain i 2019 (usikkerhetsintervall: 23 991-39 088). Forekomsten var høyere blant menn enn hos kvinner; om lag 64 prosent var menn og 36 prosent var kvinner. Resultatene viser at forekomsten av rusrelaterte lidelser var høyest for opioider (19 021 personer), etterfulgt av amfetamin (7 533 personer), og kokain (4 252 personer). I tillegg til disse var det 5 199 klassifisert under «andre illegale rusmidler».

Resultatene fra GBD viser at det samlede helsetapet i 2019 grunnet som skyldes bruk av opioider, amfetamin og kokain var 18 705 helsetapsjusterte leveår (usikkerhetsintervall: 15 346-22750).

Som beskrevet legger vi til grunn en verdi på 1,32 millioner 2019-kroner for et godt leveår. Målt i kroner utgjør dermed helsetapet knyttet til psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler utenom cannabis 24,7 milliarder 2019-kroner gitt dagens nivå av bruk av illegale rusmidler utenom cannabis.

GBD benytter følgende ICD-koder i sin definisjon av psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler utenom cannabis: ICD-10 kodene F11—F19.99 (unntatt F12-F12.99), P96.1, R78.1-R78.9, Z81.2-Z81.4. Se Vedlegg A for diagnosenavn.

3.2 Deltakelse i utdanning og arbeidsliv

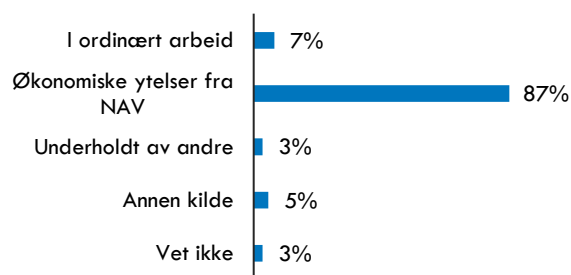
Bruk av illegale rusmidler kan føre til redusert produktivitet på arbeidsplassen og sykefravær. Narkotikabruk kan også føre til fysiske og psykiske forandringer som gjør det vanskelig å følge opp skolegang og arbeidsliv. Dette kan igjen føre til mangelfull skolegang og tap av jobb. Frafall fra skole og arbeid kan videre gi tapt arbeidsfortjeneste, både umiddelbart og senere i livet som følge av «hull i CV-en». Det er imidlertid gjort lite forskning på hvilke konsekvenser bruk av andre rusmidler enn alkohol har for arbeidslivet (Edvardsen, et al., 2015).

Personer som bruker cannabis jevnlig, har dårligere resultater på skolen enn jevnaldrende ikke-brukere. Det er likevel uklart om årsakssammenhengen er (I) cannabisbruk bidrar til dårligere skolerresultater, (II) cannabisbruk er mer utbredt blant personer med dårlige skolerresultater eller (III) cannabisbruk og dårlige skolerresultater skyldes en eller flere andre felles faktorer (Hall, 2015).

I BrukerPlan-kartleggingen driftet av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) har kommunene kartlagt kilder til livsopphold for tjenestemottakere med rusproblemer. I 2019 viste kartleggingen at 7 prosent av tjenestemottakerne med rusproblemer hadde ordinært arbeid som kilde til livsopphold (Figur 3-1). En stor andel av disse personene har trolig andre sykdommer og utfordringer som gjør at de ikke ville deltatt i arbeidslivet selv om de ikke brukte rusmidler.

BrukerPlan-rapporten anslår at det totalt var om lag 27 500 tjenestemottakere med rusproblemer i Norge i 2019. Det betyr at om lag 2 000 av disse hadde ordinært arbeid som kilde til livsopphold.

Figur 3-1: Kilde til livsopphold blant tjenestemottakere med rusproblemer, 2019



Kilde: (Hustvedt, et al., 2020)

Det er stor usikkerhet knyttet til hvor mange flere som hadde vært i arbeid dersom de ikke brukte rusmidler, hvor stor stillingsprosent de ville hatt og hvilken lønn de ville hatt.

Det at disse personene kunne deltatt i arbeidslivet, men ikke er i arbeid på grunn av rusproblemer, betyr at samfunnet produserer mindre enn hva det ellers kunne gjort. Vi kan prissette den tapte produksjonen ved å ta utgangspunkt i lønnen disse personene ville hatt dersom de arbeidet. Som et anslag på lønn legger vi til grunn gjennomsnittlig lønn i nedre kvartil for alle næringer. I 2015 var denne 404 000 kroner (SSB-tabell 08053), og justert til 2019-kroner tilsvarer det en lønn på 448 000 kroner. Vi legger deretter på et påslag for feriepenger, tjenestepensjon, arbeidsgiveravgift, forsikringer og fortjeneste, tilsvarende 40 prosent av lønnen. Dette gir et produksjonstap på 627 000 per person som kunne vært i arbeid, men som ikke er det på grunn av bruk av rusmidler.

I tillegg til de som faller utenfor arbeidslivet på grunn av rusbruk, har trolig en del personer som er i arbeid redusert produktivitet og sykefravær på grunn av rusbruk. Som en anekdotisk sammenligning kan vi se på sykefravær og ineffektivitet som skyldes alkohol. I en undersøkelse gjennomført av FHI oppga 1,3

prosent av respondentene at de hadde hatt heldagsfravær i løpet av de siste 12 månedene på grunn av drikking dagen før, og 2 prosent oppga at de hadde vært borte deler av dagen på grunn av drikking dagen før. 12 prosent oppga at de hadde vært ineffektive på jobb i løpet av de siste 12 månedene som følge av alkoholbruk dagen før (Moan & Halkjelsvik, 2019).

Narkotikabruk alene straffes ikke med fengsel, men fører ofte til kriminalitet som resulterer i fengsling (Lindstad, et al., 2019). På denne måten kan bruk av illegale rusmidler føre til redusert arbeidsdeltakelse som følge av soning av fengselsdom.

3.3 Helsetap for pårørende til brukere av illegale rusmidler

Bruk av illegale rusmidler skader ikke bare brukeren, men kan også medføre skade og bekymring blant familie og venner.

Å vokse opp i et hjem der en eller begge foreldre har et rusproblem kan ha alvorlige konsekvenser for barn. En familiesituasjon med rusmiddelproblemer hos voksne øker risikoen for usikkerhet, sosial isolasjon, ulike former for konflikt, misbruk og omsorgssvikt (Fartein & Rognmo, 2011; Killén & Olofsson, 2003). I tillegg kan barn ta på seg oppgaver og roller knyttet til foreldreansvaret fordi de ikke får tilstrekkelig omsorg fra sine foreldre eller foresatte.

Bruk av rusmidler kan dessuten ha negative effekter i parforhold, og risikoen for vold større i familier med rusmiddelproblemer (Moore, et al., 2011; Fartein & Rognmo, 2011).

Bruk av illegale rusmidler kan også føre til bekymring blant venner og familie. Resultatene fra en studie gjennomført i Norge viste at om lag 10 prosent bekymrer seg for andres bruk av narkotiske stoffer (Moan, et al., 2017). Det å ha opplevd negative konsekvenser av andres bruk var sterkest assosiert med bekymring, og bekymringen var primært knyttet til akutte konsekvenser.

Omfanget av pårørendes reduserte livskvalitet er vanskelig å estimere, og for noen vil trolig livskvalitetstapet være større enn for andre. Særlig for pårørende til personer med problematisk rusmiddelbruk ventes livskvalitetstapet å være betydelig. Det finnes så langt vi vet ingen gode estimater på dette helsetapet.

Som et svært forenklet anslag kan man legge til grunn at livskvalitetstapet for pårørende utgjør 3 prosent av helsetapet til brukere av illegale rusmidler. Dette anslaget er forbundet med betydelig usikkerhet, men vi opplever det som viktig å synliggjøre kostnaden og

har derfor benyttet et anslag vi mener er konservativt. Dette gir et helsetap på 13 helsetapsjusterte leveår for pårørende til cannabisbrukere og på 655 helsetapsjusterte leveår for pårørende til brukere av andre illegale rusmidler. Med en verdi på 1,32 millioner 2019-kroner for et godt leveår tilsvarer helsetapet målt i kroner 17 millioner kroner for pårørende til cannabisbrukere og 865 millioner kroner for pårørende til brukere av andre illegale rusmidler.

3.4 Primærhelsetjenesten

Kommunen har ansvar for å yte nødvendige helse- og sosialtjenester til personer med rusmiddelproblemer. Alle innbyggere skal ha en fast allmennlege (fastlege) å forholde seg til, og fastlegen kan henvise til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner har også en egen rustjeneste eller en felles rus- og psykisk helsetjeneste. I tillegg kan personer med rusproblemer få helsehjelp på legevakten, hos ruskonsulent eller hos kommunal psykolog. Kommunene har dessuten plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold for personer med rusproblemer dersom de har behov for det. For unge kan helsestasjon og skolehelse-tjenesten være en del av oppfølgingstilbudet.

I 2019 kartla 257 kommuner totalt 22 404 tjenestemottakere med rusproblemer gjennom BrukerPlan-kartleggingen. Hvis hele landet hadde deltatt i kartleggingen, ville om lag 27 500 personer med rusproblemer vært kartlagt. I kartleggingen er rusproblem definert som å bruke rusmidler på en slik måte at det går alvorlig ut over den daglige fungeringen eller relasjoner til andre. For å bli inkludert i kartleggingen, må en person ha mottatt minst en tjeneste i løpet av de siste 12 månedene, uavhengig av om tilbudet er begrunnet i mottakerens rusproblem eller ikke.

Blant tjenestemottakerne med rusproblemer kartlagt i BrukerPlan brukte de fleste flere rusmidler. Alkohol var det mest brukte rusmidlet (62 prosent) etterfulgt av cannabis (41 prosent) og sentralstimulerende rusmidler (30 prosent). Dette betyr at ikke alle tjenestemottakerne som er kartlagt er brukere av illegale rusmidler.

BrukerPlan-kartleggingen fanger i liten grad opp tjenestemottakere under 18 år. Videre er det trolig en del personer som deltar i lavterskeltilbud i kommunen, men som ikke er inkludert i kartleggingen fordi de ikke defineres som personer med rusproblem etter definisjonen som er lagt til grunn. Det totale antallet personer som mottar kommunale helsetjenester knyttet til bruk av rusmidler er derfor trolig høyere enn det som fremkommer i kartleggingen.

De mest brukte kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenestene blant de kartlagte tjenestemottakerne med rusproblemer var fastlege (85 prosent), saksbehandler (60 prosent), kommunalt rusarbeid (42 prosent), psykisk helsearbeid (39 prosent) og medisinnutdeling (28 prosent).

I 2019 var kommunenes brutto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer 2,9 milliarder kroner (SSB-tabell 12228). Dette omfatter både personer med alkoholproblemer og problemer med illegale rusmidler. Dersom vi legger antallet tjenestemottakere med rusproblemer fra BrukerPlan til grunn som anslag på antall personer med rusproblemer, gir det en gjennomsnittlig utgift på 107 000 kroner per person.

3.5 Spesialisthelsetjenesten

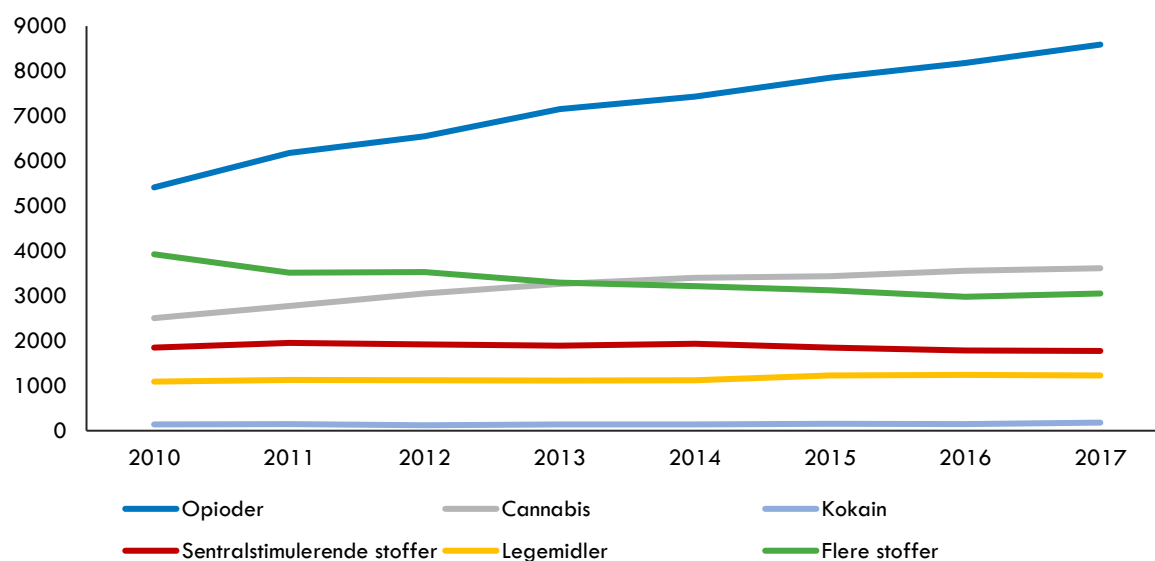
Rusmiddelavhengige har de samme pasientrettighetene som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. De har rett til behandling av sin rus- og avhengighetslidelse, samt enkel tilgang til behandling av somatisk sykdom og psykiske lidelser ved behov. Rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten omtales som tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Tjenestene utføres av personer med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. Det gis også behandling for rusmiddelproblematikk innen psykisk helsevern (PHV).

