

## Rapport

# Utredningsoppdrag for Rushåndhevingsutvalget

Jørgen G. Bramness

Martin Tesli

Anne Line Bretteville-Jensen

Lars Johan Hauge

Svetlana Skurtveit

Anne Reneflot

Marte Handal

**Utgitt av Folkehelseinstituttet**

Område for psykisk og fysisk helse

Mars 2024

**Tittel:**

Eks: Utredningsoppdrag for Rushåndhevingsutvalget

**Forfatter(e):**

Jørgen G. Bramness, Avdeling for rusmidler og tobakk

Martin Tesli, Avdeling for psykisk helse og selvmord

Anne Line Bretteville-Jensen, Avdeling for rusmidler og tobakk

Lars Johan Hauge, Avdeling for psykisk helse og selvmord

Svetlana Skurtveit, Avdeling for kroniske sykdommer

Anne Reneflot, Avdeling for psykisk helse og selvmord

Marte Handal, Avdeling for kroniske sykdommer

**Oppdragsgiver:** Rushåndhevingsutvalget

**Publikasjonstype:** Rapport

## Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 Spørsmål 1. Om begreper og diagnoser</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1 Begrepsbruken   | 4         |
| 1.2 Diagnosen   | 4         |
| 1.2.1 Andre diagnostiske tilnæringer  | 5         |
| 1.2.2 Diagnose i primærhelsetjenesten   | 6         |
| 1.2.3 Screeningsinstrumenter  | 6         |
| 1.3 Relaterte tema  | 8         |
| 1.3.1 Diagnose hos barn og ungdom   | 8         |
| 1.3.2 Avhengighet til alt?  | 8         |
| 1.3.3 Hvor lenge varer en avhengighet?  | 8         |
| 1.4 Medisinske diagnoser og juss  | 9         |
| 1.5 Eksempel på implementeringen av straffefrihet for rusmiddelavhengige                        | 9         |
| 1.5.1 Hva avgjør om en person som tas med narkotika fremstilles for Dissuasion Commission (DC)? | 10        |
| 1.5.2 Hvordan avgjøres rusmiddelavhengighet?  | 10        |
| 1.5.3 Hva skjer etter at vurderingen er ferdig?   | 11        |
| 1.5.4 Sentrale dokument for Portugalmodellen  | 12        |
| 1.5.5 Hva skiller den portugisiske modellen fra «drug courts»:                                  | 12        |
| 1.6 Oppsummering av svar på første spørsmål   | 12        |
| <b>2 Spørsmål 2 og 4. Hvem kan sette en diagnose og hvor gjøres det?</b>                        | <b>13</b> |
| 2.1 Hvem kan sette en diagnose?   | 13        |
| 2.2 Hvor skal en diagnose settes?   | 13        |
| 2.3 Oppsummering av svar på andre og fjerde spørsmål  | 14        |
| <b>3 Svar på spørsmål 3 – forekomst</b>   | <b>15</b> |
| 3.1 Opioider  | 16        |
| 3.2 Cannabis  | 16        |
| 3.3 Vanedannende legemidler   | 16        |
| 3.4 Amfetaminer   | 17        |
| 3.5 Kokain  | 17        |
| 3.6 Noen tall fra NPR   | 18        |
| <b>4 Litteratur</b>   | <b>21</b> |
| <b>5 Vedlegg</b>  | <b>23</b> |

## 1 Spørsmål 1. Om begreper og diagnoser

### 1.1 Begrepsbruken

I utformingen av mandatet til Rushåndhevingsutvalget har man valgt å bruke begrepet *rusavhengige*. Dette er et uheldig begrep av flere grunner. *Rusavhengig* er ikke en medisinsk diagnose og er begrepsmessig vanskelig. Det er *rusmiddelet* man er avhengig av, ikke rusen som sådan (1, 2). Vi må derfor snakke om *rusmiddelavhengighet*.

### 1.2 Diagnosen

Diagnosen rusmiddelavhengighet har betegnelsen F1x.2 i WHO's diagnosesystem International Classification of Diseases (ICD) versjon 10 (ICD-10). X byttes ut med et siffer avhengig av rusmiddelet (0=alkohol, 1=opioider, 2=cannabis, 3= hypnotika og sedativer, 4=kokain, 5=andre sentralstimulerende midler, 6=hallusinogener, 8=sniffestoffer og 9=flere rusmidler). Det er først og fremst (men ikke bare) i spesialisthelsetjenesten at man stiller diagnoser ved hjelp av ICD-10.

Rusmiddelavhengighet er en godt definert diagnose i dette diagnosesystemet: Rusmiddelavhengighet består av en rekke fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener, hvor man må oppfylle 3 eller flere kriterier samtidig i løpet av det foregående året:

1. Sterk lyst, eller følelse av tvang, til å innta et rusmiddel
2. Problemer med å kontrollere inntaket av rusmiddelet; start, avslutning og mengde
3. Fysiologisk abstinensstilstand som opptrer dersom bruken av rusmiddelet opphører eller reduseres, eller viser seg med karakteristisk abstinenssyndrom for det aktuelle rusmiddelet, eller gjennom bruk av samme eller beslektet rusmiddel for å lindre eller unngå abstinenssymptomer,
4. Toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere
5. Økende likegyldighet i forhold til andre gleder og interesser. Mer og mer tid brukes på å skaffe seg rusmiddelet, på å bruke det, eller på å komme seg i form etter bruken
6. Rusmiddelbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over disse konsekvensene.

Til disse diagnosekriteriene knytter vi noen kommentarer.

Kriteriene henger sammen to og to. De to første omhandler opplevd kontroll med rusmiddelbruken. De to midterste omhandler fysiologisk utvikling etter gjentatt rusmiddelinntak. De to siste handler om konsekvenser av rusmiddelbruken.

Det er like viktig å peke på hva denne definisjonen av avhengighet *ikke* sier og inkluderer, som det å peke på hva den sier. Kanskje mest sentralt for dette oppdraget er ønsket om å kunne definere *grader* av avhengighet.

**Kriteriene graderer ikke avhengighet.** Det gjøres ikke (som det bes om i spørsmål 1) forskjell på *tung* (eller kanskje mer naturlig «alvorlig») eller *lett* (eller «begynnende» som mandatet sier) avhengighet.

Man legger bare i liten grad vekt på *mengde* rusmiddel som er i bruk. Det er en godt etablert sammenheng mellom mengde rusmiddel brukt og avhengighetsforekomst. De som er avhengige bruker mer av det aktuelle rusmiddelet (3) (det er et av de diagnostiske kriteriene, men bare ett), men det er viktig å legge merke til at kriteriene er utformet slik («3 eller flere kriterier») at man kan, men ikke behøver å, ha en toleranseutvikling som en del av avhengigheten. Noen kan være avhengige av å bruke relativt små mengder

rusmiddel, mens andre ikke er avhengige selv om de bruker relativt store mengder rusmidler. Dette er godt kjent fra alkoholområdet (4).

Et nivå «under», det vil si rusmiddellidelse med en noe lavere alvorlighetsgrad, finnes diagnosen *skadelig bruk* (ICD-10 F1x.1). Skadelig bruk innebærer bruk av et rusmiddel på en måte som gir helseskade. Skaden kan være somatisk (f.eks. hepatitt som følge av intravenøs bruk) eller psykisk (f.eks. psykose etter bruk av amfetamin), mens sosiale konsekvenser (som påtale fra de nærmeste) eller direkte følger av rusen (som bakrus) ikke kvalifiserer til diagnosen skadelig bruk. Idet et individ diagnostiseres med skadelig bruk av rusmidler impliserer det at kriteriene for avhengighet ikke er oppfylt. Det er viktig å understreke at selv om diagnosen skadelig bruk i mange henseender er mindre alvorlig enn avhengighet, så er det kvalitetsmessige forskjeller i disse to diagnosene som gjør at det ikke kan svare ut mandatets ønske om å skille «begynnende» fra «tung» rusmiddelavhengighet.

ICD-11 er en oppdatert versjon av kodeverket ICD-10. ICD-11 ble godkjent av WHO i mai 2019, men arbeidet med å omsette dette til norsk og innføre ICD-11 i Norge har enda ikke fått noen sluttdato. For rusmiddellidelser er strukturen i ICD-11 ikke forskjellig fra den vi ser i ICD-10 med inndeling i skadelig bruk og rusmiddelavhengighet. Imidlertid er det gjort en endring som kan synes bagatellmessig, men som antagelig får store konsekvenser. Der ICD-10 har 6 kriterier, hvor man må oppfylle minst 3 i løpet av det siste året, så har ICD-11 slått sammen kriteriene 1 og 2, 3 og 4, 5 og 6 og sier at man må oppfylle minst 2 av 5 kriterier i løpet av det siste året. Kriterier for rusmiddellidelser ifølge ICD-11 er kort oppsummert: 1) Nedsatt kontroll med henblikk på inntak av respektive rusmiddel, 2) Svikt i sosial fungering, 3) Risikabel bruk, 4) Det farmakologiske kriteriet, inkludert toleranse og/eller abstinenssymptomer, 5) Det psykososiale kriteriet, herunder økende likegyldighet i forhold til andre gleder og interesser og/eller opprettholdelse av rusmiddelbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Dette er tilsynelatende en innstramning, men siden man sier 1 *eller* 2 og ikke 1 *og* 2, blir det i realiteten en senkning av terskelen for å få en diagnose for rusmiddelavhengighet. Noen har beregnet at dette kan føre til så mye som en dobling av antallet pasienter som oppfyller kriteriene for rusmiddelavhengighet (5, 6). Dette illustrerer at *avhengighet* ikke er et begrep hogget i sten, men samtidig en oppgave som kvalifisert personell må forholde seg til og basere sin faglige praksis på (se nedenfor).