Utredning og behandling i TSB kan foregå i poliklinikk (behandling uten innleggelse), gjennom ambulante tjenester eller i forbindelse med døgninnleggelse. Både sosialtjenesten/NAV, fastlege, fengselshelsetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten kan henvise pasienter til behandling i TSB.

I 2017 var 18 500 personer i behandling med en avhengighetsdiagnose eller et narkotikaproblem (Folkehelseinstituttet, 2019). Det har vært en betydelig økning i denne pasientgruppen det siste tiåret, og fra 2010 til 2017 har antall slike pasienter økt med 24 prosent (Figur 3-2). Pasientene er talt innenfor den diagnosen som vedkommende har vært til flest konsultasjoner for, eventuelt første diagnose det året hvis flere hovedtilstander har samme antall konsultasjoner.

De fleste som fikk behandling i spesialisthelsetjenesten i 2017 var i behandling for bruk av opiater (8 589). Den nest største gruppen var personer som ble behandlet for cannabisbruk (3 614). Nedgangen i antall pasienter som har fått diagnosen «(flere stoffer)» er trolig et resultat av bedre diagnosesetting.

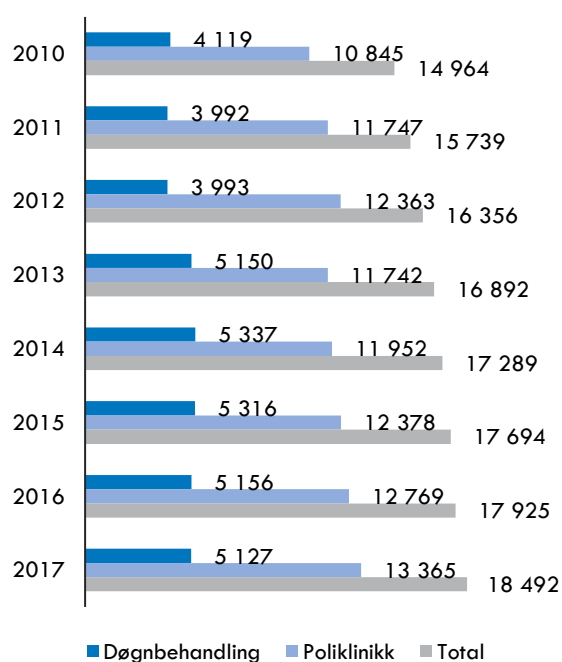
Figur 3-2: Antall pasienter i behandling for ulike narkotikaproblemer/avhengighet i spesialisthelsetjenesten, 2010-2017



Merknad: Hoveddiagnose ICD-10-koder F11-F15, F19. Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2019)

Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten omfatter både poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling. I 2017 utgjorde antallet pasienter i døgntilrettelagt behandling om lag en tredjedel av pasientene i behandling i spesialisthelsetjenesten (Figur 3-3).

Figur 3-3: Antall pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer/avhengighet fordelt på døgntilrettelagt behandling og poliklinisk behandling (TSB og PHV), 2010-2017



Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2019)

Om lag en fjerdedel (26 prosent) av pasientene som fikk behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten i 2017 var i aldersgruppen 20-29 år (Tabell 3-1). Blant cannabispasientene var 60 prosent i denne aldersgruppen. Kun 11 prosent av cannabispasientene var 40 år eller eldre.

En stor andel av pasientene i rusbehandling har mottatt behandling i lang tid. Dette betyr at statistikken over personer som behandles i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer ikke nødvendigvis viser hvilke hoveddiagnoser som er mest utbredt blant pasientene som i dag kommer inn i behandling i spesialisthelsetjenesten. Blant de nye pasientene som i 2017 ble tatt inn i behandling i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer, var diagnosen «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider» den vanligste diagnosen (37 prosent). Over halvparten av disse var under 25 år, og 75 prosent var under 30 år. Den nest hyppigste diagnosen etter cannabis var «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer» (25 prosent), hvor 36 prosent var under 25 år og 53 prosent var under 30 år. Til tross for at opioidpasienter utgjorde den klart største gruppen av pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten (46 prosent), utgjorde denne gruppen bare 11 prosent av de nye pasientene. Blant de nye pasientene i denne gruppen var 59 prosent over 40 år, og kun 4 prosent under 25 år (Folkehelseinstituttet, 2019).

Tabell 3-1: Aldersfordeling blant pasienter i behandling for ulike narkotikaproblemer/avhengighet i spesialisthelsetjenesten, 2017

Aldersfordeling	Opioider	Cannabis	Kokain	Stimulanter	Alle pasienter
15-19 år	0 %	7 %	1 %	1 %	2 %
20-29 år	9 %	60 %	39 %	27 %	26 %
30-39 år	26 %	23 %	42 %	39 %	28 %
40-49 år	33 %	7 %	16 %	24 %	23 %
50-59 år	25 %	3 %	2 %	9 %	16 %
60 år eller eldre	7 %	1 %	0 %	1 %	5 %

Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2019)

I 2018 utgjorde de totale kostnadene til pasientbehandling innen TSB 3,6 milliarder kroner. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig kostnad på 108 000 kroner per pasient. En del personer med rusproblemer fikk også behandling i psykisk helsevern. Her var gjennomsnittskostnaden per pasient 109 000 kroner. Dette gir en gjennomsnittlig kostnad per pasient i TSB og psykisk helsevern på 108 500 2018-kroner, noe som tilsvarer om lag 111 000 2019-kroner. Gjennomsnittlig kostnad per konsultasjon ble i 2018 beregnet til 2 700 kroner i TSB, mens kostnaden for et oppholdsdøgn ble beregnet til 7 900 kroner (tilsvarende henholdsvis 2 760 og 8 075 2019-kroner) (SAMDATA, 2019).

3.6 Lovbrudd og kriminalitet

I tillegg til at narkotikabruk i seg selv er ulovlig, er bruk av narkotika ofte forbundet med andre former for kriminalitet. Lovbrudd og kriminalitet knyttet til narkotika omfatter blant annet vold og trusler, ordensforstyrrelser og kjøring i ruspåvirket tilstand.

Videre bidrar bruk av illegale rusmidler til opprettholdelse av illegal økonomi og finansiering av organisert kriminalitet, og mye kriminalitet skjer under påvirkning av narkotika (Politidirektoratet, 2020).

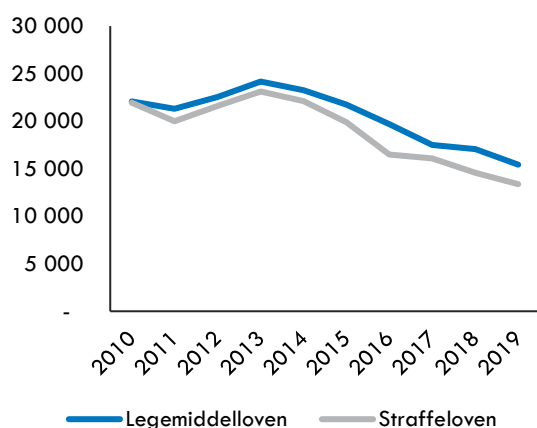
3.6.1 Narkotikalovbrudd

Personer som bruker illegale rusmidler regelmessig, er ofte avhengig av å finansiere bruken gjennom kriminell aktivitet. I mange tilfeller medfører det at man selv begynner å selge narkotika, men bruk av narkotika er også forbundet med vinningskriminalitet og salg av seksuelle tjenester (Folkehelseinstituttet, 2018). Flere av informantene vi har intervjuet i forbindelse med denne rapporten påpeker at det for de fleste unge er så godt som umulig å bruke illegale rusmidler jevnlig uten å selv drive med videresalg. Dette er i seg selv ulovlig, men gjør også at bruk av illegale rusmidler blir en vei inn i kriminelle nettverk for en del unge.

Narkotikalovbrudd omfatter et bredt spekter av lovbrudd fra brudd på legemiddeloven for bruk eller besittelse av mindre mengder narkotika til brudd på straffeloven for grov narkotikaovertrudelse. Strafferammen for de narkotikaovertrudelser er betydelig strengere i straffeloven enn i legemiddeloven. Ved avgjørelse av om en overtrudelse av straffeloven skal klassifiseres som grov, skal det legges vekt på hva slags stoff det gjelder, mengden og overtrudelsens karakter.

Det totale omfanget av narkotikakriminalitet er vanskelig å beregne fordi avdekkingsgraden anses å være lav (Politidirektoratet, 2019). Antall anmeldte narkotikalovbrudd har falt de siste årene (Figur 3-4), men dette sier ikke nødvendigvis noe om utviklingen i omfanget av narkotikakriminalitet. Antall anmeldte narkotikalovbrudd henger sammen med politiets og tollvesenets prioriteringer og ressurstilgang, og et eksempel på dette er at politiet i mindre grad enn tidligere prioriterer å anmelde tunge rusbrukere for bruk og besittelse av narkotika. Dette forklarer deler av reduksjonen i antall anmeldelser for overtrudelse av legemiddeloven (Politidirektoratet, 2019). Når denne gruppen rusbrukere blir anmeldt for bruk og besittelse av narkotika, er det hovedsakelig i forbindelse med andre straffbare forhold. En tung rusbruker kan for eksempel bli pågrepet for et annet straffbart forhold, og under påfølgende ransaking kan det så bli funnet mindre mengder narkotika som vil kunne føre til en anmeldelse for besittelse.

Figur 3-4: Antall anmeldte narkotikalovbrudd, 2010-2019



Kilde: SSB-tabell 08484

I 2019 ble det anmeldt i underkant av 29 000 narkotikalovbrudd, hvorav om lag 15 500 var brudd på legemiddeloven og 13 500 var brudd på straffeloven (Tabell 3-2). Riksadvokaten har uttalt at grove narkotikaforhold skal gis høy prioritet, og at det må avsettes ressurser for å avdekke slik kriminalitet (Politidirektoratet, 2019).

Tabell 3-2: Antall anmeldte narkotikalovbrudd, 2019

Type narkotikalovbrudd	Anmeldte lovbrudd
Narkotika, legemiddeloven	15 422
Bruk	8 806
Mindre besittelse	6 616
Narkotika, straffeloven	13 371
Narkotikaovertredelse	12 464
Grov narkotikaovertrredelse	907
Narkotikalovbrudd, i alt	28 793

Kilde: SSB-tabell 08484

En stor andel av narkotikalovbruddene politiet avdekker knyttet til bruk og besittelse til eget bruk avgjøres ved forelegg. Forelegg er en enkel og effektiv måte å få avgjort en straffesak på, samtidig som det er en tydelig og markert reaksjon.

En betydelig andel av narkotikalovbruddene etter legemiddeloven knytter seg til kjøring i narkotikapåvirket tilstand. Dersom en bilfører blir siktet for brudd på veitrafikkloven for kjøring i ruspåvirket tilstand, og blodprøveresultatene viser inntak av narkotika, blir det som regel opprettet en anmeldelse for bruk og besittelse etter legemiddeloven (Politidirektoratet, 2019). Illegalt bruk av metamfetamin/amfetamin, THC og benzodiazepiner er utbredt blant bilførere mistenkt for ruspåvirket kjøring. I 2019 ble det i snitt funnet 2,5 ulike stoff i blodet til bilførerne mistenkt for kjøring i ruspåvirket tilstand, og bruk av flere rusgivende stoff øker risikoen betydelig for trafikkulykker. I 2019 ble det påvist THC hos 3 042 bilførere og metamfetamin/amfetamin hos 2 409 bilførere. Totalt ble det utført analyse av andre rusmidler enn alkohol i 7 138 blodprøver (Pettersen, et al., 2020).

Narkotikalovbrudd kan medføre ulike typer straffereaksjoner, og fra Statistisk sentralbyrå har vi statistikk over alle straffereaksjoner etter hovedlovbruddstype. Type straffereaksjon er en kategorisering av de ulike straffereaksjonene basert på straffens innhold og rettsinstans. Påtalemyndighetene kan ilegge forenklet forelegg, forelegg og betinget påtaleunntatelse, mens hovedtypene av reaksjoner idømt av domstolene er bot, samfunnsstraff, betinget fengsel, ubetinget fengsel og særreaksjon eller annen type reaksjon.

Det er relativt uvanlig at bruk og besittelse til eget bruk er hovedlovbruddet i et sakskompleks, og statistikken gir derfor et konservativt anslag på antall saker hvor denne typen saker inngår. I 2018 ila påtalemyndighetene 6 876 forelegg for narkotikalovbrudd, mens straffereaksjonene idømt av domstolene fordelte seg slik: 141 saker med bot alene, 380 saker med samfunnsstraff alene, 867 saker med betinget fengsel og 1 550 saker med ubetinget fengsel (Tabell 3-3). I en del tilfeller idømmes det en kombinasjon av straffereaksjoner, for eksempel en kombinasjon av betinget og ubetinget fengsel. I 2018 var det 185 slike saker. Tabell 3-2 viser antall ulike straffereaksjoner, slik at sakene med både betinget og ubetinget fengsel kun inngår i statistikken for ubetinget fengselsstraff.

Tabell 3-3: Antall straffereaksjoner idømt av domstol, 2018

Type narkotikalovbrudd	Bot alene	Samfunnsstraff alene	Betinget fengselsstraff*	Ubetinget fengselsstraff
Narkotika, legemiddeloven	77	1	4	2
Bruk	50	0	2	1
Mindre besittelse	27	1	2	1
Narkotika, straffeloven	64	379	863	1 548
Narkotikaovertrødelse	64	301	803	994
Grovt narkotikaovertrødelse	0	78	60	554
Narkotikalovbrudd, i alt	141	380	867	1 550

Kilde: SSB-tabell 10622

* Kategorien omfatter betinget fengsel alene og betinget fengsel og bot.

** Kategorien omfatter ubetinget fengsel alene, ubetinget fengsel og bot, samt ubetinget fengsel og annen.

Tabell 3-4: Antall forelegg ilagt av påtalemyndigheten, 2018

Type narkotikalovbrudd	Antall forelegg
Narkotika, legemiddeloven	4 350
Bruk	2 539
Mindre besittelse	1 811
Narkotika, straffeloven	2 526
Narkotikaovertrødelse	2 525
Grovt narkotikaovertrødelse	1
Narkotikalovbrudd, i alt	6 876

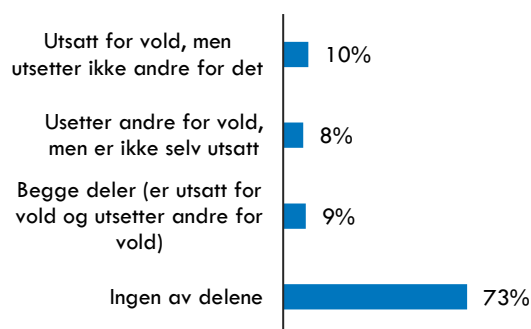
Kilde: SSB-tabell 10651

3.6.2 Vold og trusler

I tillegg til lovbrudd som klassifiseres som narkotikalovbrudd, medfører bruk og salg av narkotika også andre former for lovbrudd. Enkelte illegale rusmidler er forbundet med aggressiv og voldelig adferd, og det er også vold knyttet til narkotikamarkedet. Ordensforstyrrelser kan også knyttes til bruk av illegale rusmidler.

I BrukerPlan-kartleggingen oppga 27 prosent av tjenestemottakerne med rusproblemer at de opplever vold eller trusler i hverdagen, enten ved at de er utsatt for vold eller ved at de selv utsetter andre for vold (Figur 3-5). En andel på 9 prosent var både utsatt for vold og utsetter andre for det. Kvinner var i større grad enn menn utsatt for vold.

Figur 3-5: Andel tjenestemottakere med rusproblemer som opplever vold og trusler i hverdagen



Kilde: (Hustvedt, et al., 2020)

3.6.3 Kjøring i påvirket tilstand

Ved kjøring kort tid etter inntak av illegale rusmidler utsetter sjåføren både seg selv og andre for fare. Dersom flere bilførere kjører under påvirkning av illegale rusmidler kan dette føre til flere farlige situasjoner i trafikken. Som beskrevet i avsnitt 3.6.1 står kjøring i ruspåvirket tilstand for en betydelig andel av anmeldelsene for bruk og besittelse etter legemiddeloven.

Alkohol, narkotika og legemidler påvirker sentralnervesystemet og reduserer kjøreferdighetene, og bruk av rusmidler er i dag en av de viktigste årsakene til trafikkulykker. Antall sjåførere som blir pågrepet på grunn av mistanke om påvirkning av alkohol har ligget på rundt 6 000 per år, mens antall sjåførere påvirket av andre rusmidler enn alkohol har ligget på rundt 4 000 tilfeller per år (Oslo universitetssykehus, 2017).

3.7 Justissektoren

3.7.1 Politi

Politiets innsats knyttet til illegale rusmidler omfatter etterforskning av narkotikalovbrudd, forebyggende arbeid på skoler og i risikomiljø, samt tilstedeværelse i åpne rusmiljø. I tillegg til de lovbruddene som er direkte knyttet til narkotika, som bruk, besittelse, smugling, omsetning og kjøring i beruset tilstand, jobber politiet også med narkotikarelaterte lovbrudd. Dette omfatter hovedsakelig voldskriminalitet og vinningskriminalitet.

I Politidirektoratets kapasitetsvurdering er gjennomsnittlig tidsbruk for doping-/narkotikaovertridelser anslått til 10 timer. Gjennomsnittlig antall timer for grove doping-/narkotikaovertridelser er anslått til 572. Skjulte metoder er ikke medregnet i tidsbruken, slik at den reelle tidsbruken kan være høyere. Tidsbruken omfatter medgått tid for etterforsker, kriminaltekniker/dataetterforsker, påtalejurist og sivil straffesaksstøtte (Politidirektoratet, 2019). I doping-/narkotikasakene utføres en stor andel av arbeidet av etterforskere, og som en forenkling legger vi til grunn at 80 prosent av arbeidet utføres av etterforsker og 20 prosent av påtalejurist.

Fra Politidirektoratets ressursanalyse har vi anslag på årsverkskostnader for ulike stillinger i politiet. I 2018 var årsverkskostnaden (lønn og sosiale kostnader) for en politibetjent 1 046 000 kroner og for en påtalejurist 1 287 900 kroner (2018-kroner) (Politidirektoratet, 2019). Vi legger til grunn at et årsverk utgjør 1 695 timer. Når vi justerer årsverkskostnaden til 2019-kroner, gir dette en kostnad per arbeidstime på 631 kroner for en politibetjent og 777 kroner for en påtalejurist (Tabell 3-5). Vi legger på et påslag på 20 prosent for å ta høyde for sykefravær, interntid, opplæring og lignende. Gitt gjennomsnittlig tidsbruk for narkotikaovertridelser fra Politidirektoratets kapasitetsvurdering, gir dette en kostnad på om lag 7 900 kroner per doping-/narkotikaovertridelse og 453 000 kroner per grove doping-/narkotikaovertridelse.

Tabell 3-5: Årsverkskostnad politibetjent og påtalejurist

Type personell	Kostnad per årsverk (2019-kroner)	Kostnad per arbeidstime (2019-kroner)
Politibetjent	1 069 012	631
Påtalejurist	1 316 234	777

Kilde: (Politidirektoratet, 2019). Tallene er basert på anslag for årsverkskostnad i 2018, konsumprisjustert til 2019-kroner.

I tillegg til de direkte kostnadene ved anmeldte narkotikalovbrudd, kommer kostnader knyttet til tilstedeværelse i åpne miljøer og forebyggende tiltak (for eksempel skolebesøk). Det er i dag en prioritert del av politiets arbeid å jobbe med ungdomsmiljøer for å forebygge og hindre rusmisbruk, salg av narkotika, vold, gjengdannelse og annen kriminalitet (Politiets Kriminalitetsforebyggende Forum, 2020).

3.7.2 Domstolene

Den vanligste reaksjonen når en person blir tatt for bruk eller besittelse av illegale rusmidler til eget bruk, er forelegg. I enkelte saker, hovedsakelig dersom saken inngår i et sakskompleks med flere andre saker, kan påtalemyndighetene velge å gå til retten.

En del av narkotikalovbruddene som tas til retten er relativt enkle saker, og noen av disse avgjøres ved tilståelsesdom. En tilståelsessak behandles av én dommer, og i tillegg er et rettsvitne til stede. Siktete har som regel ikke krav på forsvarer på det offentlige regning i disse sakene. Dersom politiet foreslår en straff på mer enn seks måneder, skal det derimot oppnevnes en forsvarer. Det er ingen faste regler for om politiet skal møte i saken.

I en rapport utarbeidet på oppdrag fra Rusreformutvalget har Oslo Economics tidligere beregnet domstolenes kostnader ved narkotikalovbrudd knyttet til bruk og besittelse. Kostnad per tilståelsessak ble anslått til å være 4 500 kroner, mens kostnad for de øvrige sakene knyttet til bruk og besittelse ble anslått til å være 33 000 kroner (Oslo Economics, 2019).

3.7.3 Kriminalomsorgen

Kostnader for kriminalomsorgen knyttet til narkotikalovbrudd omfatter kostnader ved fengselsstraff og alternative straffereaksjoner.

Fengsel

I 2018 var gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff for narkotikalovbrudd 343 dager. Det var stor variasjon i lengden på fengselsstraffen mellom de ulike typene narkotikalovbrudd, fra en gjennomsnittlig varighet på 14 dager for mindre besittelse (legemiddeloven) til 827 dager for grov narkotikaovertridelse (straffeloven) (Tabell 3-6). Sakene der brudd på legemiddeloven er oppgitt som hovedlovbruddstype, er trolig saker der dette inngår som del av et sakskompleks bestående av flere saker. Dersom en reaksjon er forårsaket av flere lovbrudd, registreres den med lovbruddet som etter loven kan medføre strengest straff. Personer som soner en fengselsdom for narkotikalovbrudd utgjør om lag 25 prosent av personene som soner en fengselsdom (SSB-tabell 10531).

Tabell 3-6: Gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff, 2018

Type narkotikalovbrudd	Gjennomsnittlig ant. dager ubetinget fengselsstraff
Narkotika, legemiddeloven	19
Bruk	24
Mindre besittelse	14
Narkotika, straffeloven	343
Narkotikaovertrødelse	74
Grov narkotikaovertrødelse	827
Narkotikalovbrudd, i alt	343

Kilde: SSB-tabell 10651

Dersom vi legger til grunn antallet saker der narkotikalovbrudd er hovedlovbruddstypen og ubetinget fengselsstraff var en del av straffereaksjonen (Tabell 3-6), samt gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff for narkotikalovbrudd (Tabell 3-6), får vi et anslag på årlig antall idømte dager fengselsstraff knyttet til narkotikalovbrudd. Antall ubetingede fengselsdøgn var 24 døgn for bruk etter legemiddeloven, 14 døgn for mindre besittelse etter legemiddeloven, 73 556 døgn for narkotikaovertrødelse etter straffeloven og 458 158 døgn for grov narkotikaovertrødelse etter straffeloven. Totalt antall fengselsdøgn for narkotikalovbrudd var om lag 532 000 døgn, hvorav 38 var i saker der bruk og mindre besittelse var hovedlovbruddet.

En del av fengselsdøgnene blir sonet i årene etter den strafferettslige avgjørelsen, men på samme måte vil det hvert år bli sonet en del soningsdøgn som har blitt idømt tidligere år. Vi legger derfor antall idømte fengselsdøgn i 2018 som estimat for antall sonede døgn samme år.

I rapporten utarbeidet av Oslo Economics på oppdrag fra Rusreformutvalget, er det beregnet at gjennomsnittlig enhetskostnad per fengselsdøgn er 3 416 kroner (med et usikkerhetsspenn på +/- 20 prosent) (Oslo Economics, 2019). Det er trolig stor variasjon i kostnaden per fengselsdøgn per innsatt, og kostnaden per fengselsdøgn kan være høyere enn gjennomsnittet for personer med rusproblemer. Det er imidlertid ikke hensyntatt i kostnadsestimatet, og estimatet er derfor trolig et konservativt estimat.

Alternative straffereaksjoner

Som beskrevet i avsnitt 2.4.3 eksisterer det flere alternative straffereaksjoner ved lovbrudd knyttet til

narkotika. Ungdomskontrakt er en slik alternativ reaksjonsform, men det eksisterer lite statistikk som kan belyse omfanget av bruken av ungdomskontrakter. I 2018 var det 1 200 narkotikalovbrudd der betinget påtaleunntatelse var straffereaksjonen (SSB-tabell 10622). Ungdom i alderen 15-20 år utgjorde i overkant av 70 prosent av personene som fikk betinget påtaleunntatelse i forbindelse med rusmiddelovbrudd (SSB-tabell 10624). Dersom vi legger denne andelen til grunn for å beregne antall påtaleunntatelser for narkotikalovbrudd for ungdom, finner vi at dette utgjør om lag 870 saker i året.

I forbindelse med rapporten Oslo Economics utarbeidet på oppdrag fra Rusreformutvalget ble det anslått at kostnaden per ungdom med ungdomskontrakt spenner fra 21 200 kroner til 55 000 kroner avhengig av hvor omfattende oppfølgingen er (Oslo Economics, 2019).

3.7.4 Tolletaten

Tolletaten skal sikre at lover og regler for grensekryssende vareførsel blir fulgt, og skal blant annet motvirke ulovlig innførsel og utførsel av varer. I 2019 gjorde Tolletaten 3 736 narkotikabeslag (Tolletaten, 2020). Tolletaten påpeker i sin årsrapport for 2019 at de ser en kobling mellom ulovlig innførsel av narkotika og andre varer og tunge kriminelle nettverk. Den kriminelle virksomheten innebærer svart økonomi og ofte annen grov kriminalitet, herunder alvorlig voldskriminalitet.