### 1.2.1 Andre diagnostiske tilnærminger

I det amerikanske diagnosesystemet (DSM) har man i tidligere versjoner (DSM IV) hatt en nokså lignende diagnostisering ved å skille mellom *drug abuse* (skadelig bruk av rusmidler) og *drug dependence* (rusmiddelavhengighet). I sin siste versjon (DSM 5) har man imidlertid gått over til et mer gradert system, hvor man inkluderer 11 kriterier som tar utgangspunkt i en mer «oppsplittet» versjon av de gamle diagnostiske kriteriene. I den nye versjonen utgjør 2-3 kriterier en mild sykdom, 4-5 kriterier utgjør moderat sykdom og 6 kriterier eller mer utgjør alvorlig sykdom. Her er det altså åpnet for en gradering av alvorlighet, men heller ikke i DSM 5 opptrer det temporale begrepet «begynnende». Følgende kriterier er inkludert i DSM-5 for rusmiddellidelser:

1. Rusmiddelet tas ofte i større mengder eller over en lengre periode enn det som var planlagt.
2. Vedvarende ønske eller mislykkede forsøk på å kutte ned eller kontrollere rusmiddelbruken.
3. Det brukes mye tid på aktiviteter som er nødvendige for å skaffe rusmiddelet, bruke rusmiddelet eller komme seg etter dets virkninger.
4. Sug, sterkt ønske eller trang til å bruke stoffet.
5. Gjentatt rusmiddelbruk som resulterer i manglende oppfyllelse av viktige rolleforpliktelser på jobb, skole eller hjemme.

6. Fortsatt rusmiddelbruk til tross for vedvarende eller tilbakevendende sosiale eller mellommenneskelige problemer forårsaket eller forverret av virkningene av stoffet.
7. Viktige sosiale, yrkesmessige eller rekreasjonelle aktiviteter oppgis eller reduseres på grunn av rusmiddelbruk.
8. Gjentatt bruk av rusmiddel i situasjoner der det er fysisk farlig.
9. Fortsatt rusmiddelbruk til tross for kunnskap om å ha et vedvarende eller tilbakevendende fysisk eller psykisk problem som sannsynligvis er forårsaket eller forverret av rusmiddelet.
10. Toleranse, som definert av ett av følgende:
  - a. Et behov for markant økte mengder av stoffet for å oppnå rus eller ønsket effekt.
  - b. Markant redusert effekt ved fortsatt bruk av samme mengde av stoffet.
11. Abstinensreaksjon, som manifestert av ett av følgende:
  - a. Det karakteristiske abstinenssyndromet for rusmiddelet.
  - b. Det samme (eller et nært beslektet) rusmiddelet tas for å lindre eller unngå abstinenssymptomer.

I Norge brukes i all hovedsak ICD-systemet i klinisk praksis i spesialisthelsetjenesten. DSM-systemet, som i mange tilfeller er mer detaljert enn ICD, brukes i visse forskningsprosjekter i Norge som undersøker spørsmål innen psykisk helse og rusmiddelavhengighet.

### 1.2.2 Diagnose i primærhelsetjenesten

Diagnosen rusmiddelavhengighet kan også stilles i primærhelsetjenesten ved hjelp av The International Classification of Primary Care versjon 2 (ICPC-2). ICPC-2 er den internasjonale klassifikasjonen for helseproblemer, diagnoser og andre årsaker til kontakt med primærhelsetjenesten. For denne utredningens formål er diagnosene P18 legemiddelmisbruk eller P19 stoffmisbruk de mest aktuelle. Imidlertid er ikke disse diagnosene kriteriebaserte. De er mer opp til et generelt skjønn hos fastlegen. De er således enda mindre anvendelige enn ICD-10 til å skille «begynnende» fra «tung» rusmiddelavhengighet.

### 1.2.3 Screeningsinstrumenter

Det er bedt om «en rettslig avgrensning av begrepet rus[middel]avhengig [som har] et presist og tydelig rettslig innhold i begrepet [...] som også kan være operativt for politiets førstelinje». Etter vår oppfatning er det tvilsomt at politiet i førstelinjen selv skulle kunne stille diagnosen rusmiddelavhengighet, og i enda mindre grad gradsbedømme denne (se nedenfor med hensyn til hvem som kan stille diagnose). En annen tilnærming vil være å anvende screeninginstrumenter for å finne ut hvem som skal videreformidles til diagnostisering. Det finnes flere mulige screeninginstrumenter som kan brukes etter kortere eller lengre opplæring.

#### 1.2.3.1 DUDIT

Drug use disorder identification test (DUDIT) er et 11-punkts screeninginstrument relatert til problemer med andre rusmidler enn alkohol. DUDIT gir informasjon om nivået på inntak og utvalgte kriterier for skadelig bruk og avhengighet i henhold til ICD-10 og DSM-IV diagnostiske systemer. DUDIT er vist effektivt i utvalgte kliniske grupper og har vært brukt i folkehelseundersøkelser (7). Screeninginstrumentet ble utviklet over samme lest som et instrument tidligere utviklet for alkohol. DUDIT gir en skåre på en kontinuerlig skala. I vedlegget finnes selve skjemaet, guide til bruk og beregningsskjema for ulike

nivåer av problematisk relasjon til rusmidler. Dette er noe av det nærmeste man kunne komme til en inndeling som utvalget etterspør.

Selv om det ikke er noen erfaring i bruk av dette screeningsinstrumentet for en juridisk hensikt, virker det mulig å la en screening bli gjennomført av trent personell, for å avdekke om politiet bør henvise videre til diagnostisering i andre deler av det offentlige hjelpeapparatet.

Det finnes også en kortversjon av DUDIT, kalt DUDIT C. Denne kortversjonen tar ut de fire første spørsmålene og kan være effektiv i screening for rusmiddelavhengighet, muligens med tillegg av det femte spørsmålet i DUDIT fullversjon (se vedlegg for hvilke spørsmål dette er) (8).

### 1.2.3.2 DAST

Drug Abuse Screening Test (DAST-10) ble utformet for å gi et kort selvrapporeringssinstrument til bruk for befolkningsscreening, klinikk og forskning på effekt av behandling (9). Det kan brukes for eldre ungdom og voksne. DAST-10 gir en kvantifisering av *konsekvenser* knyttet til rusmiddelbruk. Instrumentet tar ca. 5 minutter å administrere og kan gis enten som selvrapporering eller intervjuformat av trenede intervjuere. DAST gir en rask screening som kan indikere problemer knyttet til rusmiddelbruk.

DAST-10 ble opphavsrettslig beskyttet i 1982 av Harvey Skinner og Senter for avhengighet og mental helse, Toronto, Canada (10).

| Spørsmål   |
|--|
| 1. Har du brukt andre legemidler enn de som kreves av medisinske årsaker?  |
| 2. Bruker du mer enn ett legemiddel om gangen  |
| 3. Er du alltid i stand til å slutte å bruke narkotika når du vil?   |
| 4. Har du hatt "blackouts" eller "flashbacks" som følge av narkotikabruk?  |
| 5. Føler du deg noen gang dårlig eller skyldig i narkotikabruken din?  |
| 6. Har din ektefelle (eller foreldre) noen gang klage på ditt engasjement med narkotika?                                   |
| 7. Har du forsømt familien din på grunn av din bruk av narkotika?  |
| 8. Har du engasjert deg i ulovlige aktiviteter for å skaffe narkotika?   |
| 9. Har du noen gang opplevd abstinenssymptomer (følt deg syk) når du sluttet å ta narkotika?                               |
| 10. Har du hatt medisinske problemer som følge av narkotikabruk (f.eks. hukommelsestap, hepatitt, kramper, blødning osv.)? |

På samme måte som ved DUDIT, gir DAST et visst antall «poeng» (verdiene 0-10) hvor disse nivåene sier noe om indeks for rusmiddelproblemer (alvorlighetsgrad):

- 0: Ingen problemer rapportert
- 1-2: Lavt nivå
- 3-5: Moderat nivå
- 6-8: Betydelig nivå
- 9-10: Alvorlig nivå

## 1.3 Relaterte tema

### 1.3.1 Diagnose hos barn og ungdom

Ved utredning av rusmiddelidelser hos individer under 18 år, bør en bruke diagnostiske manualer i tillegg til screeningsinstrumenter og klinisk skjønn. I klinisk praksis i Norge og andre europeiske land brukes gjerne ICD-systemet. Man må imidlertid passe på å ta høyde for faktorer relatert til aldersgruppen pasienten tilhører. Ungdom rapporterer generelt sin egen rusmiddelbruk pålitelig hvis de stoler på personen som stiller spørsmålene (11).

Denne selvrapporteringen bør suppleres med informasjon fra foreldre og andre.

Diagnosen kan være vanskeligere å stille hos barn og ungdom. De fleste diagnostiske instrumenter og screeninginstrumenter er utarbeidet for å brukes på personer over 18 år. Noen screeninginstrumenter er utviklet spesielt for å brukes hos barn og unge, som Drug Use Screening Inventory (DUSI) (12) eller Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and other Drugs (BSTAD) (13). DUSI er et 15 spørsmåls instrument vist å fungere godt for ungdom (14). BSTAD er et 11 spørsmåls instrument som også har vist gode psykometriske egenskaper (13).