Fra rapporten Oslo Economics utarbeidet på oppdrag fra Rusreformutvalget, har vi et anslag på at Tolletatens årlige ressursbruk knyttet til narkotika utgjør 63 årsverk. Lønnsutgifter inkludert sosiale utgifter per utførte årsverk var 798 601 kroner i 2019 (Tolletaten, 2020). Vi legger videre til et påslag på 20 prosent for å ta høyde for sykefravær, interntid, oppløring med videre. Dette gir et anslag på 60,4 millioner kroner årlig. Med et usikkerhetsanslag på +/- 20 prosent får vi da et usikkerhetsspenn på 48,3 til 72,5 millioner kroner.

4. Mulige konsekvenser av økt bruk av illegale rusmidler

For å illustrere hvordan samfunnskostnadene endrer seg som følge av endret bruk, har vi etablert scenarioer for endringer i bruk. Scenarioene tar utgangspunkt i andel brukere av cannabis, kokain, andre sentralstimulerende stoffer og opioider i EU og USA. Med utgangspunkt i scenarioene belyser vi hvordan økt bruk av illegale rusmidler kan påvirke brukerne selv gjennom økt sykdomsbyrde og redusert deltakelse i utdanning og arbeidsliv, økt belastning for pårørende og i helsetjenesten, samt økt arbeidsmengde for politi, domstoler og kriminalomsorgen.

Det eksisterer lite informasjon om hvor hyppig og hvor mye rusmidler dagens brukere bruker, og vi har derfor i analysene valgt å fokusere på hvilke kostnader som oppstår dersom flere begynner å bruke illegale rusmidler. Vi estimerer kostnadene ved dagens nivå og for fire ulike scenarioer. Tre av scenarioene er basert på bruken av illegale rusmidler i EU, mens det fjerde er basert på bruken i USA.

I analysen skiller vi mellom konsekvensene knyttet til økt bruk av cannabis og økt bruk av andre illegale rusmidler. Bruken av cannabis er langt høyere enn andre illegale rusmidler, og i en del land er cannabis avkriminalisert. Dette innebærer at datagrunnlaget for å si noe om konsekvensene av cannabisbruk er bedre enn for andre illegale rusmidler.

4.1 Metode

4.1.1 Grupper av illegale rusmidler og brukergrupper

I analysen fokuserer vi på fire grupper av illegale rusmidler: cannabis, kokain, sentralstimulerende stoffer (amfetaminer, MDMA, ecstasy etc.) og opioider. Gruppene er valgt fordi det er disse stoffene vi har best dokumentasjon på utbredelse av bruk av. De fire gruppene vi inkluderer i analysen står for 92 prosent av personene som fikk behandling i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer/avhengighet i 2019.

Vi har delt brukerne inn i fire brukergrupper basert på FHIs datakategorier for bruk av narkotika:

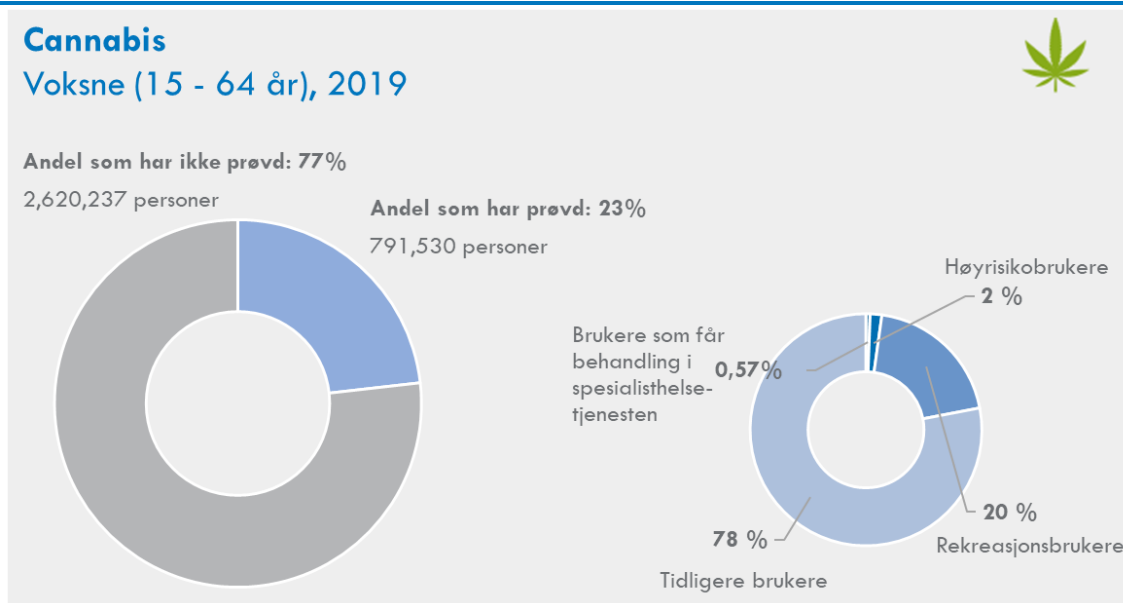
- tidligere brukere,
- rekreasjonsbrukere,
- høyrisikobrukere og
- brukere som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten (se avsnitt 2.2.4).

Det er overlapp mellom kategoriene rekreasjonsbrukere og høyrisikobrukere. Dette betyr at rekreasjonsbrukere også omfatter personene som inngår i gruppen høyrisikobrukere. Anslaget på antall personer som er rekreasjonsbrukere er derfor et øvre anslag. Det er ikke overlapp for de andre brukergruppene. I kostnadsanalysen legger vi som en forenkling hovedsakelig til grunn at det ikke er kostnader knyttet til tidligere brukere og rekreasjonsbrukere, og de overlappende kategoriene medfører ikke en dobbelttelling av kostnader. I realiteten kan det oppstå eller ha oppstått kostnader også for disse gruppene, for eksempel knyttet til ulykker og voldshendelser.

Fra FHI har vi anslag på andel personer som har prøvd cannabis noen gang og andel personer som har brukt cannabis siste tolv måneder (rekreasjonsbrukere) i perioden 2012 til 2019. FHI har også tilsvarende anslag for kokain, andre sentralstimulerende midler og amfetaminer i perioden 2013 til 2019 (Folkehelseinstituttet, 2019). Basert på disse anslagene og befolkningsstatistikk fra SSB har vi beregnet antall brukere i de ulike brukergruppene og for de ulike gruppene av narkotika.

Anslaget på antall høyrisikobrukere av cannabis er også basert på informasjon fra FHI. FHI har statistikk for høyrisiko cannabisbruk i perioden 2012 til 2017, tre års glidende gjennomsnitt per 1 000 innbyggere mellom 16 og 64 år. Basert på befolkningsstatistikk fra SSB har vi beregnet hvor mange personer dette utgjorde hvert år i perioden 2012 til 2016, og deretter hvor stor andel disse utgjorde av personer som har prøvd cannabis noen gang. Vi har brukt den gjennomsnittlige andelen i perioden 2013 til 2016 for å beregne antall høyrisikobrukere av cannabis i 2017, 2018 og 2019. Figur 4-1 viser dagens fordeling mellom ulike brukergrupper for cannabis.

Figur 4-1: Fordeling mellom ulike brukergrupper, cannabis



For kokain og andre sentralstimulerende stoffer har FHI et anslag på antall høyrisikobrukere i 2013. Disse brukerne utgjorde 3,6 prosent og 9,0 prosent av det totale antallet som oppgir at de har prøvd henholdsvis kokain og andre sentralstimulerende stoffer. Vi legger denne andelen til grunn for å finne antall høyrisikobrukere i årene frem til og med 2019.

Anslaget for høyrisikobrukere av opioider er basert på FHIs anslag i perioden 2010 til 2012. Vi har beregnet hvor stor andel denne gruppen utgjorde av befolkningen i den aktuelle aldersgruppen (16-64 år), og lagt denne andelen til grunn for å beregne antall høyrisikobrukere av opioider i årene frem til og med 2019. Anslaget inkluderer ikke pasienter i LAR-behandling.

Antall personer som mottar behandling er basert på FHIs oversikt over pasienter med hoveddiagnose avhengighet av narkotika og beroligende legemidler i TSB og psykisk helsevern i perioden 2010 til 2016. Vi har beregnet hvor stor andel disse personene utgjorde av høyrisikobrukerne i perioden 2010 til 2016, og lagt den gjennomsnittlige andelen til grunn for anslaget på antall brukere i 2018 og 2019.

4.1.2 Scenarier for endret antall brukere

For å illustrere hvordan samfunnskostnadene endrer seg som følge av endret bruk, har vi etablert scenarier for endringer i bruk. Det er mulig å tenke seg flere måter å gjøre dette på, for eksempel at andelen av befolkningen som har brukt de ulike rusmidlene øker med et gitt antall prosentpoeng. Utfordringen med denne tilnærmingen er at andelen av befolkningen som har prøvd de ulike rusmidlene varierer betydelig på tvers av rusmidlene. Dersom vi

ser for oss et scenario der vi tok utgangspunkt i at andelen som har prøvd de ulike rusmidlene noen gang øker med 5 prosentpoeng, betyr dette at andelen som har brukt cannabis noen gang går fra om lag 23 til 28 prosent, mens andelen som har prøvd kokain går fra 5 til 10 prosent. Med en slik tilnærming ville det vært svært ulike scenarioene vi analyserte avhengig av hvilket rusmiddel vi så på, og det er vanskelig å se for seg at det er realistisk med samme endring i prosentpoeng for alle rusmidler.

For å kunne bruke samme tilnærming på tvers av de ulike rusmidlene, har vi valgt å basere scenarioene på statistikk over bruken av illegale rusmidler i EU og USA. Scenarioene tar utgangspunkt i andel brukere av cannabis, kokain, andre sentralstimulerende stoffer og opioider i EU og USA.

Statistikken for EU-scenarioene er hentet fra *European drug report 2020* (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020), der vi ekskluderer EØS-land og Tyrkia fra analysen. Statistikken for USA-scenarioet er hentet fra *2019 National Survey on Drug Use and Health – Annual National Report* (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

Basert på den ovennevnte statistikken har vi laget fire scenarier med utgangspunkt i andel av befolkningen som har prøvd de ulike rusmidlene noen gang. Vi har laget scenarier for EU-land i kvartilen av land med lavest bruk, i EU samlet sett, i EU-land i kvartilen av land med høyest bruk og i USA. Scenarioene som er lagt til grunn i analysen er oppsummert i listen under:

- EU – Lavt: Gjennomsnittlig andel personer som har prøvd ulike illegale rusmidler noen gang i EU-land

- i kvartilen av land med lavest bruk (nedre fjerdedel)
- EU – Gjennomsnitt: Gjennomsnittlig andel personer som har prøvd ulike illegale rusmidler noen gang i EU samlet sett
 - EU – Høyt: Gjennomsnittlig andel personer som har prøvd ulike illegale rusmidler noen gang i EU-land i kvartilen av land med høyest bruk (øvre fjerdedel)
 - USA: Gjennomsnittlig andel personer som har prøvd ulike illegale rusmidler noen gang i USA

For hvert scenario har vi brukt andelen personer i befolkningen som har prøvd de ulike rusmidlene noen gang for å beregne hvor mange personer dette ville tilsvare i Norge. For hvert rusmiddel har vi så

beregnet hvor stor andel de ulike brukergruppene utgjør av gruppen som har prøvd rusmiddelet noen gang. Vi har lagt disse andelenene til grunn for å beregne hvor mange personer det vil være i hver av brukergruppene i de ulike scenarioene. Antall tidligere brukere er beregnet ved å trekke antallet rekreasjonsbrukere fra antall personer som har prøvd noen gang. Scenarioene viser altså antall brukere i Norge gitt andelen brukere fra ulike land, og ikke antall brukere i landene som er lagt til grunn i hvert scenario. Tabell 4-1 viser hvor stor andel av befolkningen rekreasjonsbrukerne utgjør i de ulike scenarioene, mens Tabell 4-2 viser endring i antall rekreasjonsbrukere sammenlignet med dagens nivå for de ulike illegale rusmidlene.

Tabell 4-1: Andel rekreasjonsbrukere av ulike rusmidler i befolkningen mellom 16 og 64 år

	Norge i dag	EU - Lavt	EU – Gjennomsnitt	EU - Høyt	USA
Cannabis	5,1 %	1,7 %	6,0 %	7,6 %	8,5 %
Kokain	1,2 %	0,2 %	1,2 %	1,8 %	2,9 %
Sentralstimulerende stoffer	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,0 %	1,1 %
Opioider*	0,6 %	0,2 %	0,8 %	1,5 %	3,7 %

*For opioider legger vi til grunn at alle brukere er enten høyrisikobrukere eller mottar behandling, og tabellen viser endring i disse gruppene samlet

Tabell 4-2: Prosentvis endring i antall rekreasjonsbrukere av ulike rusmidler sammenlignet med dagens nivå

	EU - Lavt	EU – Gjennomsnitt	EU - Høyt	USA
Cannabis	-67%	17 %	50 %	67 %
Kokain	-87%	4 %	54 %	143%
Sentralstimulerende stoffer	-78%	18 %	106%	70 %
Opioider*	-59 %	45 %	153 %	530 %

*For opioider legger vi til grunn at alle brukere er enten høyrisikobrukere eller mottar behandling, og tabellen viser endring i disse gruppene

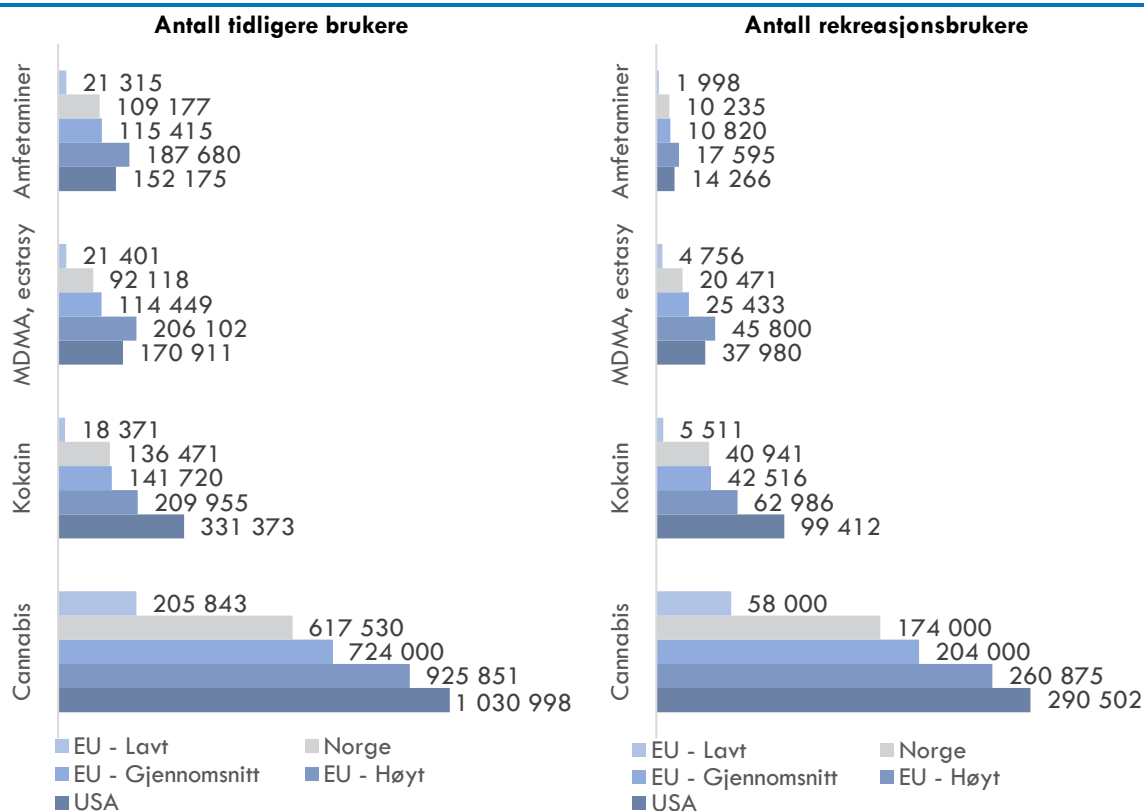
Antall personer i de ulike brukergruppene for de ulike scenarioene er vist i Figur 4-2 og Figur 4-3.

Antall tidligere brukere av illegale rusmidler i Norge i dag ligger lavere enn alle scenarioene med unntak av scenarioet EU – Lavt (Figur 4-2, venstre panel). Antall rekreasjonsbrukere av cannabis i dag er anslått til å være 174 000, mens det estimerte antallet i

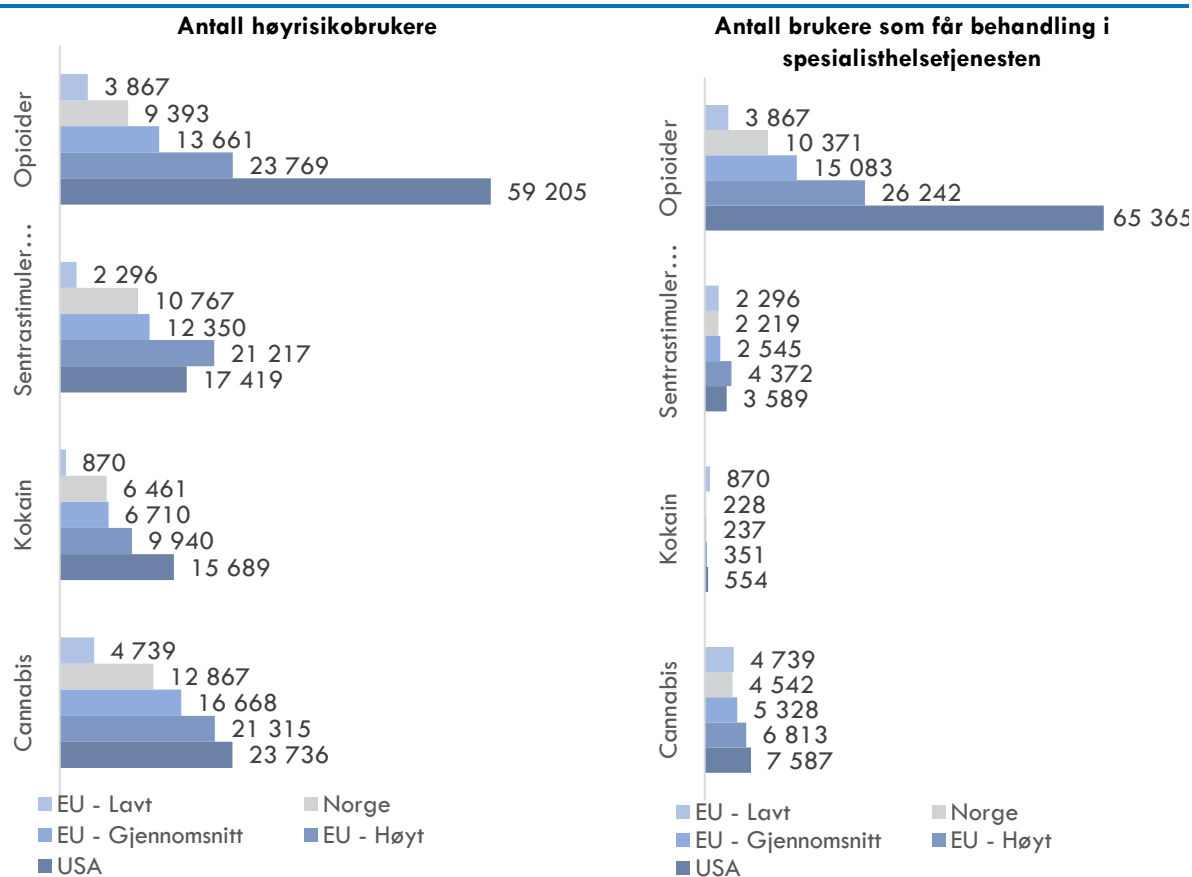
scenarioet EU – Gjennomsnitt er 204 000 brukere (Figur 4-2, høyre panel).

Antall høyrisikobrukere og antall brukere som får behandling skiller seg fra anslagene for antall tidligere brukere og rekreasjonsbrukere ved at hovedvekten av brukerne bruker opioider (Figur 4-3).

Figur 4-2: Antall tidligere brukere og rekreasjonsbrukere i de ulike scenarioene



Figur 4-3: Antall høyrisikobrukere og brukere som får behandling i de ulike scenarioene



Merknad: Sentralstimulerende stoffer omfatter MDMA/ecstasy og amfetamin

4.1.3 Kostnader knyttet til nye brukere

For en del av personene som i dag bruker illegale rusmidler bidrar andre bakenforliggende forhold til at de utfordringene de har, og problemer knyttet til rusbruken kan både være en «direkte» effekt og en konsekvens av at den har forsterket annen underliggende sykdom. Hvis bruken øker vil de nye brukere være likere «normalbefolkningen», og vi har derfor lagt grunn at de personene som kommer til som nye brukere i noe mindre grad enn dagens brukere får de samme helse- og arbeidslivsrelaterte problemene som dagens brukere, og kostnadene for samfunnet for de nye brukerne vil derfor trolig være noe lavere enn for dagens brukere.

For å ta hensyn til at de nye brukerne har andre kjennetegn og risikoer enn dagens brukere, har vi derfor lagt til grunn at helsetapet per nye bruker er halvparten av helsetapet for dagens brukere. Vi har gjort et unntak for opioidbrukere, og for disse brukerne har vi lagt til grunn at helsetapet er det samme som for dagens brukere. De samme antagelsene er gjort for pårørendes helsetap.

For politiet, domstolene og kriminalomsorgen har vi lagt til grunn at den gjennomsnittlige kostnaden per nye bruker er halvparten av gjennomsnittlig kostnad for dagens brukere. Vi har videre lagt til grunn at gjennomsnittlig produksjonstap per nye bruker av illegale rusmidler er halvparten av gjennomsnittlig produksjonstap for dagens brukere.

I helsetjenesten har vi lagt til grunn at kostnaden for de nye brukerne er de samme som for dagens brukere.

4.2 Resultater

Det er usikkerhet knyttet til kostnadsestimatene for de ulike scenarioene. Dette skyldes både at en del av estimatene av antall brukere er usikre, og at det for en del beregninger har vært utfordrende å finne relevante og sikre kostnadstall. Det bør derfor legges til grunn et usikkerhetsintervall på +/- 20 prosent for alle anslagene.

4.2.1 Sykdomsbyrde

Bruk av illegale rusmidler medfører et betydelig helsetap som skyldes både for tidlig død og tapt helserelatert livskvalitet. Kostnaden forbundet med tapt livskvalitet er ikke noe samfunnet registrerer i offentlige budsjetter, men anses likevel å ha en verdi.

Vi legger til grunn en verdi på 1,32 millioner 2019-kroner for et godt leveår. Helsetapet forbundet med cannabisbruk utgjorde 424 helsetapsjusterte leveår i

2019 (usikkerhetsintervall: 245-660). Målt i kroner utgjorde helsetapet forbundet med cannabis dermed om lag 560 millioner kroner (Tabell 4-3). Det samlede helsetapet forbundet med bruk av opioider, kokain og amfetamin var 18 705 helsetapsjusterte leveår (usikkerhetsintervall: 15 346-22 750)⁴. Dette tilsvarer en verdi på 24,7 milliarder kroner.

For å beregne helsetapet i de ulike scenarioene, har vi regnet ut gjennomsnittlig helsetap for dagens høyrisikobrukere og brukere som får behandling. Dette har vi gjort for å kunne modellere hvordan sykdomsbyrden endrer seg i de ulike scenarioene, og antagelsen er ikke basert på at det kun er disse brukerne som opplever et helsetap som følge av bruk av illegale rusmidler. Videre har vi lagt til grunn at brukerne som kommer til i disse gruppene har et helsetap som er halvparten så stort som dagens brukere. For opioidbrukerne har vi lagt til grunn at brukerne som kommer til har samme helsetap som dagens opioidbrukere.

Scenarioene viser at en endring i bruken av illegale rusmidler fører til betydelige endringer i helsetap. Økt bruk medfører store tap for samfunnet, og dette gjelder både for cannabisbruk og bruk av andre illegale rusmidler. Dersom vi ser for oss at bruken av cannabis i Norge øker til nivået i scenarioet «EU – gjennomsnitt», øker sykdomsbyrden fra 560 millioner kroner til 633 millioner kroner, en økning på i overkant av 13 prosent (Tabell 4-3). Dersom vi ser for oss det samme for andre illegale rusmidler, øker sykdomsbyrden fra 24,7 milliarder kroner til 34,6 milliarder kroner. Dette tilsvarer en økning på i underkant av 40 prosent.

Tabell 4-3: Sykdomsbyrden ved bruk av illegale rusmidler for brukerne, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler*
Dagens nivå	560	24 691
EU – lav	201	9 396
EU – gjennomsnitt	633	34 563
EU – høy	732	58 695
USA	783	139 451

Analyse: Oslo Economics

* Opioider, kokain og amfetamin

For å illustrere sykdomsbyrden for pårørende, har vi lagt til grunn at deres helsetap tilsvarer 3 prosent av helsetapet for brukerne av illegale rusmidler. Dette anslaget er forbundet med betydelig usikkerhet, men

⁴ Sykdomsbyrden knyttet til «other drug use disorders» er ikke inkludert, og anslaget fanger derfor ikke all bruk.

vi opplever det som ufullstendig hvis vi ikke synliggjør kostnaden for de pårørende. Metoden for å modellere sykdomsbyrden for pårørende i de ulike scenarioene er den samme som for brukerne. Basert på disse antagelsene finner vi at helsetapet for pårørende målt i kroner er 17 millioner for pårørende til cannabisbrukere og 741 millioner for pårørende til brukere av øvrige illegale rusmidler (Tabell 4-7).