### 1.3.2 Avhengighet til alt?

Man kan være avhengig av et rusmiddel, en gruppe rusmidler eller flere rusmidler, men man har neppe en avhengighet til alle rusmidler samtidig. Det er svært ulikt hvor stort avhengighetspotensiale ulike rusmidler har (15). Generelt er avhengighetspotensialet til et rusmiddel avhengig av ulike faktorer, inkludert dets farmakologiske egenskaper, administrasjonsmåte, dosering, bruksfrekvens og individuelle forskjeller. Noen rusmidler anses imidlertid generelt for å ha et høyere avhengighetspotensial enn andre på grunn av deres innvirkning på hjernens belønningssystem og utviklingen av fysisk og psykisk avhengighet. Rusmidler som vanligvis er kjent for sitt høye avhengighetspotensial er opioider (f.eks. heroin, metadon, morfin), sentralstimulerende stoffer (f.eks. kokain, amfetamin), benzodiazepiner (f.eks. Valium, Sobril), samt alkohol. Noen vil hevde at hallusinogener/psykedelika (LSD, psilocybin, meskalin o.a.) har svært lite avhengighetspotensiale. Disse midlene er per i dag på narkotikalistene, men generelt vil man ikke kunne snakke om henvisning til helsevesenet/behandling for bruk av disse under en avhengighetsargumentasjon.

### 1.3.3 Hvor lenge varer en avhengighet?

I det avhengighetsdiagnosen vil kunne ha følger for behandlingen en person vil få i rettsvesenet er det viktig å tenke gjennom *hvor lenge* en diagnose om avhengighet vil være gyldig. I henhold til de diagnostiske kriteriene i ICD-10 beskrevet over, skal man ha oppfylt tre kriterier i løpet av de siste tolv månedene. Det kan også bemerkes at man ikke behøver å ha aktiv bruk for å oppfylle diagnosen. Dette illustrerer at avhengighet er noe mer enn et rent farmakologisk eller fysiologisk fenomen, som handler om «å behandle» sine abstinenser. Omfanget og varigheten av abstinenser vil dessuten variere mellom ulike rusmidler. For opioider og benzodiazepiner er eksempelvis det farmakologiske aspektet nok mer framtrædende enn for andre rusmidler, noe som danner grunnlaget for suksessen til legemiddelassistert rehabilitering og forsøk med benzodiazepin substitusjon. For andre avhengigheter er andre mekanismer (trang eller sug og emosjonskontroll) mer framtrædende.

Moderne nevrobiologisk forskning viser oss at visse aspekter ved avhengighet varer livet ut (16, 17). På gruppenivå vet vi at om man har vært avhengig av noe, vil en alltid bære med seg en sårbarhet for tilbakefall. Det er imidlertid urimelig å tenke at denne sårbarheten er det samme som «én gang avhengig – alltid avhengig». Selv om noen terapeutiske bevegelser/tradisjoner (AA, Minnesotamodellen, 12-trinnsmodellen) har



dette som en grunnsetning, vil de fleste som har slitt med en avhengighet kunne friskmeldes. Tidsaspektet ved avhengighet må med andre ord problematiseres. Mange som sliter med avhengighet vil gjøre dette i mange år (18). Av ulike grunner vil avhengigheten vedvare. Det kan være en villet situasjon, eller den kan være uønsket av personen selv. Grunner til at man fortsetter å bruke rusmidler til tross for et motsatt ønske, kan også være manglende behandling eller manglende tro på behandling. I en fortolkning av tidsaspektet er det rimelig å spørre seg hva man ønsker å tillate ved at avhengighet ikke skal straffes? Det kan neppe bare innebære egenbehandling av abstinenser. Som nevnt over, så er abstinenser bare en del av avhengighet og svært mange (de fleste?) vil ikke bruke rusmidler for å dempe abstinenser. Om det er egenbehandling av abstinenser man ser for seg, vil det for de fleste rusmidler være snakk om noen dager til uker. Men for rusmidler der abstinensene i mindre grad er framtreddende (f.eks. sentralstimulerende midler), vil det være andre aspekter ved rusmiddelavhengigheten som ligger til grunn for gjentatt bruk. Man må med andre ord tenke nøye gjennom tidsaspektet for den konklusjonen som treffes med hensyn til varighet av en diagnose/kjennelse.

#### 1.4 Medisinske diagnoser og juss

Medisinske diagnoser er laget nettopp for dette formålet, for å hjelpe medisinsk kategorisering med tanke på å igangsette rett behandling. Straks de medisinske diagnosene skal brukes til andre formål (f.eks. juridisk) tilkommer det utfordringer. Ingen steder kommer dette mer fram enn i møte mellom psykiatri og juss, altså et område som ligger tett opp til rusmiddelbruk og rusmiddelavhengighet. Dette gjelder både overfor juss på det sivilrettslige og det strafferettslige området. Diagnosesystemene er utviklet ut fra helsefaglige formål, ikke rettslige, og sier derfor ikke i seg selv noe om hvilke rettsfølger som bør knyttes til diagnosene. Rettsreglene er på sin side utviklet for å regulere samfunnet, og reglens innhold klargjøres ut fra rettslige tolkningskriterier (19).

#### 1.5 Eksempel på implementeringen av straffefrihet for rusmiddelavhengige

Hvordan er den praktiske implementeringen av straffefrihet for rusmiddelavhengige håndtert i et land som har avkriminalisert? I det følgende vil vi beskrive nøye et eksempel på hvordan dette er gjennomført i Portugal.

Portugal gjennomførte en stor rusmiddelreform i 2001 ("Portugalmodellen"), der avkriminalisering av små mengder ulovlige rusmidler til eget bruk, var ett av 13 tiltak. Reformen ble innført som en respons på økende problemer relatert til bruk av illegale rusmidler. I praksis innebar dette at personer som blir pågrepet av politiet med små mengder narkotika til eget bruk ikke straffeforfølges, men blir henvist til en såkalt «Dissuasion Commission» (DC).

DC er en administrativ enhet på lokalt nivå, med mål om å behandle saker som dreier seg om besittelse og bruk av små mengder illegale rusmidler til personlig bruk, uten å gi strafferettslige sanksjoner. DC består av jurister, psykologer og annet helsepersonell. Gjennom individuell behandling søker DC å avgjøre om den enkelte som framstilles kan kategoriseres som rusmiddelavhengig eller ikke. Påfølgende reaksjoner vil avhenge av denne avgjørelsen. Flere faktorer inngår i beslutningen, som hyppighet av bruk, mengde illegale rusmidler involvert, og tidligere involveringer i narkotikarelatert kriminalitet. Det er som regel politiet som henviser til DC. Etter at de har pågrepet en person for mindre mengder ulovlige rusmidler, kan de pålegge vedkommende å møte for DC etter kort tid, maksimalt 72 timer etter pågripelsen.

**Det er ikke politiet som avgjør om en person er rusmiddelavhengig eller ikke, de avgjør kun om en person skal pålegges oppmøte for en DC eller om strafferettslige skritt skal tas.** Portugal, med en befolkning på rundt 10 millioner, har om lag 20 slike kommisjoner.

### 1.5.1 Hva avgjør om en person som tas med narkotika fremstilles for Dissuasion Commission (DC)?

Beslutningen om å henvise en person til en DC er basert på flere faktorer. Her er noen av de viktigste faktorene som kan påvirke om en person blir framstilt for DC:

1. **Mengde illegale rusmidler:** Avkriminaliseringspolitikken i Portugal gjelder først og fremst for mindre mengder illegale rusmidler til personlig bruk. Mengden illegale rusmidler ved pågrepelse, er derfor en sentral faktor. For eksempel er grensen for hasj satt til 5 gram, for marihuana til 25 gram. Er mengden større, kan straffeforfølgning bli iverksatt.
2. **Frekvens av bruk:** Hyppigheten av bruk av illegale rusmidler kan påvirke beslutningen. Avkriminaliseringsmodellen tar ofte sikte på å skille mellom rekreasjonell bruk og rusmiddelavhengighet.
3. **Tidligere lovbrudd:** Personens tidligere involvering i kriminalitet knyttet til illegale rusmidler kan også påvirke beslutningen. En historie med gjentatt kriminalitet kan føre til en mer omfattende vurdering.
4. **Individets samtykke:** Noen ganger kan en person samtykke til å bli henvist til DC som et alternativ til tradisjonell strafferettslig forfølgelse.
5. **Vurdering av politiet:** Politiet som pågriper en person for narkotikabruk, kan også utøve skjønn i beslutningen om å henvise saken til DC. Skjønnet kan påvirkes av faktorer som samarbeid fra den pågrepne og den sosiale konteksten.
6. **Offentlig helseperspektiv:** Portugalmodellen har et sterkt fokus på å behandle bruk av illegale rusmidler som et helseproblem. Hvis politiet vurderer at det er mer hensiktsmessig å tilnærme seg saken fra et helseperspektiv, kan de velge å henvise personen til DC.
7. **Beslutning fra påtalemyndighetene:** Beslutningen om å henvise en sak til DC kan også tas av påtalemyndighetene. Dette kan være basert på juridiske retningslinjer og politikk for håndtering av narkotikasaker.
8. **Sosiale og helsemessige aspekter:** Hvis politiet vurderer at det er viktige sosiale eller helsemessige aspekter knyttet til narkotikabruken, kan de anse at avkriminalisering og en tilnærming fra DC er mer hensiktsmessig.

Samlet sett bygger beslutningen om å henvise en person til DC på en helhetlig vurdering av faktorer som er relevante for den enkelte sak. Det er et forsøk på å skille narkotikabruk fra kriminell atferd og adressere det som primært et helseproblem.