Tabell 4-4: Sykdomsbyrden ved bruk av illegale rusmidler for pårørende, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler
Dagens nivå	17	741
EU – lav	6	282
EU – gjennomsnitt	19	1 037
EU – høy	22	1 761
USA	24	4 184

Analyse: Oslo Economics

4.2.2 Deltakelse i arbeidsliv og utdanning

Bruk av illegale rusmidler kan medføre redusert deltakelse i arbeidsliv og utdanning, samt redusert produktivitet på jobb.

Vi har utarbeidet et anslag for å illustrere produksjonstapet knyttet til redusert deltakelse i arbeidslivet som følge av bruk av illegale rusmidler. Vi knytter produksjonstapet til opioidbrukere og brukerne som får behandling i spesialisthelsetjenesten og regner ut gjennomsnittlig produksjonstap brukerne i disse gruppene. Vi legger til grunn at blant brukerne som får behandling i spesialisthelsetjenesten og alle opioidbrukere er det 10 prosent som ikke deltar i arbeidslivet, men som ville deltatt dersom de ikke hadde brukt illegale rusmidler. Vi anslår det årlige produksjonstapet for hver person som ikke deltar i arbeidslivet er 627 000 kroner (se avsnitt 3.2). Dette gir et produksjonstap på 1,7 milliarder kroner gitt dagens nivå.

For brukerne som kommer til, legger vi til grunn at produksjonstapet er halvparten av produksjonstapet for dagens brukere. I scenarioet «EU – gjennomsnitt» gir dette et produksjonstap på i underkant av 2 milliarder kroner, noe som tilsvarer en økning på 19 prosent sammenlignet med dagens nivå.

Tabell 4-5: Kostnadene knyttet til redusert arbeidsdeltakelse på grunn av narkotikabruk, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler
Dagens nivå	285	1 393
EU – lav	95	542
EU – gjennomsnitt	309	1 685
EU – høy	356	2 412
USA	380	4 732

Analyse: Oslo Economics

I tillegg til produksjonstapet knyttet til illegale rusmidler som følge av redusert deltakelse i arbeidslivet, er det trolig også et produksjonstap knyttet til sykefravær og redusert produktivitet som følge av bruk av illegale rusmidler. Anslagene vi har utarbeidet tar ikke hensyn til dette produksjonstapet og kan derfor anses som et konservativt anslag. Selv en liten endring i antall personer som har et produksjonstap som følge av bruk av illegale rusmidler, kan medføre et stort produksjonstap og betydelige samfunnskostnader.

4.2.3 Helsetjenesten

Som beskrevet i avsnitt 3.4 og 3.5 finnes det en rekke tiltak og behandlingsopplegg for personer som bruker illegale rusmidler. Det finnes tilbud i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og innsatte i fengsel skal få tilbud om helsetjenester på lik linje som befolkningen for øvrig.

Primærhelsetjenesten og kommunale tilbud

Som beskrevet i avsnitt 3.4 er kommunenes brutto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer 2,9 milliarder kroner. Dette omfatter også tilbud utover helsetjenesten som dagtilbud, aktivitetssentre og boligtilbud.

For å anslå hvordan kostnadene i primærhelsetjenesten vil endre seg som følge av endret bruk, legger vi til grunn at alle høyriskobrukere av cannabis, kokain og andre sentralstimulerende stoffer, samt alle brukere av opioider medfører en kostnad på 107 000 kroner. Det er ikke kun disse gruppene som har behov for tjenester fra kommunen på grunn av rusproblemer, men en stor andel av kostnadene vil trolig være knyttet til disse brukergruppene. Antagelsen er gjort for å kunne modellere utviklingen i kostnader i ulike scenarioer. I virkeligheten mottar trolig brukere i alle de fire brukergruppene tjenester fra kommunen på grunn av narkotikabruk.

Basert på disse antagelsene finner vi at kommunenes kostnader til tjenester til cannabisbrukere i dag utgjør om lag 486 millioner kroner, mens kostnadene for tilbud til brukere av andre rusmidler utgjør 2,4 milliarder kroner (Tabell 4-6). Dersom bruken øker til nivået i scenarioet «EU – gjennomsnitt», gir dette en kostnadsøkning for cannabisbruk på 84 millioner kroner. Dette er en økning på 17 prosent. For øvrige rusmidler vil kostnadene i primærhelsetjenesten i dette scenarioet være om lag 997 millioner kroner høyere enn i dag, og dette tilsvarer en økning på om lag 40 prosent.

Tabell 4-6: Kostnadene for primærhelsetjenesten knyttet til narkotikabruk, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler
Dagens nivå	486	2 377
EU – lav	162	924
EU – gjennomsnitt	570	3 373
EU – høy	729	5 857
USA	812	13 772

Analyse: Oslo Economics

Spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet i avsnitt 3.5 legger vi til grunn en gjennomsnittlig enhetskostnad på om lag 111 000 kroner per pasient som får behandling i spesialisthelsetjenesten på grunn av narkotikaproblemer. Gitt dagens nivå gir dette en kostnad på om lag 504 millioner kroner for cannabisbruk og 1,4 milliarder for andre illegale rusmidler (Tabell 4-6).

For å beregne hvordan kostnadene i spesialisthelsetjenesten vil endre seg som følge av endret bruk av illegale rusmidler, har vi brukt samme tilnærming som for kostnadene i primærhelsetjenesten. Vi lagt til grunn gjennomsnittskostnaden per pasient som får behandling i TSB og psykisk helsevern for de nye personene som kommer til i kategorien brukere som får behandling i spesialisthelsetjenesten, og denne er i underkant av 111 000 kroner.

Dersom bruken av cannabis i Norge utvikler seg til samme nivå som i scenarioet «EU – gjennomsnitt», vil kostnadene i spesialisthelsetjenesten øke fra 504 millioner kroner til 591 millioner kroner, en økning på om lag 17 prosent. For det samme scenarioet med øvrige illegale rusmidler øker kostnadene fra 1,4 milliarder til nesten 2,0 milliarder kroner. Dette tilsvarer en kostnadsøkning på om lag 40 prosent.

Tabell 4-7: Kostnadene for spesialisthelsetjenesten knyttet til narkotikabruk, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler
Dagens nivå	504	1 421
EU – lav	168	529
EU – gjennomsnitt	591	1 981
EU – høy	756	3 434
USA	841	7 708

Analyse: Oslo Economics

4.2.4 Politi, domstoler og kriminalomsorg

Politi

Politiets ressursbruk knyttet til narkotikasaker er betydelig, og i 2017 utgjorde doping-/narkotikaovertridelser i overkant av 11 prosent av straffesakene som ble registrert av politiet. Grove doping-/narkotikaovertridelser var saks kategorien med høyest gjennomsnittlig tidsbruk etter kategorien «drap og drapsforsøk» (Politidirektoratet, 2019).

Tabell 4-8: Antall anmeldte narkotikalovbrudd, 2019

Type narkotikalovbrudd	Anmeldte lovbrudd
Narkotika, legemiddeloven	15 422
Bruk	8 806
Mindre besittelse	6 616
Narkotika, straffeloven	13 371
Narkotikaovertridelse	12 464
Grov narkotikaovertridelse	907
Narkotikalovbrudd, i alt	28 793

Kilde: SSB-tabell 08484

Vi legger til grunn at politiets ressursbruk utgjør om lag 7 900 kroner per doping-/narkotikaovertridelse og 453 000 kroner per grove doping-/narkotikaovertridelse. I 2019 ble det anmeldt 28 793 narkotikalovbrudd, hvorav 907 var grove narkotikaovertridelser etter straffeloven (Tabell 3-2). Vi kjenner ikke til at det finnes informasjon om hvilke rusmidler sakene er knyttet til, og i en del tilfeller gjelder sakene trolig en kombinasjon av flere rusmidler. Som en forenkling har vi derfor fordelt politiets kostnader ved de anmeldte lovbruddene på samtlige høyrisikobrukere og brukere i behandling og funnet gjennomsnittlig kostnad per bruker. For de nye brukerne antar vi at gjennomsnittskostnaden per bruker er halvparten av gjennomsnittskostnaden for

dagens brukere. I realiteten er ikke lovbruddene kun knyttet til høyrisikobrukere og brukere i behandling, men vi bruker antagelsen for å modellere hvordan antall anmeldte narkotikalovbrudd og politiets kostnader kan endre seg ved endringer i bruk.

Med dagens bruk av illegale rusmidler er politiets kostnader knyttet til narkotikalovbrudd om lag 758 millioner kroner (Tabell 4-9). Skjulte metoder er ikke medregnet i anslaget for tidsbruk, og den reelle tidsbruken og kostnaden er derfor høyere. Dersom bruken av illegale rusmidler utvikler seg slik at den tilsvarer nivået i scenarioet «EU – gjennomsnitt», kan kostnadene for politiet øke med 105 millioner kroner gitt våre antakelser – det vil si en økning på 14 prosent. Det er imidlertid vanskelig å forutse hvordan utviklingen i narkotikalovbrudd vil være som følge av økt bruk, og det er for eksempel ikke sikkert at utviklingen i ikke-grove og grove narkotikalovbrudd vil være den samme. Det er også usikkert hvordan politiet vil velge å prioritere sin ressursbruk.

Tabell 4-9: Kostnadene for politiet knyttet til narkotikalovbrudd, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler
Dagens nivå	232	526
EU – lav	83	157
EU – gjennomsnitt	263	600
EU – høy	304	835
USA	325	1 342

Analyse: Oslo Economics

Domstolene

Det er stor variasjon i domstolenes ressursbruk ved narkotikalovbrudd. En del saker avgjøres ved tilståelsesdom og er lite ressurskrevende, mens grove narkotikalovbrudd kan medføre en betydelig ressursbruk. Ressursbruken for en tilståelsesdom for bruk er anslått til å være 4 500 kroner, mens ressursbruken for en relativt enkel sak er anslått til å være 33 000 kroner (se avsnitt 3.7.2). For å beregne kostnadene knyttet til saker som behandles av domstolene, legger vi anslaget på 33 000 kroner til grunn for alle sakene. En del av sakene vil medføre betydelig høyere kostnader. Antall narkotikalovbrudd som ble behandlet i domstolene i 2018 var 2 938 (Tabell 3-3).

Vi kjenner ikke til at det finnes informasjon om hvilke rusmidler sakene er knyttet til, og i en del tilfeller gjelder sakene trolig en kombinasjon av flere rusmidler. For å anslå hvordan kostnadene tilknyttet domstolene i forbindelse med narkotikalovbrudd vil

endre seg som følge av endret bruk, beregner vi gjennomsnittlig domstolskostnad for dagens høyrisikobrukere og brukere i behandling. Dette er ikke fordi det kun er disse brukerne som begår narkotikalovbrudd som tas til domstolene, men vi bruker antagelsen for å kunne modellere utviklingen i kostnader i ulike scenarioer. For de nye brukerne antar vi at gjennomsnittskostnaden per bruker er halvparten av gjennomsnittskostnaden for dagens brukere.

Basert på disse konservative anslagene finner vi at dagens kostnader ved narkotikalovbrudd som tas til domstolene er 97 millioner kroner (Tabell 4-10). Dersom bruken av illegale rusmidler øker til nivået i scenarioet «EU – gjennomsnitt», øker kostnadene knyttet til domstolene med 13 millioner kroner. Dette er en kostnadsøkning på 14 prosent.

Tabell 4-10: Kostnadene for domstolene knyttet til narkotikalovbrudd, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler
Dagens nivå	30	67
EU – lav	11	20
EU – gjennomsnitt	34	77
EU – høy	39	107
USA	42	172

Analyse: Oslo Economics

Kriminalomsorgen

Kostnadene knyttet til narkotikalovbrudd er betydelige for kriminalomsorgen. I 2018 var gjennomsnittlig antall dager ubetinget fengselsstraff for narkotikalovbrudd 343 dager, men det stor variasjon i varighet for ulike typer narkotikalovbrudd (Tabell 3-6). Samme år var det totalt 1 550 straffereaksjoner der ubetinget fengsel inngikk som del av straffen (Tabell 3-3). Totalt ble det idømt 531 650 fengselsdøgn for narkotikalovbrudd, men få eller ingen av disse var knyttet til bruk og besittelse av narkotika til eget bruk.

Som for de øvrige kostnadsområdene knyttet til lovbrudd og rettsvesenet har vi ikke informasjon om hvordan fengselsdommene fordeler seg på ulike rusmidler. Vi legger til grunn en kostnad på 3 416 kroner per fengselsdøgn og fordeler kostnadene ved fengsel på dagens høyrisikobrukere og brukere i behandling. Dette er gjort for å modellere utviklingen i kostnaden i ulike scenarioer, og antagelsen er ikke begrunnet i at det kun er personer fra disse brukergruppene som soner fengselsstraff. Vi legger til grunn at gjennomsnittlig kostnad for brukerne som

kommer til er halvparten av gjennomsnittlig kostnad for dagens brukere.

Disse antagelsene gir en kostnad for fengselsdøgn knyttet til narkotikalovbrudd på 1,8 milliarder kroner. Dersom nivået i bruken av illegale rusmidler endres til nivået i scenarioet «EU – gjennomsnitt», anslår vi at kostnadene vil øke med 251 millioner kroner. Dette tilsvarer en kostnadsøkning på om lag 14 prosent sammenlignet med dagens nivå.

Anslagene som viser kostnadene ved fengselsdøgn knyttet til narkotikalovbrudd tar ikke høyde for kostnader knyttet til behov for kapasitetsutvidelse. Med dagens fengselkapasitet vil det ikke være mulig å øke antallet fengselsdøgn knyttet til narkotikalovbrudd uten å gjøre betydelige endringer og investeringer for å øke kapasiteten. Økt bruk av narkotika og narkotikarelatert kriminalitet kan også føre til økt bruk av alternativ gjennomføring av ubetinget fengselstraff. Straffegjennomføring med fotlenke (elektronisk kontroll), narkotikaprogram med domstolskontroll og gjennomføring av straff i institusjon (straffegjennomføringsloven § 12) innebærer straffegjennomføring av ubetinget fengselstraff utenfor fengsel. På samme måte som ved økt bruk av fengselstraff, vil dette medføre økt ressursbruk. Det er vanskelig å si hvordan soningen av ubetinget fengselstraff vil fordele seg på de ulike straffegjennomføringsformene, og som en forenkling har vi her kun sett på straffegjennomføring i fengsel.

Tabell 4-11: Kostnadene ved fengselsdøgn knyttet til narkotikalovbrudd, millioner kroner

	Cannabis	Øvrige illegale rusmidler
Dagens nivå	556	1 260
EU – lav	200	377
EU – gjennomsnitt	629	1 438
EU – høy	727	1 772
USA	778	2 419

Analyse: Oslo Economics

I tillegg til at endret bruk av illegale rusmidler kan påvirke antall personer som må sone en fengselsdom, kan det også påvirke bruken av alternative straffereaksjoner. Det er vanskelig å finne gode kostnadsanslag for disse straffereaksjonene, og vi har derfor ikke beregnet hvordan kostnadene for disse vil utvikle seg ved endret bruk av illegale rusmidler.

4.2.5 Øvrige konsekvenser

Økt bruk av illegale rusmidler kan medføre kostnader og konsekvenser på flere områder som ikke er diskutert og prissatt i dette kapittelet. Dette omfatter blant annet kostnader knyttet til Tollvesenets innsats, uttransportering av utlendinger som er pågrepet for narkotikalovbrudd, samt konsekvenser som redusert trygghet og trivsel i det offentlige rom og økt forekomst av ordensforstyrrelser og bråk. Bruk av cannabis under svangerskap kan også ha konsekvenser for barnet, for eksempel lavere fødselsvekt (Folkehelseinstituttet, 2020).

4.3 Diskusjon

I dette kapittelet har vi presentert kostnadsestimater for ulike scenarioer for antall narkotikabrukere i Norge.

Beregningene tar for seg kostnader ved dagens narkotikabruk i Norge. Vi sammenligner anslaget for den nåværende situasjonen med scenarioer basert på narkotikabruk i ulike grupper av EU-land, herunder laveste kvartil, gjennomsnittet og øvre kvartil. I tillegg sammenligner vi med nivået på narkotikabruk i USA, samt et scenario der andelen høyrisikobrukere endres. Formålet med analysen er å anslå hvordan kostnadene knyttet til bruk av illegale rusmidler endrer seg i de ulike scenarioene.

I analysen har vi sett på hvordan kostnadene ville endret seg dersom antallet narkotikabrukere endret seg over natten. Denne tilnærmingen er ikke ment å være en troverdig beskrivelse hvordan en endring i bruk vil skje. I virkeligheten vil en endring i narkotikabruk vil skje over tid, og det vil også ta tid før den endrede bruken gir utslag i antall personer med et rusproblem. Anslagene i rapporten kan likevel fungere som en illustrasjon på hvordan kostnadene vil endre seg som følge av en stor eller liten endring i antall brukere.

Det er uklart hvordan økt bruk av illegale rusmidler vil påvirke alkoholbruken i befolkningen. Dersom alkoholkonsumet reduseres som følge av økt bruk av illegale rusmidler, vil det kunne gi innsparing av kostnader på noen områder. Det er derimot uklart hva som er den reelle sammenhengen mellom bruk av alkohol og andre rusmidler, og det er ikke sikkert at en økning i bruk av illegale rusmidler vil gi en reduksjon i alkoholkonsum.

Det er flere begrensninger knyttet til funnene og beregningene i rapporten. En viktig begrensning er at det for en del av variablene som inngår i beregningene har vært vanskelig å finne sikker og oppdatert informasjon. Eksempelvis er anslaget på antall høyrisikobrukere av opioid i Norge fra 2013. For en del faktorer har det også vært utfordrende å

finne relevante kostnadstall. Det er derfor viktig å understreke at kostnadsanslagene er usikre.

Det er trolig flere kostnader knyttet til bruk av illegale rusmidler som ikke fanges opp i våre beregninger. Anslagene på endring i kostnader som presenteres i denne rapporten kan derfor tolkes som et konservativt estimat på kostnadene som vil oppstå i de ulike scenarioene.

Med bakgrunn i drøftingen over er det vår forståelse at tallene som presenteres i denne rapporten kan representere et lavere estimat av forventede kostnader knyttet til hvert narkotikabruksscenario.

5. Mulige drivere for økt bruk av illegale rusmidler

Hovedformålet i denne rapporten er å belyse kostnader og konsekvenser forbundet med økt bruk av illegale rusmidler. Økt bruk kan være en konsekvens av flere faktorer, blant annet endringer i lovgivning, endret oppfatning av risiko for straff, holdningsendringer og endret risikooppfatning. Bruken i Norge er trolig også betydelig påvirket av internasjonale trender og bruken i andre land.

Bruken av illegale rusmidler har økt i den vestlige verden de siste årene, og flere forhold påvirker utviklingen. Det er naturlig å sette økningen i bruk av illegale rusmidler i Norge i sammenheng med endrede holdninger til narkotika og internasjonale trender som avkriminalisering og legalisering.

5.1 Internasjonale trender

Rusfeltet har de siste årene vært preget av hyppige endringer, blant annet gjennom nye måter å tilby og handle narkotika, nye fremstillingsmåter og endringer i kontrollpolitikk og lovgivning. Flere land fører i dag en liberalisert narkotikapolitikk. Omtrent en tredjedel av landene i EU har i ulik grad avkriminalisert besittelse av cannabis til eget bruk, enten gjennom lovgivning, regulering eller rettspraksis (KoRus Vest Bergen, 2020). De siste årene har legalisering av cannabis fått mye oppmerksomhet i vestlige land, og cannabis har blitt legalisert i Canada, Uruguay og i elleve stater i USA.

I tillegg til endringer i narkotikalovgivningen i flere land, skjer det også hyppige forandringer i det globale narkotikamarkedet. Markedet for illegale rusmidler blir stadig mer komplekst og innovativt, blant annet gjennom teknologibruk. Det har vært en utvikling innen måten å drive illegal handel og virksomhet på, og narkotika er i dag tilgjengelig på andre måter enn tidligere. I tillegg har det skjedd en endring i styrkegraden for de ulike stoffgruppene, samt at det utvikles nye psykoaktive stoffer (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol, 2019).

Det er grunn til å tro at både mer liberale holdninger til narkotikabruk internasjonalt, samt enklere tilgang til narkotika senker terskelen for bruk.

⁵ Den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen ESPAD (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

5.2 Populærkultur

Det kan være flere årsaker til hvorfor noen velger å prøve illegale rusmidler til tross for at forskning gir belegg for potensielle skadevirkninger relatert til bruk (Folkehelseinstituttet, 2018; Hall, 2014). Bruken av illegale rusmidler gjenspeiler ofte holdninger både på individ- og samfunnsnivå, og oppfatninger i samfunnet generelt og blant de rundt oss kan påvirke holdningen til bruk av narkotika. Videre kan også lovverket være med på å påvirke holdninger til bruk.

Holdninger og standarder for hva som er akseptert eller ikke kan også påvirkes av populærkulturen, og bruk av både illegale og legale rusmidler i populærkulturen kan gjøre at noen får en mer liberal holdning til rusbruk. Hyppig eksponering blant kjente personer og en form for «normalisering» av illegale rusmidler gjennom popmusikk, filmer og litteratur kan bidra til holdningsendringer i samfunnet.

5.3 Holdningsendring blant norsk ungdom

Ungdomstiden er en tid hvor mange eksperimenterer og får sine første erfaringer med rusmidler, og de siste årene har det vært en økning både i bruk av cannabis blant unge. Det er fortsatt relativt få som har prøvd cannabis, og blant de som oppgir å ha brukt cannabis, er bruken i de fleste tilfeller begrenset til én eller få ganger. Det er likevel rapportert om en økning i tilbud av rusmiddelet, og flere ungdommer opplever en økt tilgjengelighet og tilgang på cannabis (Bretteville-Jensen & Bye, 2020).

Resultatene fra ESPAD 2019⁵ viser en økning i andelen ungdom som oppgir cannabisbruk. Sammenlignet med perioden 2007-2015 har andelen ungdom som oppgir å ha brukt cannabis noen gang økt fra 6,2 til 8,7 prosent (Bretteville-Jensen & Bye, 2020). Dette er en utvikling vi også ser i andre undersøkelser blant ungdom i Norge (Bakken A., 2020). Samtidig oppgir en lavere andel blant 15-16 åringer at de tror at det er stor skade forbundet med ulik cannabisbruk. Reduksjonen i risikooppfatning synes ikke å være tilsvarende for bruk av andre illegale rusmidler som ecstasy og amfetamin.

Dersom den generelle holdningen til narkotikabruk endres i samfunnet, kan en «ufarliggjøring» av illegale rusmidler bidra til at flere unge vil

eksperimentere med bruk og kanskje opplever et sosialt press om å prøve. Dette kan ha betydelige konsekvenser for den enkelte, pårørende og samfunnet som helhet, særlig fordi forskning tyder på at cannabisbruk har større skadevirkninger for unge enn eldre brukere.

5.4 Den foreslåtte rusreformen

Rusreformutvalget la i 2019 frem sin NOU «Rusreform – fra straff til hjelp». Rusreformutvalget ble oppnevnt i 2018 for å forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform. Utvalgets mandat var å utrede en rekke spørsmål for å forbedre gjennomføringen av regjeringens rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsesektoren.

Rusreformutvalget overleverte sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet i desember 2019 (Rusreformutvalget, 2019). Utvalget foreslo i utredningen at personer som blir tatt med brukerdoser med narkotika skal bli pålagt et møte med hjelpetjenesten i kommunen med tilbud om frivillig hjelp og behandling. Utvalgets forslag innebærer ingen sanksjoner dersom man ikke møter opp. I utredningen ble det lagt til grunn en antakelse om at den foreslåtte reformen ikke vil føre til nevneverdig økt bruk.

Flere aktører på rusfeltet har i sine høringsvar påpekt at man ikke kan utelukke at antallet brukere av både cannabis og andre typer illegale rusmidler vil øke som følge av en avkriminalisering. Sentrale fagmiljøer som SERAF og FHI har i sine høringsvar trukket frem at en mer liberal narkotikapolitikk kan medføre økt bruk av illegale rusmidler, og at dette kan ha konsekvenser både på individ- og samfunnsnivå (Folkehelseinstituttet, 2020), (Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2020).

Forskningen på endring i bruk av narkotika som følge av lovendringer peker i ulike retninger, og det finnes en lang rekke studier og internasjonal forskningslitteratur som søker å belyse spørsmålet. En av utfordringene knyttet til å påvise en klar årsakssammenheng mellom endret lovgivning og bruk av narkotika, er at bruken av illegale rusmidler endrer seg også når lovene ikke gjør det.

Det finnes i dag lite erfaring fra lignende norske lovendringer, og den foreslåtte rusreformen skiller seg fra reformer som er gjennomført og evaluert i andre land, for eksempel ved sitt fravær av sanksjoner ved manglende oppmøte/gjentatt bruk for alle stoffer.

Det er derfor utfordrende å forutsi hvilke virkninger den foreslåtte rusreformen vil ha. En innføring av rusreformen slik den er beskrevet i dag, kan ha betydelige konsekvenser på både på individ- og samfunnsnivå, herunder brukere og pårørende, helsetjenesten, sentraladministrasjonen, kommunene, domstolene og kriminalomsorgen.