### 1.5.2 Hvordan avgjøres rusmiddelavhengighet?

Personer som blir henvist til DC, kan forvente å delta i intervjuer eller fylle ut spørreskjema der de blir bedt om detaljer om sin bruk av illegale rusmidler. Helsevurderingen kan omfatte både somatisk undersøkelse og vurdering av mentale helseaspekter for å fastslå om det er en underliggende avhengighet eller helseproblem. Kommisjonen kan også vektlegge individets sosiale kontekst, inkludert familiære forhold, arbeidssituasjon, og tilgjengelighet av et støttenettverk. Avgjørelsen om

rusmiddelavhengighet er med andre ord ikke basert utelukkende på kriminalitetsaspektet, men tar også hensyn til individets behov for helsehjelp og støtte.

Selv om det ikke er et standardisert spørreskjema som brukes universelt i Portugal for å avgjøre rusavhengighet i forbindelse med DC, er det vanligvis en helhetlig vurdering som inkluderer både spesifikke spørsmål og en bredere evaluering av den enkeltes situasjon. Her er noen typer spørsmål eller temaer som kan bli utforsket under en slik vurdering:

|  |  |
|--|--|
| 1. Rusmiddelbrukshistorie              | Hyppighet av rusmiddelbruk over tid.   |
|  | Varighet av rusmiddelbruk.   |
|  | Typer rusmiddel brukt.   |
| 2. Mengde narkotika                    | Mengden rusmiddel involvert i den pågående saken.                                  |
|  | Om det er små mengder ment for personlig bruk.                                     |
| 3. Helsestatus                         | Generell fysisk helse.   |
|  | Eventuelle helseproblemer knyttet til rusmiddelbruk.                               |
| 4. Mental helse                        | Psykisk helsestatus.   |
|  | Eventuelle psykiske helseutfordringer knyttet til rusmiddelbruk.                   |
| 5. Sosiale forhold                     | Familiære forhold og støttenettverk.   |
|  | Arbeidssituasjon og økonomi.   |
|  | Boligforhold.  |
| 6. Tidligere kriminalitet              | Eventuelle tidligere narkotikarelaterte lovbrudd.                                  |
|  | Annen kriminell atferd eller rettslige problemer.                                  |
| 7. Motivasjon for endring              | Individets motivasjon for å endre rusmiddelbruken.                                 |
|  | Vilje til å delta i behandling eller støtteprogrammer.                             |
| 8. Tidligere erfaringer med behandling | Eventuell tidligere deltakelse i behandling eller rehabilitering for rusmiddelbruk |
|  | Suksess eller utfordringer knyttet til tidligere behandlingsforsøk.                |
| 9. Risikovurdering                     | Risikoen for alvorlige helseproblemer knyttet til fortsatt rusmiddelbruk.          |
|  | Risiko for tilbakefall i kriminell atferd.   |
| 10. Samarbeid med myndighetene         | Grad av samarbeid med politiet og andre myndigheter.                               |
|  | Åpenhet og ærlighet i kommunikasjonen.   |

Dette er bare generelle temaer som kan inngå i en helhetlig vurdering. Det er viktig å merke seg at prosessen ikke nødvendigvis følger et standardisert spørreskjema, men er snarere tilpasset den enkelte situasjonen. Målet er å forstå den enkeltes behov og utfordringer for å tilby adekvat støtte og veiledning. Dette gir større rom for *skjønn* enn det en ren diagnostisering innebærer.

### 1.5.3 Hva skjer etter at vurderingen er ferdig?

Etter vurderingen gir DC rådgivning til individet om risikoen ved bruk av illegale rusmidler. Tiltak som kommisjonene bestemmer, vil variere med om den vurderte anses som rekreasjonsbruker eller rusmiddelavhengig. Sanksjoner overfor rekreasjonsbrukere kan være strengere enn for dem som er avhengige. For «ikke-avhengige» brukes virkemidler som advarsel og gebyrer, nektelse av yrker som krever vandelsattest, bortvisning fra visse områder, utreiseforbud og/eller krav om periodevist oppmøte på et sted DC bestemmer. Det er imidlertid uvanlig at andre reaksjoner enn en advarsel gis i første omgang.

For rusmiddelavhengige er tilbud om behandling den mest benyttede reaksjonen. Gebyrer legges ikke. I noen tilfeller kan individet henvises til behandling eller støttetjenester for å hjelpe dem med å håndtere eventuelle avhengighetsproblemer.

#### 1.5.4 Sentrale dokument for Portugalmodellen

Det ikke er ett spesifikk dokument som utgjør "Portugalmodellen", men flere sentrale dokumenter og lovgivningsdokumenter som har formet og definert denne tilnærmingen. Her er noen av de viktigste dokumentene:

1. Lov 30/2000: Dette er den sentrale loven som ble vedtatt i Portugal i 2000 og som avkriminaliserte besittelse og bruk av små mengder narkotika til personlig bruk (kvantum skal tilsvare 10 dagers bruk). Loven fastsetter grensene for mengder som anses som til personlig bruk og ikke straffeforfølges.
2. Narkotikapolitisk Strategi: Portugals nasjonale strategi for narkotikapolitikk inneholder retningslinjer og målsettinger knyttet til avkriminalisering, helsefremmende tiltak og behandling.
3. Dissuasion Commission Guidelines: Retningslinjer for Dissuasion Commission, den administrative enheten som vurderer saker av narkotikabruk. Dette kan inkludere prosedyrer for vurdering av individuelle tilfeller, kriterier for henvisning og tilbud om behandling eller støttetjenester.

#### 1.5.5 Hva skiller den portugisiske modellen fra «drug courts»:

Den portugisiske modellen skiller seg fra modeller i land som har innført «drug courts». «Drug courts»/narkotikadomstoler ligger inn under justissektoren, mens DC har et helseperspektiv. Den norske modellen med narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) innebærer straffegjennomføring i frihet og et alternativ til soning i fengsel. Ordninga er for rusmiddelavhengige som blir dømt for kriminalitet knyttet til rusmiddelavhengighet. Det kan være kriminalitet gjort under rusmiddelpåvirkning, eller for å finansiere rusmiddelbruk. Den som blir dømt, må være motivert og ønske å gjøre en innsats for å slutte med rusmiddelbruk og gjøre endringer i livet. Dom på ND krever samtykke fra den som skal dømmes og at kriminalomsorgen har utarbeidet personundersøkelse i forkant av dom. Det er påtalemyndigheten som må be kriminalomsorgen om å gjøre dette. I Norge blir ND sett på som særvilkår for en betinget dom. Det blir gitt en prøvetid på mellom 2 og 5 år. Se ellers: [Narkotikaprogram med domstolskontroll](#).

## 1.6 Oppsummering av svar på første spørsmål

Det spørres etter en klar grense mellom «begynnende» fra «tung» rusmiddelavhengighet. Dette lar seg ut fra de verktøy vi har ikke lett skille, da er begreper som ikke har noen motstykker i den kliniske virkeligheten. Avhengighet som sådan lar seg diagnostisere av helsepersonell, og man kan i noen grad screene for dette og avgjøre om hvem som skal sendes til nærmere diagnostisering. Når man har bestemt diagnosen er det imidlertid en rekke spørsmål man må ta stilling til. Det må avgjøres hvor lenge diagnosen varer og for hvilke rusmidler en diagnose skal gjelde. En bredere tilnærming og tenkning enn en enkel diagnose kan være mer formålstjenlig. En fordel med måten problemstillingen håndteres på i Portugal, som avkriminaliserte alle ulovlige rusmidler i 2001, er at avgjørelsen om rusmiddelavhengighet ikke tas av politiet, men av en bredt sammensatt gruppe av fagpersoner *i etterkant av pågripelsen*. Selv om politiet kan utøve noe skjønn med hensyn til hvem som sendes til kommisjonen, skal i prinsippet alle pågrepne møte for denne

faggruppen. I Portugalmodellen tas det med andre ord hensyn til at rusmiddelavhengighet er en kompleks tilstand, hvor mange forhold bør tas i betraktning.

## 2 Spørsmål 2 og 4. Hvem kan sette en diagnose og hvor gjøres det?

### 2.1 Hvem kan sette en diagnose?

En diagnose er et redskap innen medisinsk problemløsning. Ofte brukes begrepet synonymt med «lidelse» eller «sykdom». Helsepersonelloven forteller ikke direkte om *hvem* som kan stille diagnoser. Dette må utledes av *forsvarlighetskravet* i helsepersonelloven § 4 første og annet ledd. Det generelle forsvarlighetskravet innebærer en plikt for helsepersonellet til å *holde seg innenfor sitt fagområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner*. Det er derfor en forutsetning at helsepersonellet har *de nødvendige faglige kvalifikasjoner* for å sette den aktuelle diagnosen. **Kun profesjonsstudiene i medisin eller psykologi kvalifiserer til å sette avhengighetsdiagnoser.** Selv om det ikke står noen steder, kan med andre ord ikke personer som ikke er helsepersonell stille diagnoser.

Helsepersonelloven § 4 første og annet ledd lyder:

*"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell."*

En forutsetning for å kunne diagnostisere er altså at helsepersonell har de faglige kvalifikasjoner som er nødvendige.

Enkelte ganger er det ikke engang nok å bare være psykolog/lege. Da dette er komplekse vurderinger (jfr. «Portugalmodellen» over) kan det nok kreves at psykolog/lege har *særlig kompetanse* på dette spesifikke område. Psykolog/lege må for eksempel følge nasjonale veiledere og faglige retningslinjer for at diagnostiseringen skal være i tråd med kravene til faglig forsvarlighet. Særlig kompetanse kan også sikres gjennom spesialitet i rus og avhengighetsmedisin for leger eller spesialist i rus og avhengighetspsykologi for kliniske psykologer.

Som vi ser av det ovennevnte, er det i stor grad slik at det er helsepersonell som skal sette diagnoser. Begrunnelsen vil være at man ikke skal sette diagnoser uten tilstrekkelig kompetanse. Dette er noe av bakgrunnen til det som svares ut under Spørsmål 1 over.

Som ledd i en diagnostisk utredning av rusmiddelidelser bør det etableres en god kontakt med pasienten preget av gjensidig tillit. I disse rammene bør det gjennomføres et grundig klinisk intervju, i tillegg til bruk av screeningsinstrumenter og diagnostiske manualer (ICD, DSM). Det er også viktig å innhente komparentopplysninger fra familien og andre i nærmiljøet, gjerne gjennomføre en somatisk undersøkelse, kartlegge sosiale forhold og å dokumentere systematisk informasjonen man innhenter gjennom utredningen.

### 2.2 Hvor skal en diagnose settes?

I utgangspunktet trengs det ikke å involvere spesialisthelsetjenesten. Også leger og psykologer med den nødvendig (særskilte) kompetansen utenfor denne kan stille en diagnose av avhengighet.

### 2.3 Oppsummering av svar på andre og fjerde spørsmål

I teksten over har vi vist at det ikke er rimelig å tro at det finnes ett enkelt instrument som *politiet* på gatenivå med letthet kan bruke for å stille diagnosen avhengighet. Det vil være problematisk for ikke-medisinsk personell å sette en slik diagnose. Det beste man kan oppnå er et instrument for screening av rusmiddelproblemer som kan lede til en henvisning til videre diagnostisk avklaring hos lege eller psykolog. Det må være hevet over tvil at en diagnose om avhengighet må settes av helsepersonell som er trent til dette. Det kan være spesialister i rus og avhengighetsmedisin eller spesialist i rus- og avhengighetspsykologi. Men det kan også være andre leger fra andre spesialiteter som har spesiell trening innen området.

### 3 Spørsmål 3. Forekomst

Forekomsten av personer som er diagnostisert med skadelig bruk eller avhengighet av vanedannende legemidler eller illegale rusmidler (narkotika) er relativt lav i befolkningen. Mange som har slike lidelser oppsøker imidlertid ikke helsetjenesten og en kan ikke selv sette slike diagnoser. Lav, og varierende, grad av diagnostisering av alle som har rusmiddelavhengighet eller skadelig bruk, gjør det vanskelig å få gode tall på befolkningsnivå.

Likevel er den viktigste kilden med data man kunne bruke til å skaffe tall for antall som har en avhengighetsdiagnose Norsk pasientregister (NPR) som gir tall på hvor mange som faktisk er behandlet for ulike rusmiddellidelser. Vi vet fra forskning på FHI at det er en klar underrepresentasjon i NPR (20), ved at kun en mindre andel av personer som har lidelsen kommer til behandling. Anslag for denne underrepresentasjonen er bare gjort for personer med alkohollidelser. Det er viktig å understreke at NPR bare har tall for dem som faktisk har fått en diagnose med skadelig bruk eller avhengighet. Underbehandlingen av avhengighet medfører at det er grunn til å tro at langt flere har en slik diagnose, uten at det er registrert.

For å kunne estimere hvor mange som faktisk har en avhengighetslidelse må man benytte andre kilder. Disse kunne innbefatte ulike typer kilder.

Befolkningsundersøkelser som inkluderer klinisk kvalifisert diagnostisering, er dyre og tidskrevende å gjennomføre. Så langt vi vet, er det bare gjort tre diagnosebaserte befolkningsundersøkelser i Norge i nyere tid. Disse befolkningsundersøkelsene gir følgende tall: En studie fra Oslo på slutten av 1990-tallet viser at forekomsten av andre rusmiddellidelser enn alkohol i løpet av siste år var 0,9 prosent (21). I en tilsvarende undersøkelse fra Sogn og Fjordane fra begynnelsen av 2000-tallet var tallene så lave at de ikke var målbare (22). Livstidsforekomsten var 3,4 prosent i Oslo på 1990-tallet (21), og 0,4 prosent i Sogn og Fjordane (22). En tvillingundersøkelse fra FHI ga et anslag for livstidsforekomst på 1,4 prosent i 2010-11, men dette var en yngre gruppe (23).

Ved siden av de diagnosebaserte befolkningsundersøkelsene kunne vi hente data fra to kilder. For det første har vi befolkningsundersøkelser som baserer seg på selvrapportert rusmiddelbruk. Befolkningsundersøkelser har imidlertid kjente svakheter som gjør at de ikke gir et godt grunnlag for å beregne antall personer med en rusmiddelavhengighet.

Blant annet omfatter slike undersøkelser vanligvis bare personer som har en kjent adresse, dvs. personer som bor i institusjon eller er uten fast bopel er som regel ikke en del av utvalgsgrunnlaget. Blant dem som blir trukket ut, er det mange som ikke ønsker å delta. Andelen som ikke deltar er spesielt høy blant dem med stort konsum av rusmidler, men den eksakte andelen er ikke kjent. I tillegg vet man at en del respondenter, bevisst eller ikke, gir uriktige opplysninger om eget forbruk. Igjen kan en tenke at dette spesielt gjelder dem med et avvikende høyt rusmiddelbruk og brukere av ulovlige rusmidler.

Likevel kan befolkningsundersøkelser gi en pekepinn på nivået, hvilke typer rusmidler som brukes og ikke minst på trender i rusmiddelbruk. I Norge har vi en årlig rusmiddelundersøkelse blant den generelle befolkningen i aldersgruppen 16-64 år. I tillegg til spørsmål om forekomst og frekvens av lovlige og ulovlige rusmidler, inngår det et instrument som er ment å avdekke problematisk alkoholbruk (AUDIT, nevnt over).

Rusundersøkelsen inneholder ikke et tilsvarende instrument for å avdekke antall personer med en problematisk bruk av ulovlige rusmidler.

I tillegg til rusmiddelundersøkelsen blant den voksne befolkningen, finnes det også årlige undersøkelser blant skoleelever (ungdomsskole og videregående), de såkalte UngData-undersøkelsene (<https://www.ungdata.no>). I tillegg inngår Norge i et internasjonalt samarbeid som undersøker rusmiddelbruken blant 10-klassinger hvert fjerde år, den såkalte European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD-undersøkelsen). Enkelte resultater fra ulike befolkningsstudier i Norge blir presentert under. De viser andelen i befolkningen som oppgir å ha brukt ulike typer av rusmidler i

løpet av siste år, men sier mindre om hvor mange av disse som har en skadelig bruk eller en avhengighet.

I Norge er det spesielt Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Tromsøundersøkelsen som gjennomføres ca. hvert 10-ende år som samler inn data om rusmiddelbruk. Disse har imidlertid i begrenset grad spurt folk om deres bruk av illegale rusmidler. Slike befolkningsundersøkelser har også sine problemer med hensyn til at folk med rusmiddelproblemer ramler utenfor, aldersspennet som er inkludert er kanskje ikke det optimale, man baserer seg på selvrappport (som ikke gir diagnose og lider av rapporterings skjvheter) og forekomsten av disse problemene er tross alt så lav at undersøkelsene ikke er store nok.

### 3.1 Opioider

Opioider omfatter både skadelig bruk og avhengighet av legalt forskrevne opioider (omtalt under vanedannende legemidler) og illegale opioider, som både kan være i form av heroin og legemidler som omsettes illegalt. Det anslås at rundt 8000 pasienter er i behandling for opioidavhengighet i Norge under overskriften «legemiddelassistert rehabilitering» (LAR) de siste årene (24, 25). Mange med problematisk bruk av opioider, er imidlertid ikke i behandling.

### 3.2 Cannabis

Cannabis er det mest brukte ulovlige rusmiddelet i Norge. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Folkehelseinstituttet viser at om lag 5 prosent av befolkningen i aldersgruppen 16–64 år rapporterte at de hadde brukt cannabis de siste 12 måneder og at rundt 27 prosent oppga at de hadde brukt cannabis en eller flere ganger i løpet av livet. En kan anta at om lag 200 000 har brukt cannabis en eller flere ganger i løpet av siste år i Norge. Tall for utlandet peker mot at 10-25 prosent av dem som bruker cannabis jevnlig kan diagnostieres med en avhengighetsdiagnose (26), og om det så er vil vi ha 20-50 000 cannabisavhengige i Norge per dags dato. I NPR finner vi at om lag 3300 pasienter mottar behandling for cannabisbrukslidelser hvert år ([Narkotika i Norge](#)). Uansett usikkerheten i de ulike estimatene viser dette at bare noen av dem som har en diagnostiserbar cannabisbrukslidelse behandles i spesialisthelsetjenesten.

### 3.3 Vanedannende legemidler

Vanedannende legemidler omfatter smertestillende midler, angst- og sovemidler og noen andre legemidler. Over 1 million mennesker får hvert år forskrevet minst én resept på et vanedannende legemiddel (24). Den aller største delen av disse får én eller noen få resepter i forbindelse med akutt sykdom og bruker disse legemidlene etter intensjonen med godt resultat. Noen mennesker har alvorlig sykdom over tid, og trenger disse medisinene i høyere doser og over tid.

Et lite mindretall har skadelig bruk eller avhengighet av vanedannende legemidler. Vi har ikke tall som sier hvor mange dette er, men én undersøkelse viser at av de litt over 800 000 som mottok minst én resept på angst og sovemedisiner, fikk ca. 13 000 personer (1,6 %) mer enn 2 dagers forbruk for hvert døgn i året (27). I perioden 2019-21 fikk over 560 000 personer utlevert minst én resept på et opioid minst én gang i året. Rundt 60 000 personer ble definert som vedvarende opioidbrukere (28). Disse hadde også en høy samtidig bruk av andre vanedannende legemidler.



### 3.4 Amfetaminer

I Norge brukes amfetamin og metamfetamin om hverandre (29) og vil her bli omtalt som amfetaminer. I befolkningsbaserte studier rapporterer 2,4 % av kvinnene og 5,0 % av mennene om livstidsbruk av amfetaminer, mens mindre enn 1 prosent rapporterte bruk siste år (30). Det er anslagsvis 11 000 problembrukere av amfetamin i Norge, hvorav om lag halvparten er sosialt marginalisert (30). Det er få som er i behandling (31).

### 3.5 Kokain

Kokain er i likhet med amfetamin og metamfetamin et sentralstimulerende middel. Men i motsetning til amfetaminer har kokain begrenset medisinsk anvendelsesområde, til tross for at middelet tidligere kunne ha en slik bruk. I likhet med andre illegale rusmidler representerer anslagene fra de nasjonale helseregistrene sannsynligvis et betydelig underestimat av den faktiske bruken av kokain i Norge som oppfyller kriteriene for avhengighet og/eller skadelig bruk. Ifølge NPR, altså de registrerte tilfellene fra spesialisthelsetjenesten, ser en at skadelig kokainbruk er mest utbredt hos yngre voksne, dvs. hos aldersgruppene mellom 20 og 40 år. I en nylig publisert rapport basert på selvrapporing fra FHI finner en at bruken av kokain har økt blant ungdommer de senere år ([Sentralstimulerende stoffer](#)). En lignende trend ser man for antall individer som er registrert med kokainbrukslidelser fra spesialisthelsetjenesten de siste årene (Figur 1 og 2 under) og ([Hovedpunkter - Rusmiddellidelser i Norge](#)). Det er i så måte viktig å påpeke at det er en forskjell mellom *bruk* av rusmidler (om så illegal) og rusmiddelbruk som oppfyller kriteriene for avhengighet og/eller skadelig bruk. Til tross for en statistisk sammenheng og flytende overganger kan en ikke automatisk slutte fra den ene kategorien til den andre.

### 3.6 Noen tall fra NPR

**Tabell 1.** Landsdekkende data fra Norsk pasientregister (2022) om antall pasienter som var til behandling for ulike rusmiddel lidelser (skadelig bruk og avhengighet; ICD-10 F1x.1 og F1x.2) fordelt på hovedrusmiddel og aldersgrupper.

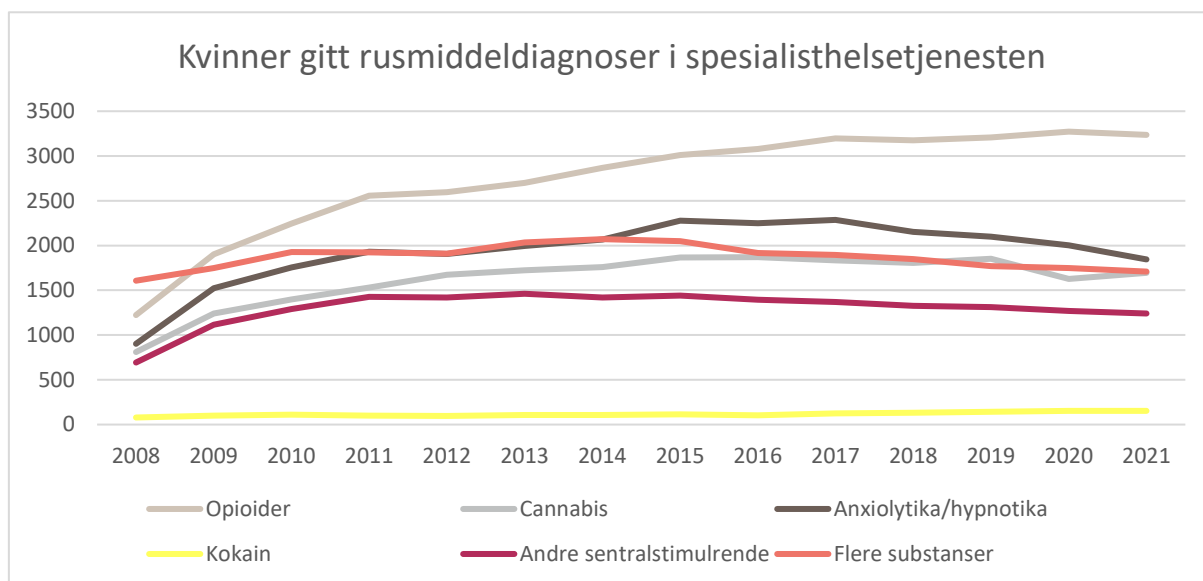
| Alder | Opioider | Cannabis | Angst og sovemedisiner | Kokain | Amfetamin | Hallusinogener | Sniffe-midler | Flere rusmidler |
|-------|----------|----------|------------------------|--------|-----------|----------------|---------------|-----------------|
| <15   | 0        | <5       | 0                      | 0      | 0         | 0              | 0             | 0               |
| 15-19 | 11       | 289      | 30                     | 12     | 22        | 9              | 0             | 136             |
| 20-24 | 134      | 909      | 98                     | 85     | 119       | 13             | <5            | 460             |
| 25-29 | 409      | 796      | 140                    | 133    | 225       | 12             | 0             | 548             |
| 30-34 | 858      | 609      | 153                    | 120    | 279       | <5             | 0             | 500             |
| 35-39 | 1096     | 317      | 136                    | 82     | 327       | 5              | 0             | 421             |
| 40-44 | 1412     | 184      | 112                    | 45     | 261       | <5             | <5            | 279             |
| 45-49 | 1348     | 114      | 75                     | 18     | 204       | <5             | 0             | 182             |
| 50-54 | 1442     | 66       | 74                     | 8      | 122       | 0              | 0             | 142             |
| 55-59 | 1155     | 40       | 98                     | 7      | 69        | <5             | <5            | 79              |
| 60-64 | 730      | 12       | 75                     | <5     | 30        | 0              | 0             | 40              |
| >=65  | 417      | 10       | 112                    | 0      | 11        | <5             | 0             | 32              |
| Total | 9012     | 3347     | 1103                   | 511    | 1669      | 50             | <5            | 2819            |

Figurene 1-4 viser antall pasienter som er har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten fordelt på kjønn 2008-2021. Dette omfatter alle som har fått en diagnose (ICD-10 F10-19) for de nevnte rusmidlene (ikke bare skadelig bruk og avhengighet). Figur 1 og 2 viser antallet per år – alle samlet, mens figur 3 og 4 viser jenter og gutter under 20 år. Vær oppmerksom på at skalaene på y-aksene er ulike.

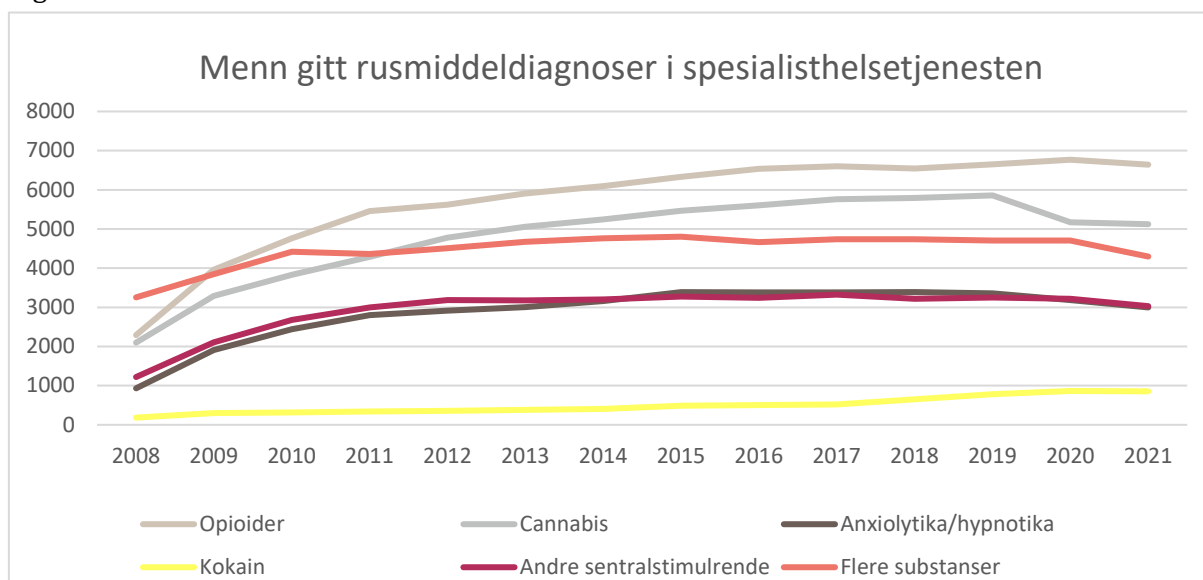
Kommentar til figurene:

For figur 3 og 4 som omhandler individer i aldersspennet 0-19 år skal en være forsiktig med å generalisere på bakgrunn av tallmaterialet da tallene er såpass små og således ikke sikkert representative. Året 2008 bør en også muligens se bort fra, idet NPR startet opp det året og kan mangle en viss andel registreringer. Ellers er det tendenser fra Figur 1 og 2 som tyder på at forekomsten av opioidlidelser er økende.

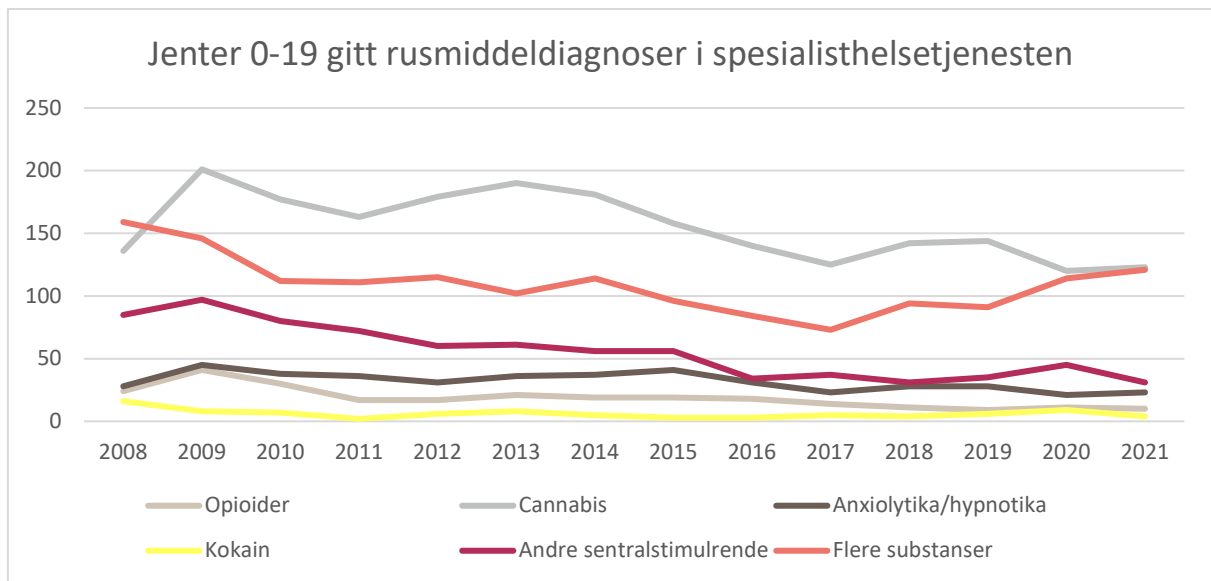
Figur 1.



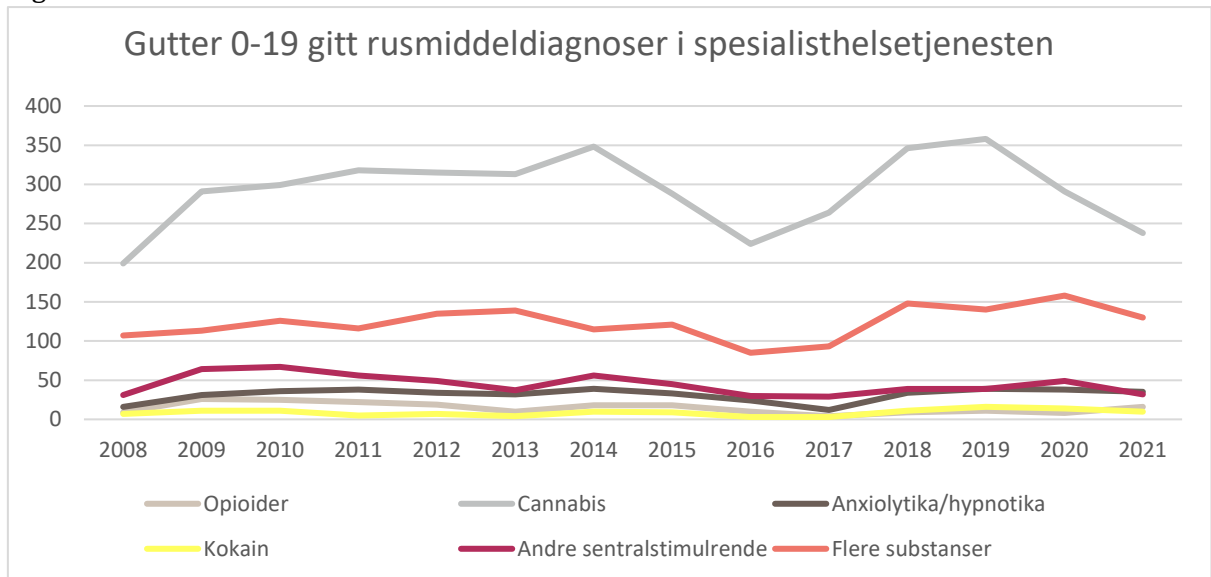
Figur 2.



Figur 3.



Figur 4.



## 4 Litteratur

1. Bramness JG. Rus, rusmiddel, rusgift, misbruk og skadelig bruk. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2014;134(20):1968.
2. Bramness JG. Det finnes ikke rusmisbrukere. *Dagens Medisin*. 2022 26. sept.
3. Wu LT, Blazer DG, Woody GE, Burchett B, Yang C, Pan JJ, et al. Alcohol and drug dependence symptom items as brief screeners for substance use disorders: results from the Clinical Trials Network. *J Psychiatr Res*. 2012;46(3):360-9.
4. Saha TD, Chou SP, Grant BF. The performance of DSM-5 alcohol use disorder and quantity-frequency of alcohol consumption criteria: An item response theory analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2020;216:108299.
5. Lundin A, Waern M, Löve J, Lövestad S, Hensing G, Danielsson AK. Towards ICD-11 for alcohol dependence: Diagnostic agreement with ICD-10, DSM-5, DSM-IV, DSM-III-R and DSM-III diagnoses in a Swedish general population of women. *Drug and alcohol dependence*. 2021;227:108925.
6. Chung T, Cornelius J, Clark D, Martin C. Greater Prevalence of Proposed ICD-11 Alcohol and Cannabis Dependence Compared to ICD-10, DSM-IV, and DSM-5 in Treated Adolescents. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(9):1584-92.
7. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res*. 2005;11(1):22-31.
8. Pape H, Lobmaier P, Bukten A. An evaluation of eight short versions of the Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT). A prison population study. *Drug and Alcohol Dependence Reports*. 2022;3:100043.
9. Shirinbayan P, Salavati M, Soleimani F, Saeedi A, Asghari-Jafarabadi M, Hemmati-Garakani S, et al. The Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test. *Addict Health*. 2020;12(1):25-33.
10. Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav*. 1982;7(4):363-71.
11. Thomasius R, Paschke K, Arnaud N. Substance-Use Disorders in Children and Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(25):440-50.
12. Tarter RE, Kirisci L. Validity of the Drug Use Screening Inventory for Predicting DSM-III-R Substance Use Disorder. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 2001;10:45 - 53.
13. Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use. *Pediatrics*. 2014;133(5):819-26.
14. Fidalgo TM, Tarter R, da Silveira ED, Kirisci L, da Silveira DX. Validation of a short version of the revised drug use screening inventory in a Brazilian sample of adolescents. *The American journal on addictions*. 2010;19(4):364-7.
15. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010;376(9752):1558-65.
16. Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*. 2000;95(Suppl 2):S91-117.
17. Robinson TE, Berridge KC. Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*. 2001;96(1):103-14.
18. Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28 Suppl 1:S51-62.
19. Dahl AA, Løvlie A. *Psykiske lidelser : forståelse, diagnostikk og juss*. Oslo: Universitetsforlaget; 2019.


20. Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K, Rosenstrom TH, Bramness JG, Gillespie N, et al. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(1):54-64.
21. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American journal of psychiatry*. 2001;158(7):1091-8.
22. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(9):713-9.
23. Ystrom E, Kendler KS, Reichborn-Kjennerud T. Early age of alcohol initiation is not the cause of alcohol use disorders in adulthood, but is a major indicator of genetic risk. A population-based twin study. *Addiction*. 2014;109(11):1824-32.
24. Reseptregisteret. Folkehelseinstituttet; 2022 [Available from: <http://www.reseptregisteret.no/>].
25. Bech AB. Seraf rapport nr-2 2022 statusrapport 2021 2022 [Available from: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2022/seraf-rapport-nr-2-2022-statusrapport-2021.html>].
26. Bramness JG, Bretteville-Jensen AL. Cannabis – farligere enn vi trodde? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2020;140(18).
27. Rossow I, Bramness JG. The total sale of prescription drugs with an abuse potential predicts the number of excessive users: a national prescription database study. *BMC Public Health*. 2015;15:288.
28. Odsbu I, Handal M, Hjellvik V, Borchgrevink PC, Clausen T, Nesvåg R, et al. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2022;142(3).
29. Rognli EB, Medhus SE, Bramness JG. [Amphetamine-induced psychosis or schizophrenia?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2015;135(3):249-51.
30. Norwegian Institute of Public Health. Narkotikabruk i Norge Folkehelseinstituttet2021 [updated 02.09.2021. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?term=&h=1>].
31. EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Lisbon: EMCDDA; 2023.

## 5 Vedlegg

## DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Her er noen spørsmål om rusmidler (narkotiske stoffer og legemidler). Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

|   |   |  |  |   |  |
|---|---|--|--|---|--|
|    | <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne | Alder <input type="text"/>   |  |   |  |
| 1. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?<br>(Se listen over narkotiske stoffer og legemidler.)   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | 1 gang i måneden eller sjeldnere<br><input type="checkbox"/>       | 2-4 ganger i måneden<br><input type="checkbox"/> | 2-3 ganger i uken<br><input type="checkbox"/>             | 4 ganger i uken eller mer<br><input type="checkbox"/>    |
| 2. Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | 1 gang i måneden eller sjeldnere<br><input type="checkbox"/>       | 2-4 ganger i måneden<br><input type="checkbox"/> | 2-3 ganger i uken<br><input type="checkbox"/>             | 4 ganger i uken eller mer<br><input type="checkbox"/>    |
| 3. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler?  | 0<br><input type="checkbox"/>                                 | 1 - 2<br><input type="checkbox"/>                                  | 3 - 4<br><input type="checkbox"/>                | 5 - 6<br><input type="checkbox"/>                         | 7 eller flere<br><input type="checkbox"/>                |
| 4. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |
| 5. Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |
| 6. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt?  | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |
| 7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |
| 8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?  | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |
| 9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?   | Aldri<br><input type="checkbox"/>                             | Sjeldnere enn en gang i måneden<br><input type="checkbox"/>        | Hver måned<br><input type="checkbox"/>           | Hver uke<br><input type="checkbox"/>                      | Daglig eller nesten hver dag<br><input type="checkbox"/> |
| 10. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler?  | Nei<br><input type="checkbox"/>                               | Ja, men ikke i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  | Ja, i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  |
| 11. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler? | Nei<br><input type="checkbox"/>                               | Ja, men ikke i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  | Ja, i løpet av det siste året<br><input type="checkbox"/> |  |

Se listen over narkotiske stoffer og legemidler



Norsk versjon 2.1 © Anne Landheim & Kjell Bakken, Kompetansesenter rus - region øst, tel. 62581568  
E-post: anne.landheim@psykiatrihuset.innland.no

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyer, Karolinska Institutet. Frågor: anne.h.berman@ki.se

## LISTE OVER NARKOTISKE STOFFER (OBS! IKKE ALKOHOL)

| Cannabis     | Amfetamin, sentralstim. | Kokain     | Opiater      | Hallucinogener  | Løsningsmiddel | GHB og øvrige        |
|--------------|-------------------------|------------|--------------|-----------------|----------------|----------------------|
| Cannabis     | Amfetamin               | Crack      | Heroin       | 2C-B, DOB       | Bensin         | Amylnitrit (poppers) |
| Cannabisolje | Betelnøtt               | Freebase   | Opium        | DMT (mimosa)    | Gass           | Anabole steroider    |
| Hasj         | Concerta                | Kokablåd   | Røyke-heroin | Ecstasy (MDMA)  | Lim            | Antikolinergika      |
| Marihuana    | Dexamim                 | Kokain     |              | Fleinsopp       | Løsemidler     | (Disipal, Akineton)  |
|              | Equasym                 | Kokainbase |              | Ketalar/Ketamin | Trikløretylen  | GHB, GBL             |
|              | Fenmetralin             | Kokapasta  |              | LSD             | Tynner         | Lystgass             |
|              | Khat                    |            |              | Magic mushrooms |                |                      |
|              | Metamfetamin            |            |              | Meksikansk sopp |                |                      |
|              | Metylfenidat            |            |              | Meskalin/Peyote |                |                      |
|              | Modafinil               |            |              | Muskat          |                |                      |
|              | Modiodal                |            |              | PCP             |                |                      |
|              | Ritalin                 |            |              | Piggeple        |                |                      |
|              |                         |            |              | Psilocybin      |                |                      |

## LEGEMIDLER

Legemidler regnes som rusmiddel når du tar det:

- mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- for å ha det moro, føle deg bra, bli "høy", eller prøve ut effekten av dem
- og har fått det av en slektning eller venn
- og har kjøpt det "svart" eller stjålet det

### Beroligende legemidler og/eller sovetabletter

|               |              |            |
|---------------|--------------|------------|
| Alopam        | Karisoprodol | Stilnoct   |
| Aprazolam     | Klometiazol  | Valium     |
| Apodorm       | Klonazepam   | Vival      |
| Ativan        | Lorazepam    | Xanor      |
| Barbital      | Midazolam    | Xanor dep. |
| Diazepam      | Mogadon      | Zolpidem   |
| Dormicum      | Nitrazepam   | Zopiclone  |
| Fenemal       | Oxazepam     | Zopiklon   |
| Fenobarbital  | Rivotril     |            |
| Flunitrazepam | Rohypnol     |            |
| Flunipam      | Sobril       |            |
| Heminevrin    | Somadril     |            |
| Imovane       | Stesolid     |            |

### Smertestillende legemidler

|                              |             |                     |
|------------------------------|-------------|---------------------|
| Actiq                        | Ketalar     | OxyNorm             |
| Anervan                      | Ketamin     | Pallodon            |
| Aporex                       | Ketobemidon | Paralgin            |
| Apotekets sterke             | Ketogan     | Paralgin-           |
| -Hostesirup                  | Ketorax     | - Forte/Major/Minor |
| Buprenorfin                  | Kodein      | Petidin             |
| Cosylan                      | Leptanal    | Pinex               |
| <del>Dekstopropoksifen</del> | Matrifen    | Pinex-              |
| Dolcontin                    | Meprobamat  | - Forte/Major       |
| Durogesic                    | Metadon     | Solvipect Comp      |
| Etylmorfin                   | Morfin      | Suboxone            |
| Fentanyl                     | Morfin-     | Subutex             |
| Fortralin                    | scopolamin  | Temgesic            |
| Hydrokon                     | Nobligan    | Tramadol            |
| Hydromorfon-                 | Norspan     | Tramagetic          |
| klorid                       | Oksykodon   |                     |
| Kapanol                      | OxyContin   |                     |

Legemidler regnes IKKE som rusmiddel når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).



# DUDIT

## Drug Use Disorders Identification Test

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstjerna & Frans Schlyter v2.1

| Risikonivå                         | Skår                                | Råd til fagperson  | Til deg som har fylt ut dette skjema selv. Ønsker du å snakke med noen, kan du ringe: Rustelefonen 08588  |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <b>Sone I</b><br>Lav risiko        | Menn : 0 - 5<br>Kvinner : 0 - 1     | Gi generell informasjon om risiko knyttet til bruk av narkotiske stoffer/legemidler.   | Svarene dine viser at du har ingen (ved 0 poeng) eller lav risiko for å utvikle problemer knyttet til bruk av narkotiske stoffer/legemidler.<br><br>Hvis du bruker slike narkotiske stoffer/legemidler, vil det kunne innebære en viss risiko. Det er derfor viktig at du serger for at din bruk ikke øker.   |
| <b>Sone II</b><br>Økende risiko    | Menn : 6 - 19<br>Kvinner : 2 - 19   | Gi rådgivning, motiverende samtale og oppfølging.<br><br>Vurder sammen med personen om henvisning til mer spesialisert utredning og behandling er aktuelt og/eller ønskelig<br><br>Det er aktuelt å tilby personen en utvidet kartlegging av sin bruk av narkotiske stoffer og legemidler (Dudit-E). | Svarene dine viser at du tidvis bruker narkotiske stoffer/legemidler. Jo høyere skår du har fått, desto mer bekymringsfullt er det.<br><br>Du kan snakke med noen om din bruk av rusmidler, for eksempel noen i familien din, en venn, kollega eller andre. Det kan også hende du trenger profesjonell hjelp.   |
| <b>Sone III</b><br>Høy risiko      | Menn : 20 - 29<br>Kvinner : 20 - 29 | Gi rådgivning, motiverende samtale og oppfølging.<br><br>Vurder sammen med personen om henvisning til mer spesialisert utredning og behandling er aktuelt og/eller ønskelig<br><br>Det er aktuelt å tilby personen en utvidet kartlegging av sin bruk av narkotiske stoffer og legemidler (Dudit-E). | Svarene dine viser at du bruker narkotiske stoffer/legemidler ofte. Det er bekymringsfullt. Kanskje opplever du rusrelaterte problemer i hverdagen. Trolig trenger du profesjonell hjelp for å slutte med slike rusmidler.<br><br>Ta kontakt med din fastlege eller andre i hjelpeapparatet. De kan sammen med deg finne ut hva som trengs for at du eventuelt skal kunne greie å slutte å bruke slike rusmidler.<br><br>Du kan også snakke med noen andre om din bruk av rusmidler, f.eks noen i familien din, en venn, kollega eller andre. |
| <b>Sone IV</b><br>Svært Høy risiko | Menn : 30 - 44<br>Kvinner : 30 - 44 | Gi rådgivning, motiverende samtale og oppfølging.<br><br>Vurder sammen med personen om henvisning til mer spesialisert utredning og behandling er aktuelt og/eller ønskelig<br><br>Svært aktuelt å tilby personen en utvidet kartlegging av sin bruk av narkotiske stoffer og legemidler (Dudit-E).  | Svarene dine viser at du bruker narkotiske stoffer/legemidler ofte. Det er bekymringsfullt. Kanskje opplever du rusrelaterte problemer i hverdagen. Trolig trenger du profesjonell hjelp for å slutte med slike rusmidler.<br><br>Ta kontakt med din fastlege eller andre i hjelpeapparatet. De kan sammen med deg finne ut hva som trengs for at du eventuelt skal kunne greie å slutte å bruke slike rusmidler.<br><br>Du bør også snakke med noen andre om din bruk av rusmidler, f.eks noen i familien din, en venn, kollega eller andre. |