6. Referanser

- Ajurell S., H. M. L. J. e. a., 1986. Pharmacokinetics and metabolism of delta 1-tetrahydrocannabinol and other cannabinoids with emphasis on man.. *Pharmacol Rev*, Volum 38, pp. 21-43.
- Babor, T. et al., 2009. *Drug policy and the public good*. s.l.:s.n.
- Bakken A., 2020. *Ungdata 2020. Nasjonale resultater. NOVA Rapport 16/20.*, Oslo: Nova, OsloMet.
- Baklien B. & Bye M., 2017. *TIUR-modellen i Ringsaker - en forskningsbasert evaluering*, Elverum : Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern, Kompetansesenter rus - region øst .
- Berg R.C & Underland V., 2012. *Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge*, Oslo: Kunnskapsenteret.
- Bretteville-Jensen, A. L. & Bye, E. K., 2020. *Bruk av cannabis og andre ulovlige rusmidler blant 15-16 åringer*, s.l.: Folkehelseinstituttet.
- Edvardsen, H. M. E., Gjerde, H. & Moan, I. S., 2015. Use of alcohol and drugs by employees in selected business areas in Norway: a study using oral fluid testing and questionnaires. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol, 2019. *EU Drug Markets Report 2019*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015. [Internett]
Available at: <https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/frequent-cannabis-users>
[Funnet 6 November 2030].
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019. *European Drug Report 2019: Trends and Developments*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020. *European Drug Report 2020. Trends and Developments*, s.l.: s.n.
- Fartein, T. A. & Rognmo, K., 2011. *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*, s.l.: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet, 2018. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/problembruk-av-narkotika/>
[Funnet 6 November 2020].
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Forebyggende straff: alternative reaksjonsformer overfor unge i narkotikasaker - prosjektbeskrivelse*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/alternative-straffereaksjoner/>
[Funnet 2020].
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Skader og problemer knyttet til narkotikabruk*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>
[Funnet 2020].
- Folkehelseinstituttet, 2019. *Narkotika i Norge 2018*, s.l.: s.n.
- Folkehelseinstituttet, 2019. *Rusbrukslidelser i Norge*, s.l.: s.n.
- Folkehelseinstituttet, 2020. *Cannabis kan gi lavere fødselsvekt*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/cannabis-kan-gi-lavere-fodselsvekt/>
[Funnet 2020].
- Folkehelseinstituttet, 2020. *Høringsuttalelse NOU 2019:26 - Fra straff til hjelp*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--rusreform-fra-straff-til-hjelp/id2683686/?expand=horings svar&lastvisited=dcf49424-2609-4de8-81bc-beea4f9feae1>
[Funnet 2020].
- Global Burden of Disease study, 2020. *GBD Results Tool*. [Internett]
Available at: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
[Funnet 2020].
- Hall, W., 2014. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?. *Addiction*, Volum 110, pp. 19-35.
- Hall, W., 2015. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?. *Addiction*, pp. 19-35.
- Helsedirektoratet, 2016. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde*,

- helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper, s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, u.d. Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser - Høringsutgave, s.l.: s.n.
- Helsenorge, 2020. *Hjelp til deg med rusproblemer*. [Internett]
Available at: <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/rustiltak/#hjelp-i-din-kommune> [Funnet 2020].
- Hunault CC. et al., 2009. Cognitive and psychomotor effects in males after smoking a combination of tobacco and cannabis containing up to 69mg delta-9-tetrahydrocannabinol (THC).. *Psychopharmacology (Berl)*, Volum 204, pp. 85-94.
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H. & Håland, M. E., 2020. *Brukerplan årsrapport 2019. Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen*, s.l.: Helse Stavanger.
- Killén, K. & Olofsson, M., 2003. *Det sårbare barnet. Barn foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Knudsen, A. K., 2016. *Sykdomsbyrde som følge av bruk av alkohol og illegale rusmidler i Norge, 2013*. [Internett]
Available at: <http://www.forebygging.no/Kronikker/--2015/Sykdomsbyrde-som-folge-av-bruk-av-alkohol-og-illegale-rusmidler-i-Norge-2013-Resultater-fra-the-Global-Burden-of-Disease-Project-2013/>
- KoRus Vest Bergen, 2020. *Hva sier erfaringene og forskningen om avkriminalisering av cannabis?*. [Internett]
Available at: <https://www.korusbergen.no/sporsmal-om-cannabis/hva-sier-erfaringene-og-forskningen-om-avkriminalisering-av-cannabis/> [Funnet 10 November 2020].
- Kripos, 2019. *Narkotika- og dopingstatistikk 2019*, Oslo: Kripos.
- Kvello, Ø. & Wendelborg, C., 2009. *Prosessevaluering av det treårige prosjektet: Oppfølgingsteam for unde lovbyggere i Kristiansand, Oslo, Stavanger og Trondheim*, s.l.: NTNU Samfunnsforskning.
- Moan, I. S. & Halkjelsvik, T., 2019. *Alkohol og arbeidsliv II. Bruk, konsekvenser og retningslinjer ved ulike typer arbeidsplasser i Norge*, s.l.: Folkehelseinstituttet.
- Moan, I. S., Storvoll, E. E. & Lund, I. O., 2017. Worries about others' substance use - differences between alcohol, cigarettes and illegal drugs. *International Journal of Drug Policy*, pp. 108-114.
- Moore, B. C., Easton, C. J. & McMahon, T. J., 2011. Drug Abuse and Intimate Partner Violence: A Comparative Study of Opioid-Dependent Fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Nordlandsforskning, 2019. *Mellom hjelp og straff - fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?*, Bodø: s.n.
- Oslo Economics, 2019. *Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til eget bruk og håndheving av den eksisterende kontrollpolitikken*, s.l.: s.n.
- Oslo universitetssykehus, 2017. *Trafikkulykker og rusmidler*. [Internett]
Available at: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rechtsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/trafikkulykker-og-rusmidler> [Funnet 2020].
- Politidirektoratet, 2019. *Kapasitetsvurdering av etterforskningsområdet*, s.l.: s.n.
- Politidirektoratet, 2019. *Ressursanalyse for 2018. Utgifter og bemanning i politiet*, s.l.: s.n.
- Politidirektoratet, 2020. *Høringssvar fra Politidirektoratet*, s.l.: s.n.
- Politiets Kriminalitetsforebyggende Forum, 2020. *Høringssvar NOU 2019:26*, s.l.: s.n.
- Riksadvokaten, 2014. *Rundskriv 2014 2 Narkotikasaker*. [Internett]
Available at: <https://www.riksadvokaten.no/document/narkotikasaker/> [Funnet 2020].
- Rusreformutvalget, 2019. *NOU 2019:26 Rusreform - fra straff til hjelp*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/contentassets/dfae684e627f4df29c800352bfc4d768/nou-2019-26-rusreform---fra-straff-til-hjelp.pdf> [Funnet 2020].
- SAMDATA, 2019. *Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern og TSB 2014-2018*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2020. *Innspill til Rusreformutvalgets NOU 2019:26*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--rusreform-fra-straff-til->

hjelp/id2683686/?uid=3d8ab6e4-19c9-4968-8305-32a6ed6db67b
[Funnet 2020].

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. *2019 National Survey on Drug Use and Health – Annual National Report*, s.l.: s.n.

Tolletaten, 2020. *Årsrapport 2019*, s.l.: s.n.

United Nations, 2020. *World Drug Report 2020*, Vienna: United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6.

Wayne, H. & Pacula, R., 2010. *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Øverland, S. et al., 2018. *Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*, s.l.: Folkehelseinstituttet.

Vedlegg A Klassifisering i GBD etter ICD-10-koder

Drug use disorders

- F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater
- F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika
- F14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av kokain
- F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein
- F16 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av hallusinogener
- F17 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av tobakk
- F18 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flyktige løsemidler
- F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer
- P96.1 Abstinenssymptomer hos nyfødt som følge av mors bruk av vanedannende legemidler
- R78.1 Funn av opiater i blod
- R78.2 Funn av kokain i blod
- R78.3 Funn av hallusinogener i blod
- R78.4 Funn av andre vanedannende legemidler i blod
- R78.5 Funn av psykotrope legemidler i blod
- R78.6 Funn av steroide stoffer i blod
- R78.7 Funn av unormalt nivå av tungmetaller i blod
- R78.8 Funn av andre spesifiserte stoffer som vanligvis ikke finnes i blod (funn av unormalt litiumnivå i blod)
- R78.9 Funn av uspesifisert stoff, som vanligvis ikke finnes i blod
- Z81.2 Opplysning om tobakksmisbruk i familieanamnesen (tilstander som kan klassifiseres i F17.-)
- Z81.3 Opplysning om misbruk av andre psykoaktive stoffer i familieanamnesen (tilstander som kan klassifiseres i F11-F16, F18-F19)
- Z81.4 Opplysning om misbruk av andre stoffer i familieanamnesen (tilstander som kan klassifiseres i F55)

Opioid use disorder

- F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater
- R78.1 Funn av opiater i blod

Cocain use disorders

- F14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av kokain
- R78.2 Funn av kokain i blod

Amphetamine use disorder

- F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein

Cannabis use disorder

- F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider

Other drug use disorder

- F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika
- F16 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av hallusinogener
- F17 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av tobakk
- F18 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flyktige løsemidler
- F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer
- P96.1 Abstinenssymptomer hos nyfødt som følge av mors bruk av vanedannende legemidler
- R78.3 Funn av hallusinogener i blod
- R78.4 Funn av andre vanedannende legemidler i blod
- R78.5 Funn av psykotrope legemidler i blod
- R78.6 Funn av steroide stoffer i blod
- R78.7 Funn av unormalt nivå av tungmetaller i blod
- R78.8 Funn av andre spesifiserte stoffer som vanligvis ikke finnes i blod (funn av unormalt litiumnivå i blod)
- R78.9 Funn av uspesifisert stoff, som vanligvis ikke finnes i blod

Vedlegg B Helsetap og redusert livskvalitet forbundet med bruk av illegale rusmidler

En sentral utfordring ved å identifisere sammenhengen mellom bruk av illegale rusmidler og negative helseeffekter i epidemiologiske studier, er at brukere av illegale rusmidler skiller seg fra ikke-brukere på en rekke måter som kan gjenspeile bakenforliggende forskjeller i risikoen for negative helseeffekter. Med andre ord kan personer som bruker illegale rusmidler, også ha andre problemer som bidrar til oppstart eller utvikling av risikabel narkotikabruk. Vanlige cannabisbrukere har eksempelvis høyere sannsynlighet for å bruke alkohol, tobakk og andre ulovlige rusmidler, og de skiller seg fra ikke-brukere i risikotaking og annen oppførsel (Wayne & Pacula, 2010). Nye brukere av som kommer til kan ha derfor lavere risiko for negative utfall enn dagens brukere av illegale rusmidler.

Helseskadene forbundet med bruk av illegale rusmidler kan deles inn i fem hovedkategorier (Babor, et al., 2009):

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

6.1.1 Hvordan måle sykdomsbyrde?

Formålet med sykdomsbyrdeberegninger er å vise hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer befolkningen i form av ikke-dødelig helsetap (sykelighet) og dødelighet. Sykdomsbyrden som følge av en skade eller sykdom bestemmes av dens alvorlighet i form av dødelighet og ikke-dødelig helsetap, samt hvor mange den rammer, alderen på de som rammes og hvor lenge den varer.

Et vanlig samlemål på sykdomsbyrde er disability-adjusted life-years (DALYs), som på norsk ofte omtales som helsetapsjusterte leveår. DALY er

summen av tapte leveår som følge av dødsfall og ikke-dødelig helsetap. Med ikke-dødelig helsetap menes den tapte helserelaterede livskvaliteten forbundet med å leve med en sykdom eller tilstand.

6.1.2 Den globale sykdomsbyrdestudien

Den globale sykdomsbyrdestudien Global Burden of Disease ble utviklet på begynnelsen av 1990-tallet med formål å utvikle et system for å sammenligne sykdomsbyrde som skyldes ulike sykdommer og skader. Formålet var å etablere et system som kunne kvantifisere helsetap på en slik måte at bidraget fra sykdommer og skader med ikke-dødelige utfall kunne måles og sammenlignes. Prosjektet skal beskrive utviklingen i sykdomsbyrde over tid for mer enn 300 sykdommer/tilstander og nærmere 80 risikofaktorer for i underkant av 200 land og territorier. GBD bygger på en kartlegging av ulike sykdommers alvorlighetsgrad, samt en avveining av tapte leveår mot det å leve med en lettere eller alvorlig sykdom over kortere eller lengre tid. Det globale sykdomsbyrdeprosjektet GBD publiserte oppdaterte beregninger av sykdomsbyrde for årene 1990-2016 og i 2018. Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet publiserer den norske versjonen av rapporten om sykdomsbyrden i Norge (Øverland, et al., 2018).

Tallene fra GBD bygger på vitenskapelige artikler om forekomst og spørreundersøkelser, for eksempel helse- og levekårsundersøkelsene. Tallene er imidlertid usikre, ettersom Norge ikke har noen helhetlig innrapportering av slike data og beregningene bygger derfor delvis på data fra Norden og andre sammenlignbare land.

I GBD beregnes tapte leveår fra en standard dødelighetstabell, der for eksempel et dødsfall hos en 50-åring bidrar med 37 tapte leveår og et dødsfall hos en nyfødt bidrar med 86 tapte leveår. Helsetapet anslår byrden av å leve med en sykdom, beregnet ved å multiplisere forekomst av sykdommer, skader og følgetilstander med tilhørende alvorlighetsvekter. Alvorlighetsvektene baseres på omfattende spørreundersøkelser i befolkningen, som gir grunnlag for en alvorlighetsvekt mellom 0 (null helsetap) og 1 (død)

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo