

SIFA rapport

Nr. 1/89

Astrid Skretting og Ole-Jørgen Skog

ARRESTERTE SPRØYTEMISBRUKERE

ERFARINGER FRA ET 3 MND PILOTPROSJEKT

HØSTEN 1987

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
National Institute for Alcohol and Drug Research

ARRESTERTE SPRØYTEMISBRUKERE

ERFARINGER FRA ET 3 MND PILOTPROSJEKT HØSTEN 1987

Astrid Skretting og Ole-Jørgen Skog

**Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Oslo 1988**

ISBN 82-7171-139-3

FORORD

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning startet i 1987 prosjektet "Norsk stikkmerkeundersøkelse". Målsettingen med undersøkelsen er å få et bedre bilde av det intavenøse misbruket av narkotika. Som en del av undersøkelsen ble det høsten 1987 gjennomført en pilotstudie med datainnsamling over tre måneder. Hovedundersøkelsen startet opp i 1988 og vil bli avsluttet i 1991/92. Rapporten presenterer data fra pilotstudien og gjør rede for bakgrunn og metode for undersøkelsen.

Undersøkelsen er finansiert av NORAS og Sosialdepartementet.

Takk til sykepleierne Trond Dæhli og Bjørg Hakkjelberg som sto for datainnsamlingen i arresten på Politihuset i Oslo. Takk også til Oslo politikammer som gjorde undersøkelsen mulig.

For kommentarer til manuskriptet vil vi takke Sverre Brun-Gulbrandsen og Sturla Nordlund.

Astrid Skretting

Ole-Jørgen Skog

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1. Hva vet vi om intravenøst misbruk i Norge?	1
1.2. Behov for mer kunnskap	3
1.3. Bakgrunn for denne forstudien	9
1.4. Problemstillinger som belyses i rapporten	9
 2. METODEN OG MATERIALET	 10
2.1. Arresten ved Politihuset	10
2.2. Hvordan foregikk undersøkelsen?	11
2.3. Klassifisering av sprøytestikk	13
2.4. Hvor mange inngår i undersøkelsen?	14
2.5. Ville arrestantene delta i undersøkelsen?	17
2.6. Hvem sa nei?	20
2.7. Oppsummering. Arrestant - individ	23
 3. SPRØYTEMISBRUK BLANT ARRESTANTER	 26
3.1. Hvor stor andel er misbrukere?	26
3.2. Sammenligning med svenske data	28
3.3. Andel misbrukere i ulike aldersgrupper	29
3.4. Arrestgrunnlag - stikkmerker	30
 4. ARRESTANTER MED MERKER ETTER SPRØYTESTIKK	 33
4.1. Innledning	33
4.2. Demografiske kjennetegn	35
4.3. Når startet sprøytebruken?	36
4.4. Veien inn i misbruket	40
4.5. Kontakt med tiltaksapparatet	44

5. TYPEN AV MISBRUK	46
5.1. Sentralstimulerende midler - opiater, ulike misbrukstyper?	46
5.2. Hva injiseres?	47
5.3. Starter heroinmisbrukere tidligere med sprøyter?	50
5.4. Stofftype injisert - kontakt med tiltaksapparatet	52
5.5. Misbruksaktivitet - ulike stoffgrupper	53
5.6. Ulike subkulturer?	54
6. HIV-EPIDEMIEN BLANT INJEKSJONSMISBRUKERE	56
6.1. Innledning	56
6.2. Hvor mange er HIV-testet?	59
6.3. Deling av sprøyter?	62
6.4. Hvor stor andel av sprøytemisbrukere i Oslo-området er HIV-positive?	64
6.5. HIV-epidemiens mørketall blant intravenøse misbrukere	66
7. OPPSUMMERING OG UTSYN	68
7.1. Sammenfatning	68
7.2. Videre planer	69
7.3. Praktiske spørsmål - forslag til tiltak	71
VEDLEGG 1. Estimering av HIV-epidemiens mørketall blant intravenøse misbrukere	74
VEDLEGG 2. Kampen for data	88
VEDLEGG 3. Registreringsskjema stikkmerkeundersøkelsen 1987	104
LITTERATURLISTE	106
ENGLISH SUMMARY	110

1. INNLEDNING

1.1. Hva vet vi om intravenøst misbruk i Norge?

Vi har liten kunnskap om det intravenøse narkotikamisbruket i Norge. Dette gjelder særlig epidemiologiske data, både om omfang og misbruksmønster. Det finns f.eks. ingen noenlunde presise indikatorer på omfanget av tungt narkotikamisbruk i offisiell statistikk.

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning foretar hvert år en surveyundersøkelse om bruk av rusmidler blant ungdom under 20 år i Oslo. Disse viser at i underkant av 1 prosent i alderen 15 - 20 år oppgir at de noen gang har tatt stoff med sprøyte. Denne andelen har vært stabil i 80 -årene (Irgens-Jensen 1986).

I en surveyundersøkelse fra Kristiansand i 1977 oppga 0.6 prosent av respondentene at de noengang hadde tatt narkotika med sprøyte (Arner, Duckert og Hauge 1980).

I en studie av 350 personer som er dømt etter §162 i Straffeloven, den såkalte "proffparagrafen", fant Kåre Bødal at litt over halvparten hadde erfaring med sprøytemisbruk (Bødal 1982).

De studier vi ellers har i Norge om sprøytemisbrukere er knyttet til vurdering av ulike hjelpetiltak for stoff-

misbrukere. I undersøkelsene av klienter ved Uteseksjonen (Stang 1976), avd. Lien ved Dikemark sykehus (Vaglum 1979) og arbeidstreningssgrupper i Oslo (Ravndal, Hammer og Vaglum 1984) var andelen injeksjonsmisbrukere ca 50%.

I en del dokumenter finner vi forsøk på beregninger eller gjetninger av størrelsen på populasjonen av intravenøse misbrukere. I en rapport fra en nordisk arbeidsgruppe anslås antallet som noen gang har brukt noe narkotisk stoff med sprøyte i Norge, til å dreie seg om noe mellom 3000 og 4500. For Oslo beregnes gruppen til å omfatte mellom 1300 og 2000 personer (Nordisk kontaktmannsorgan for narkotikaproblemer 1984).

I Stortingsmelding nr. 13 (1985 - 86) "Om narkotika-problemene og narkotikapolitikken", anslås antall personer som noen gang har inntatt narkotika med sprøyte, til å være mellom 3000 - 4500 personer. Ca halvparten antas å bo i Oslo.

En arbeidsgruppe som vurderte metadonspørsmålet i lys av HIV-epidemien, kommer fram til at det er 3000 - 5000 personer som har et misbruk som omfatter sprøyter. Minst halvparten antas å holde til i Oslo. 500 - 2000 antas å bruke sprøyter mer regelmessig (Sentralrådet for narkotikaproblemer 1986).

I 1986 anslo SIFA at antallet som noen gang har tatt et narkotisk stoff med sprøyte, til å være mellom 3500 - 6000 (Irgens Jensen 1986).

I Stortingsmelding nr. 29 (1987 - 88) "Om HIV/AIDS epidemien" heter det: "Antallet intravenøse stoffmisbrukere er anslått til 4500. Dette er et relativt sikkert anslag."

Vi vil anføre at de anslag som er gjort i ulike sammenhenger er tildels svært løst fundert. Mange av beregningene bygger på andre også svært omtrentlige anslag. Vi finner det derfor betenkelig at populasjonens størrelse fastslås til eksakte tall slik det f.eks. gjøres i stortingsmeldingen "Om HIV/AIDS-epidemien". Det er all grunn til fortsatt å være vag i antydninger om sprøytemisbrukerpopulasjonens størrelse.

1.2. Behov for mer kunnskap

Både det forskningsmessige og det samfunnsmessige behovet for mer pålitelig kunnskap om narkotikamisbruk generelt og sprøytemisbruk spesielt, er åpenbart. Dette gjelder både behovet for data som kan belyse det intravenøse narkotikaproblemets størrelse (prevalens), endringer i denne over tid og nyrekruttering (insidens).

Behovet er blitt ytterligere aktualisert i lys av HIV-epidemien. Sålenge vi ikke har noenlunde pålitelige tall over den intravenøse misbrukerpopulasjonens størrelse, er det vanskelig å ha noen formening om hvor mange med risikoatferden sprøytemisbruk som kan være smittet av HIV-viruset.

Ett mål på mulig effekt av ulike innsatser for å bekjempe narkotikaproblemet vil være hvorvidt og i hvilken grad det skjer endringer i misbrukerpopulasjonens størrelse. Dette gjelder ikke minst for å kunne si noe om effekten av det forebyggende arbeidet; både av ulike kontrollpolitiske tiltak for å redusere tilførselen, og informasjon og sosialpedagogiske tiltak for å redusere etterspørselen etter narkotika.

Hvilken metodikk bør vi så ta i bruk for å få en bedre kartlegging av det intravenøse misbruket? Det er forskjellige muligheter. Flere alternativer har vært prøvet i andre land, hver med sine fordeler og ulemper.

Det finnes ingen sentral behandlingsstatistikk fra helse- og sosialsektoren. Selv om en slik statistikk kunne framskaffes vil den ikke nødvendigvis være noen god indikator på misbrukets omfang og endringer i dette. Dels på grunn av at det er for få behandlingsplasser, dels på grunn av at mange misbrukere aldri kommer til behandling og dels på grunn av at det ofte tar lang tid fra et misbruk starter til kontakt med tiltaksapparatet eventuelt etableres.

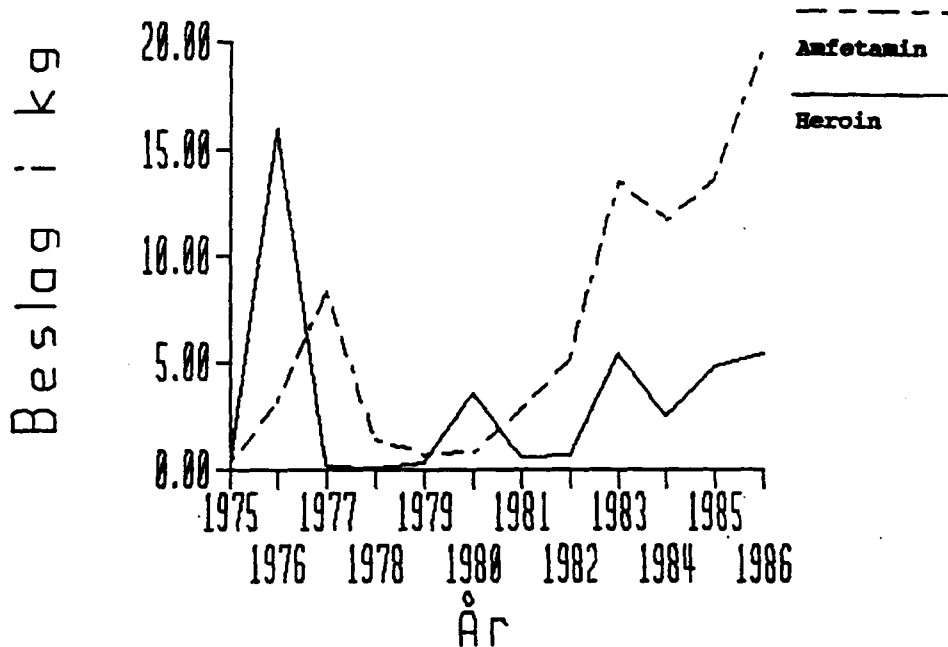
Statistikken over såkalte narkotikadødsfall er beheftet med stor usikkerhet. Det foreligger heller ingen entydig definisjon for hva som klassifiseres som narkotikadødsfall. Statistisk sentralbyrå legger f.eks. til grunn en snevrere definisjon enn politiet, noe som illustreres av tabell 1.2.1. Tallet på slike dødsfall er også såvidt lavt at det ikke vil kunne tjene som en indikator på endringer over tid.

Tabell 1.2.1. Narkotikadødsfall 1980-1987.

	Statistisk sentralbyrå	Politiet
1980	32	43
1981	20	44
1982	24	25
1983	32	31
1984	28	40
1985	45	53
1986	44	55
1987	-	60

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kriminalpolitisen

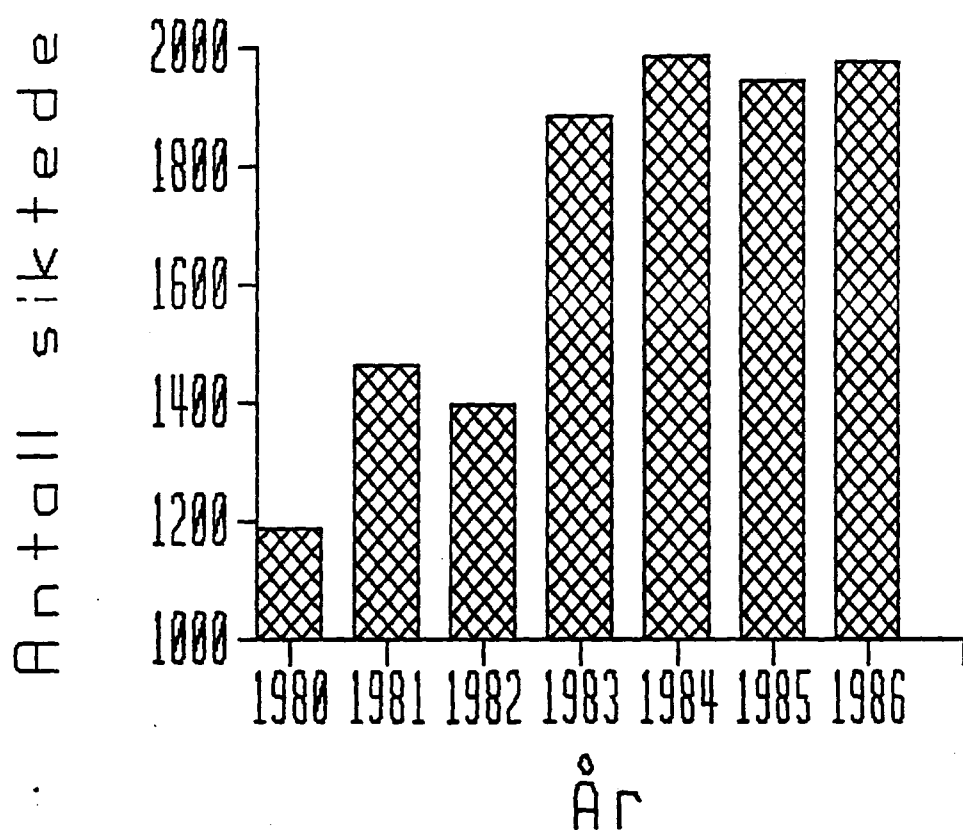
Beslagstatistikken fra politi og tollvesen er heller ingen egnet indikator. Også her finner en store usystematiske svingninger fra år til år. Beslagene vil også i stor grad være avhengig av ressurser og prioriteringer. En må også ta i betraktning at endel av det stoffet som beslaglegges kan ha vært beregnet på utenlandske markeder.



Figur 1.2.1. Beslag av amfetamin og heroin foretatt av politi og tollvesen 1975-1986.

Kilde: Kriminalpolitisenralen.

Data fra rettsapparatet vil heller ikke kunne gi gode nok data. Hvor mange som arresteres og eventuelt dømmes etter brudd på narkotikalovene vil også bare kunne fange opp en del av misbrukspopulasjonen. Også her vil ressurser og prioriteringer spille inn.



Figur 1.2.2. Antall siktede for overtredelse av narkotikalongivningen 1980-1986.

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

En mulighet kan da være at man forsøker å gjøre en total-telling av det intravenøse misbruket ved å sam-

menholde data fra politi, rettsvesen og de ulike deler av det sosiale hjelpeapparatet. Dette ble gjort i Sverige i 1979 (Socialdepartementet 1980). Selv om en slik undersøkelse gir svært verdifull informasjon, gir den imidlertid bare et øyeblikksbilde av situasjonen. For å få data om utviklingen over tid, må undersøkelsen gjentas. Dette vil være svært ressurskrevende. Dessuten viste den svenske undersøkelsen at man ved denne typen undersøkelser står overfor betydelige feilkilder, særlig i form av såkalt falske positive. For eksempel viste det seg at av de klienter som av et rapporteringssystem ble antatt å være injeksjonsmisbrukere, ble bare omkring halvdelen antatt å være injeksjonsmisbrukere av et annet og vice versa.

En annen metode består i å registrere såkalte stikkmerker blant arrestanter. Denne metoden er riktignok fokusert mot spesielle grupper av injeksjonsmisbrukere, men den er til gjengjeld relativt enkel og lite ressurskrevende. Metoden ble utviklet i Stockholm på midten av 60-tallet (Bejerot 1975), og er fortsatt i bruk. En tilsvarende registrering har startet i Göteborg (Eriksson et al. 1984).

Metodens rasjonale er for det første at en betydelig del av injeksjonsmisbrukerne kommer i kontakt med politiet på grunn av sin livsstil og på grunn av samfunnets reaksjoner på slikt misbruk. For det andre er spor etter vene-punkturasjoner synlige over lengre tid og forholdsvis lett å konstatere ved rutinemessig kontroll. De svenske erfaringene er at det kan påvises betydelige endringer over tid, og det er grunn til å tro at disse i en viss grad avspeiler reelle endringer i misbrukssituasjonen (Bejerot 1975).

1.3. Bakgrunnen for denne forstudien

På bakgrunn av de svenske erfaringene tok Institutt for alkohol- og narkotikaforskning initiativet til å sette igang et pilotprosjekt for å prøve denne kartleggingsmetoden i Oslo. Norges råd for anvendt samfunnsforskning (NORAS) bevilget lønnsmidler til forsker for videre utredning og gjennomføring av et tre måneders pilotprosjekt gjennom programmet "Forebyggende narkotikaforskning". Sentralrådet for narkotika-problemer bevilget midler til opplæring og lønn til sykepleiere som undersøkte arrestantene i pilotperioden.

Pilotprosjektet møtte positiv velvilje fra Oslo politikkammer. Vi hadde ikke problemer med å få adgang til å foreta undersøkelsen i arresten, eller få adgang til nødvendige dokumenter (arrestjournaler).

Registreringen startet mandag 14. september og varte til og med søndag 13. desember, det vil si 3 måneder.

1.4. Problemstillinger som belyses i rapporten

I denne rapporten vil vi framlegge og drøfte metodiske problemstillinger i forbindelse med prosjektet. Vi vil ellers presentere data om sprøytemisbruk blant arrestanter på bakgrunn av pilotprosjektet. Vi vil prøve å tegne et bilde av gruppen sprøytemisbrukere i arrestpopulasjonen, hvem de er, når de startet sitt sprøytemisbruk, hva de injiserer, kontakt med tiltaksapparatet, etc. Vi vil også si noe om HIV-epidemien blant sprøytemisbrukere på bakgrunn av undersøkelsen. Til slutt vil vi skissere de videre planer for undersøkelsen.

2. METODEN OG MATERIALET

2.1. Arresten ved Politihuset

Sentralarresten ved Oslo politikammer ligger i Politihuset. Den fungerer som arrest for hele Oslo. Antall arrestanter (dvs. arrestasjoner) utgjør mellom 12 - 13000 hvert år. Antallet i de ulike måneder kan variere noe.

Utover ledelse og arrestforvarere, tjenestegjør aspiranter og polititjenestemenn i arresten stort sett for kortere tidsrom. Tjenestegjøringen inngår delvis som en allmen opplæring for å få erfaring fra ulike deler av politikammerets virksomhet, delvis som en mer eller mindre ordinær rotasjon mellom ulike avdelinger.

Arrestantene bringes inn av polititjenestemenn som er i operativ tjeneste. Registreringen av arrestantene skjer ved at arrestanten og den som står for innbringelsen gir de nødvendige opplysninger til en av tjenestemennene ved skranken i arresten, som igjen fyller ut arrestjournal. Dette foregår stort sett nokså greit og relativt udramatisk. Arrestforvarerne organiserer "avkledning" av rekvisitter som klokke, belte, smykker, evt. vesker og det arrestanten måtte ha i lommer etc. Arrestforvarerne foretar også en ransaking av arrestanten for å sjekke om det skjules noe på kroppen. En såkalt "stripping"

(arrestanten må kle helt av seg) skjer i de tilfeller der det er grunn til å anta at arrestanten skjuler narkotika på kroppen.

Arrestforvarerne har oppsyn med og oversikt over cellene i arresten. De er ikke polititjenestemenn. I løpet av arrestoppholdet er det hovedsakelig arrestforvarerne som har kontakten med arrestantene. Ved avhør bringes arrestanten ut av arresten til en etterforsker. Eventuell bøtlegging skjer stort sett i lokaler i tilknytning til arresten.

Arresten er opprinnelig planlagt som "fyllearrest". Den er derfor nokså kummerlig tatt i betraktning av at Politihuset bare er ca 10 år. Cellene er "glatte" i den forstand at de ikke har brisk e.l. Arrestantene er henvist til å sitte/ligge på betonggolv. Det er riktignok oppvarmet, men de materielle forhold må kunne sies å være nokså "middelalderske".

Mange av arrestantene er generelt forkomne. En stor andel har også tildels store psykiske og fysiske plager som følge av bl.a. rusmiddelmisbruk. Det er imidlertid ikke knyttet noen form for helsetjeneste til arresten. I akutte tilfeller benyttes den kommunale legevaktstjenesten.

2.2. Hvordan foregikk undersøkelsen?

Undersøkelsen foregikk ved at sykepleierne ved hjelp av lister i arresten fant hvilke arrestanter som var innbragt siden foregående registrering og hvor de var plassert. Sykepleierne oppsøkte arrestantene på cellene, presenterte seg, sa hvorfor de kom og siktemålet med prosjektet. Det ble presisert at undersøkelsen ikke

hadde noe med politiet å gjøre og at deltagelsen var frivillig. Sykepleierne gikk i hvite frakker for å markere profesjon og nøytralitet i forhold til de andre som arbeider i arresten.

Konstatering av eventuelle sprøytemisbruk skjedde ved at de arrestanter som ga samtykke, ble undersøkt for merker etter stikk på armene. Undersøkelsen foregikk konkret slik at arrestantene brettet opp klær som dekket armene, sykepleieren så og følte med fingrene om det var merker etter stikk. I denne forbindelse kommenterte sykepleieren hva hun/han fant og arrestanten "deltok" ofte i bedømmingen ved å bekrefte sykepleierens kommentar om stikkmerker/ikke stikkmerker. (Ved noen anledninger meddelte arrestanter som ikke hadde synlige merker etter sprøyter på armene at de satte sprøyter andre steder på kroppen, eller at de brukte sprøyter for så og så lenge siden.)

De som hadde merker etter stikk, ble stilt noen få spørsmål knyttet til sprøytebruk og HIV. Når det gjaldt de få bakgrunnsopplysninger vi registrerte, ble arrestantene noen ganger spurt direkte mens opplysningene andre ganger ble overført fra arrestjournalen. Arrestantene var ofte åpne og pratelystne. Direkte innhenting av de aktuelle bakgrunnsopplysninger ble derfor noe å "samtale" om.

Hvilke opplysninger vi innhentet om den enkelte arrestant framkommer av registreringsskjemaet (se vedlegg). Skjemaet ble endret et par ganger under datainnsamlingen. Endringene besto i tilføyelser.

I prosjektet valgte vi å begrense oss til å se på arrestantenes armer. Flere har påpekt at det innebærer en be-

grensning ved at vi ikke får registrert merker etter stikk på andre kroppsdelar. Dette er forstådd riktig, selv om det etter alt å dømme er en svært liten del av sprøytemisbrukere som ikke også bruker armene, i tillegg til eventuelle andre deler av kroppen. Den viktigste grunnen til at vi begrenset oss til armene, var hensynet til arrestantene. Det vil etter vårt syn innebære en utilbørlig krenkning av arrestantenes integritet å be dem om å kle av seg for at en i forskningsøyemed skal se etter sprøytestikk. Situasjonen for arrestantene er negativ nok i utgangspunktet. De har også i en del tilfeller blitt "strippet" av politiet ved innbringelsen. Det var derfor viktig for prosjektet at vi ikke bidro til å gjøre situasjonen verre enn nødvendig. Stikkmerkeregistreringen i Stockholm og Göteborg begrenser seg også til arrestantenes armer.

2.3. Klassifisering av sprøytestikk

Vi har valgt å klassifisere merker etter sprøytestikk i fire ulike kategorier: "Arr etter stikk", "merker etter gamle stikk", "merker etter ferske stikk" og "merker etter medisinske stikk". Klassifiseringen foregikk som nevnt, i "samråd" med arrestanten i den forstand at sykepleier kommenterte det han/hun fant og arrestanten bekreftet det som ble sagt eller ga annen informasjon. Klassifiseringen av medisinske stikk (merker etter blodprøve, insulinsprøyte etc.) måtte nødvendigvis gjøres i samråd med arrestanten. Vi hadde ingen annen mulighet til å sjekke dette utover om det f.eks var tatt promilletest i forbindelse med arrestasjonen. Av hensyn til personvernet hadde vi ikke anledning til å kontrollere opplysninger arrestanten ga om medisinske stikk med eventuell lege, helsemyndighet etc.

Klassifisering av hvorvidt stikk er "ferske", "gamle" eller "arr etter stikk" vil til en viss grad være gjenstand for skjønn. Hovedkriteriet på om stikk ble gitt betegnelsen "ferske", var om en fant åpne bloduttredelser. Det vil i praksis si at arrestanten hadde satt sprøyte i løpet av de siste par døgn.

Hadde det dannet seg skorpe og/eller blåmerker er det gått noe lengre tid, og stikket ble klassifisert som gammelt (i praksis fra ca 3 dager - 2 uker etter sist satte sprøyte).

Hvis sprøytemerkene hverken hadde skorper, blåmerker eller andre tegn på relativt nylig aktiv sprøytebruk, klassifiseres stikkene som "arr" (eldre enn 2 uker).

Arrestantene ble også stilt spørsmål om tidsrom siden de hadde brukt sprøyte sist. Gjennom dette fikk vi to innfallsvinkler til å belyse den aktuelle arrestantens misbruksaktivitet på det tidspunktet undersøkelsen ble foretatt.

2.4. Hvor mange inngår i undersøkelsen?

Utgangspunktet var som tidligere nevnt personer som settes i arrest ved Politihuset i Oslo. Det ideelle hadde naturligvis vært å kunne foreta en kontinuerlig registrering gjennom døgnet 24 timer av alle personer som av en eller annen grunn ble arrestert og innbragt til Sentralarresten ved Politihuset. Da dette av praktiske og økonomiske grunner ikke var mulig, måtte vi foreta et valg både med hensyn til tidspunkt på døgnet og hvem vi ville registrere. Ved å gå gjennom arrest-journaler for 2 måneder (august -86 og januar -87) fant vi at det optimale med de ressurser vi hadde, ville være

å foreta registrering to ganger i døgnet, tidlig om morgenen og om kvelden.

Vi foretok også en selektering av arrestantene. Ved innbringelsen "sorteres" arrestantene i to hovedgrupper; ut fra hvorvidt de er innbragt etter §§ i Straffeloven (registreres på "grønne" skjema) eller om de er innbragt for ulike forseelser (registreres på "hvite" skjema). Vi valgte å konsentrere undersøkelsen til de som registreres på "grønt", dvs. de som bringes inn etter brudd på §§ i Straffeloven.

Bakrunnen for dette er todelt. Arrestanter som innbringes for forseelser har gjennomgående kortere arrestopphold enn de som innbringes etter §§ i Straffeloven. ca halvparten innbragt for forseelser er i arresten under 4 timer, mens ca 3/4 deler av de som innbringes etter §§ i straffeloven har arrestopphold på 4 timer eller mer (opplysninger fra arrestjournaler jan. -87). Antall arrestanter innbragt etter Straffeloven er også ca dobbelt så stort som antallet innbragt for forseelser - henholdsvis rundt 700 pr. måned og noe over 300 pr. måned (personer som "bare" bringes inn for promilletest inngår ikke i noen av disse kategoriene). Vi ville derfor ikke kunne få med særlig mange arrestanter som innbringes for forseelser med de tilgjengelige ressurser.

Vi ønsket også å ha et materiale som er mest mulig sammenlignbart med registreringen i Stockholm. Ved å konsentrere oss om arrestanter etter §§ i Straffeloven ivaretar vi dette. De arrestanter som tilsvarende de som i Oslo innbringes for forseelse, blir i Stockholm bragt inn til de lokale politistasjoner og inngår derfor ikke i stikkmerkematerialet. Undersøkelsen i Stockholm foretas ved Almäanna häktet på Politihuset.

Selv om vi konsentrerte oss om arrestanter etter Straffeloven klarte vi heller ikke å få med alle disse i undersøkelsen. Det varierer naturlig nok når på døgnet det ble foretatt arrestasjoner, hvor mange som var til avhør når undersøkelsen foregikk, og hvor lenge den enkelte arrestant ble sittende. Undersøkelsen foregikk mellom kl 07.00 og 09.00 om morgenen og kl 18.00 og 21.00 om kvelden. Størstedelen av de arrestantene vi "mistet" ble bragt inn og dimittert i løpet av dagen. Det var liten "lekkasje" mellom registreringen om kvelden og påfølgende morgen.

Tabell 2.4.1. Andel arrestanter som ble oppsøkt pr. uke og gjennom hele prosjektet

	Antall innbragt i arresten	Antall arrestanter opsøkt	Oppsøkt i %
Uke 1	245	138	56,3
Uke 2	172	116	67,4
Uke 3	179	111	62,0
Uke 4	183	105	57,4
Uke 5	184	117	63,6
Uke 6	171	105	61,4
Uke 7	183	129	70,5
Uke 8	146	85	58,2
Uke 9	182	134	73,6
Uke 10	162	108	66,7
Uke 11	140	93	66,4
Uke 12	138	95	68,8
Uke 13	169	109	64,5
Totalt	2254	1445	64,1

Som vi ser av tabellen ble det i prosjektperioden innbragt 2254 arrestanter etter §§ i Straffeloven. Vi fikk kontakt med 1445 dvs. 64,1 prosent. Av disse var 1255 (86,9 prosent) menn og 190 (13,1 prosent) kvinner.

Selv om vi bare fikk spurt ca 2/3 av de aktuelle arrestantene i undersøkelsesperioden, skulle ikke dette ha noen betydning for representativiteten. Det er etter hva vi kan bedømme ingen systematikk i at ulike typer arrestanter blir innbragt og dimittert på spesielle tider av døgnet.

2.5. Ville arrestantene delta i undersøkelsen?

Var så alle de aktuelle arrestantene villige til å delta i undersøkelsen? Dette var ett av de spørsmål vi var nokså spent på før vi startet.

For arrestantene i Oslo var dette en helt ny erfaring. Det er ingen tradisjon på denne type prosedyre eller annen datainnsamling i forskningsøyemed i arresten. Det var også en selvfølge at arrestantene skulle informeres eksplisitt om at deltagelse var frivillig og at de ikke på noen måte skulle presses. Det skulle også klargjøres at det ikke hadde noen konsekvenser for den øvrige behandlingen av dem som arrestanter om de sa ja eller nei.

Vi var innstilt på at det i starten av pilotprosjektet ville være en relativt stor del som sa nei. Vi håpet at det etter hvert som tiden gikk, ville spre seg "på byen" at det foregikk en slik undersøkelse og at miljøet ville venne seg til det slik at flere ville si ja. Vegringsprosenten har imidlertid vært nokså jevn. Den har svingt rundt 15 prosent gjennom hele den 3 måneder

lange pilotperioden. Totalt var det 15.9 prosent av arrestantene vi oppsøkte som ikke ville delta i undersøkelsen.

Om dette er en høy eller lav vegringsprosent er et relativt spørsmål. Sammenlignet med dataene fra Stockholm er den svært høy. I det publiserte materialet framkommer det at så godt som ingen sa nei til deltagelse (Bejerot 1975). Dette gjelder også registreringen i Gøteborg (Eriksson et al. 1984). Vegringsprosenten er også høy ut fra et mål om å undersøke størst mulig andel av arrestantene. Det var som nevnt allerede et frafall ved at vi i prosjektet ikke fikk kontakt med alle. Andelen som så ikke vil delta kommer i tillegg. Det var derfor selvsagt ønskelig at den skulle være minst mulig.

På den andre siden kan vi også si at det var en forbausende liten andel av arrestantene som sa nei. Ut fra situasjonen de var i, ville det ikke være urimelig å anta at de i større grad ville vegre å samarbeide og å gi fra seg fler opplysninger enn de følte seg tvunget til. At de ville delta i noe som de i denne situasjonen ble informert om var frivillig, kan fra en slik synsvinkel ses på som noe overraskende. Blant de som registreres som "ikke villige til å la seg undersøke" vil vi også finne de arrestantene som det på grunn av beruselse ikke var mulig å få noe eksplisitt samtykke fra. Da prosjektet var basert på frivillig deltagelse fra arrestantene, var det derfor ikke aktuelt å innhente informasjon fra personer som ikke syntes å oppfatte hva det dreiet seg om. Asylsøkere og andre som ikke behersket norsk eller engelsk inngår også i denne gruppen.

Blant de som sa nei til å delta i undersøkelsen, finner vi endel som hadde vært i arresten tidligere i prosjekt-

perioden og hadde latt seg undersøke da. Noen "gadd" naturlig nok ikke delta flere ganger. Vi har slike utsagn fra 28 arrestanter.

Erfaringene fra kontakten med arrestantene er overraskende positiv. Selvsagt kunne noen være litt vanskelige å ha med å gjøre. Dette representerte imidlertid et lite problem. Helt i begynnelsen av prosjektet fulgte en arrestforvarer eller polititjenestemann med sykepleierne på avstand (var tilgjengelig hvis det skulle skje noe). De sluttet imidlertid snart med dette og sykepleierne gikk alene. Selv om arrestantene i andre sammenhenger av ulike grunner kunne være aggressive, var de forbausende rolige i denne situasjonen. En mulig forklaring kan nok tilskrives at arrestantene til en viss grad ble "overveldet" av at de i arrestsituasjonen møtte personer som oppførte seg "normalt" i den forstand at de presenterte seg, sa hvorfor de kom og til og med understreket at det var frivillig om arrestantene ville delta i undersøkelsen.

Også de som ikke ville la seg undersøke, ga stort sett avslaget i rolige former.

Det har vært reist spørsmål om hvorvidt deltagelsen i prosjektet kan sies å være frivillig for arrestantene. Dette er ikke noe enkelt spørsmål. Arrestantene er i en tvangssituasjon ved at de er berøvet sin frihet og prisgitt politiets avgjørelser og fortolkning av lovverket. Det har derfor vært viktig for prosjektet å presisere at undersøkelsen ikke er knyttet til politiet, og at de informasjoner vi fikk fra den enkelte arrestant ikke skulle gis til politiet eller få noen konsekvenser for arrestgrunnlaget. Videre ble det som nevnt eksplisitt understreket at deltagelsen var frivillig.

Det kan selvsagt anføres at spørsmålet om frivillighet i situasjonen de aktuelle personene befinner seg i, er fiktivt i den forstand at de er frarøvet friheten og i andre henseende er fratatt de fleste valgmuligheter. Arrestantene kan derfor oppfatte situasjonen dithen at deltagelse i undersøkelse er en "obligatorisk" del av arrestoppholdet.

Vår oppfatning er at dette i stor grad avhenger av hvordan en henvender seg til arrestantene og presenterer grunnlaget for deltagelse. Vårt utgangspunkt og erfaring fra pilotprosjektet er at de var i stand til å vurdere og ta stilling til de informasjoner som ble gitt, selv om de ble oppsøkt som arrestanter. Vårt ansvar lå i å være tydelige nok i måten vi presenterte premissene for deltagelse i undersøkelsen.

I dette perspektivet mener vi at en vegringsprosent på rundt 16, gir et godt grunnlag for å hevde at deltagelse i undersøkelsen også ble oppfattet som frivillig fra arrestantenes side. Til sammenligning kan vi jo anføre at det å oppgi opplysninger ut over navn og adresse ved arrestasjon i prinsippet også er frivillig. Dette blir imidlertid ikke klargjort for arrestantene og tilnærmet 100 prosent gir de opplysningene politiet ber om uten videre.

2.6. Hvem sa nei?

Det er vanskelig å peke på noen vesentlige forskjeller mellom de som sa ja og de som sa nei til å delta i undersøkelsen. Opplysningene vi har om de som ikke ville delta omfatter alder, kjønn, statsborgerskap, hva de var arrestert for, når på døgnet de ble spurt, hvem av de to sykepleierne som har spurt dem, om de har

bosted i eller utenfor Oslo og om de ble arrestert på offentlig sted eller i en privat leilighet.

En større andel av kvinnene vi oppsøkte sa nei til å delta i undersøkelsen enn av mennene (23,2 prosent av kvinnene, 14,8 prosent av mennene). Forskjellen er klart signifikant ($X^2=7,959$, $df.=1$, $p=0,005$). Kvinnene utgjør imidlertid bare 13,1 prosent av de arrestantene som ble spurt, så det gir derfor relativt lite utslag totalt.

Det var to sykepleiere knyttet til prosjektet, en kvinne og en mann. De hadde ingen vesentlig forskjell i vegringsprosent. Det var noen fler som sa nei som ble spurt av den mannlige (16,8 prosent) enn av den kvinnelige (15,0 prosent). Forskjellen er ikke signifikant ($X^2=0,719$, $df=1$, $p=0,397$).

Tabell 2.6.1. Deltagelse i undersøkelsen og årsak for arrestasjonen.

	Innbrudd/ Tyveri.etc %	Nark. %	Annet %	Totalt %
Ja	83,3	82,7	86,6	84,1
Nei	16,7	17,3	13,2	15,9
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	663	381	401	1445
$X^2=3,08$ $df=2$ $p=0,21$				

Hvis vi ser vegring i forhold til årsak til arrestasjon, finner vi heller ingen store forskjeller. De to største

kategoriene arrestanter i vårt materiale ble innbragt for saker knyttet til vinningsforbrytelser (46 prosent) og brudd på narkotikaloven (drøyt 26 prosent). Det er en tendens til at en større andel av disse sa nei til å delta i undersøkelsen enn de som ble innbragt for andre typer lovbrudd. En kunne kanskje anta at arrestanter som er innbragt etter brudd på narkotikaloven ville være mindre villige til å samarbeide i et slikt prosjekt. Det er også i denne gruppen vi finner den største vegringsprosenten (17,3 prosent).

Tabell 2.6.2. Deltagelse i undersøkelsen og når på døgnet den ble foretatt.

	Morgen %	Kveld %	Totalt %
Ja	84,4	83,5	84,1
Nei	15,6	16,5	15,9
Sum	100,0	100,0	100,0
N	868	577	1445

$\chi^2=0,22$ $df=1$ $p=0,63$			

Vi finner heller ingen nevneverdig forskjell i deltagelse for når på døgnet undersøkelsen ble foretatt. I begynnelsen av prosjektet syntes det som om det var en større andel som sa nei om morgenen enn om kvelden. Dette jevnet seg imidlertid ut. For prosjektperioden som helhet var det noen fler som sa nei om kvelden. Utjevningen kan ha sammenheng med at vi etterhvert erfarte at det var litt tidlig å starte opp kl.07.00. Arrestantene

sov for en stor del og måtte vekkes. Ved å vente til bortimot kl.07.30 var de stort sett våkne og kunne derfor lettere forholde seg til vår henvendelse.

For prosjektperioden som helhet fikk vi altså anledning til å undersøke 1215 arrestanter. Dette utgjør 54 prosent av de aktuelle arrestanter i perioden. I det publiserte materialet fra Stockholm ble hele 84 prosent av arrestantene undersøkt. At andelen der var mye større henger både sammen med at de hadde kapasitet til å kontakte større deler av arrestpopulasjonen og at vegringsprosenten var minimal (Bejerot 1975). I Gøteborg inngår over 90 prosent av de aktuelle arrestantene i undersøkelsen (Eriksson et al.1984).

2.7. Oppsummering. Arrestant - individ

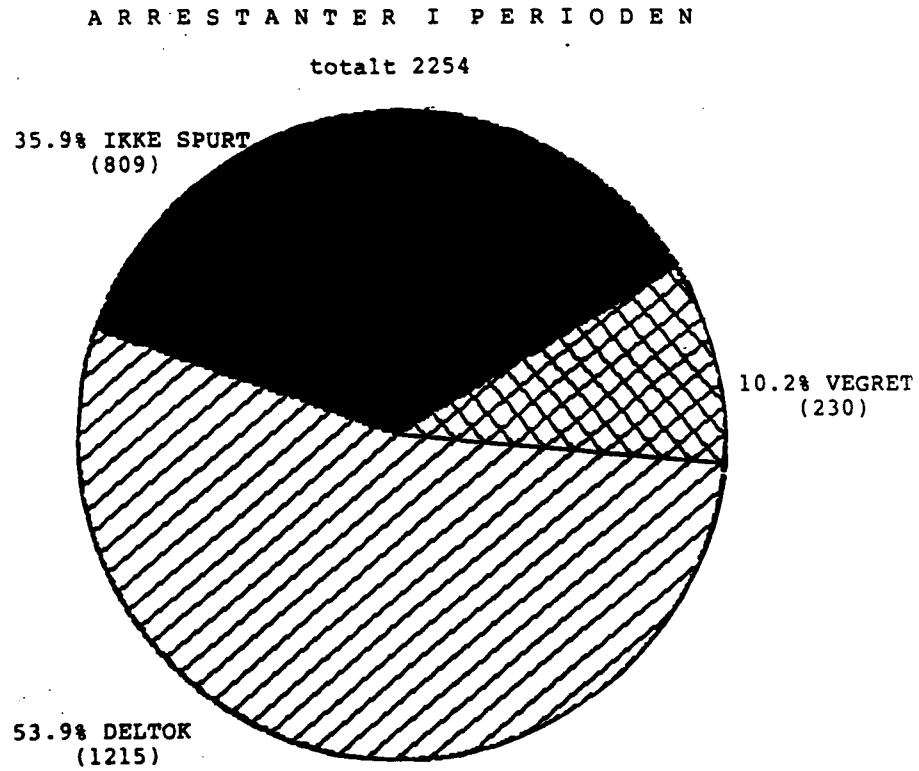
Registreringen foregikk ved at sykepleierne oppsøkte arrestantene på cellene. De presenterte bakgrunnen for undersøkelsen, presiserte at deltagelsen var frivillig, undersøkte arrestantenes armer og stilte noen få spørsmål knyttet til sprøytemisbruk. Ca 16 prosent av arrestantene vegret å delta.

Tabell 2.7.1. Deltagelse i undersøkelsen og hvorvidt arrestantene er undersøkt tidligere.

	Undersøkt tidligere			
	Ja	Nei	Ubesvart	Total
Vil delta	N	N	N	N
Ja	100	1073	42	1215
Nei	33	88	109	230
Totalt	133	1161	151	1445

Som vi har vært inne på tidligere er enheten i undersøkelsen antall arrestanter. Da en gruppe personer er "gjengangere" i arresten, kan vi ikke sette likhetstegn mellom antall arrestanter og antall individer som inngår i materialet. Arrestantene har imidlertid selv sagt fra at vi har spurt dem tidligere. Siste del av perioden spurte vi dem direkte. Vi kan derfor gjøre et grovt anslag over antall individer som inngår i undersøkelsen.

Anslaget kan ikke bli eksakt. Ut fra tabell 2.7.1. kan vi imidlertid beregne at vi har vært i kontakt med minimum 1161 individer, maksimum 1312 (1161+151). Antall individer som inngår i undersøkelsen er minimum 1073, maksimum 1115 (1073+42).



Figur 2.7.1. gir en illustrasjon på hvor stor andel arrestanter som inngår i undersøkelsen i forhold til det som var teoretisk mulig.

3. SPRØYTEMISBRUK BLANT ARRESTANTER

3.1. Hvor stor andel er misbrukere?

Av de 1215 arrestantene som lot seg undersøke i pilot-prosjektet var det tilsammen 426 (35,0 prosent) som hadde merker etter sprøytestikk av ikke-medisinsk opprinnelse. Av disse ble 264 arrestanter (21,7 prosent) klassifisert med merker etter "ferske" stikk, 72 (5,9 prosent) med merker etter "gamle" stikk og 90 (7,4 prosent) med "arr" etter stikk (tabell 3.1.1.).

37 (3,0 prosent) av arrestantene hadde merker etter stikk som de oppga var medisinske. Vi har som nevnt ikke kunnet kontrollere dette. Med medisinske stikk mener vi i denne sammenheng merker etter blodprøver (f.eks. promilletest), insulininjeksjon etc.

Dataene viser at det er stor forskjell på andel sprøytemisbrukere blant menn og kvinner i arrestpopulasjonen. Nesten 2/3 (63,7 prosent) av de kvinnelige arrestantene i undersøkelsen hadde merker etter sprøyter. For mannlige arrestanter var andelen med merker etter sprøytestikk snaut 1/3 (31,2 prosent).

Den registrerte kriminalitet blant kvinner utgjør i alle samfunn og til alle tider bare en brøkdel av den samlede kriminalitet (Hurwitz og Christiansen 1971). Av de arrestantene som deltok i stikkmerkeundersøkelsen høsten

1987 var 12 prosent kvinner og 88 prosent menn. Kriminologien har ulike forklaringsteorier på den store kjønnsforskjellen når det gjelder kriminalitet. I en oversiktsartikkel grupperer Høigård de ulike teorier i hovedgruppene kjønnsrolleteorier, deltakelsesteorier, kontrollteorier og utstøtelsesteorier (Høigård og Snare 1988). Teoriene sier imidlertid mindre om ulikheter mellom kvinner og menn innen gruppen lovbrøyttere. Hvordan skal vi f.eks forklare at av de kvinnelige arrestantene var det relativt sett, dobbelt så mange av kvinnene (63,7 prosent) som av mennene (31,2 prosent) som hadde merker etter ikke medisinsk sprøytebruk (jmf. tabell 3.1.1.)?

Tabell 3.1.1. Andel med merker etter stikk blant kvinner og menn.

Stikkmerker	Menn %	Kvinner %	Totalt %
Ingen	65,6	34,9	61,9
Medisinske	3,3	1,4	3,0
Ikke-med. stikk	31,2	63,7	35,0
Herav:			
-Arr	7,8	4,8	7,4
-Gamle	5,4	9,6	5,9
-Ferske	18,0	49,3	21,7
Sum	100,1	100,0	99,9
N	1069	146	1215

$\chi^2=59,83$	df=2	$p<0,01$	

Den mest nærliggende forklaring er at vi i samfunnet finner ulik sosial akseptering av både misbruk og kriminell atferd for kvinner og menn. I sin undersøkelse om kjønnsrolle og ungdomskriminalitet fant Brun-Gulbrandsen at jenter ble gjenstand for hardere fordømming fra venninner enn gutter fra kamerater hvis de begikk ulovlige handlinger (Brun-Gulbrandsen 1958). Dette kan i sin tur medvirke til at kvinner som begår lovbrudd har vanskeligere for å bli akseptert av omgivelser og samfunn, og derfor får større problemer med å vende tilbake til et "normalt" liv enn menn i samme situasjon. Dette kan være en mulig forklaring på at kvinner som blir arrestert og satt i fengsel gjennomgående er mer belastet og nedkjørt som gruppe enn menn. At andelen sprøytemisbrukere var dobbelt så stor blant de arresterte kvinnene enn blant de arresterte mennene passer inn i dette bildet.

Bruker vi Høigårds inndeling vil en slik forståelse av kjønnsforskjeller best passe inn i den gruppen hun betegner som utstøtelsesteorier.

3.2. Sammenligning med svenske data

Det som er publisert fra stikkmerkeregistreringen i Stockholm om frekvensen av stikkmerker i arrestpopulasjonen har begrenset interesse i denne sammenheng da dataene er for gamle. Registreringen i det som er publisert løper bare fram til 1970. På dette tidspunkt forekom intravenøst narkotikamisbruk bare sporadisk i Oslo. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning startet sine årlige undersøkelser om bruk av og holdninger til narkotiske stoffer blant ungdom i

alderen 15 - 20 år i 1968, men hadde ikke med spørsmål om intravenøst misbruk før i 1970 (Irgens-Jensen og Rud 1977).

Fra registrering i tidsrommet mars - november 1983 i Gøteborg fant en at 16 prosent av de mannlige arrestantene hadde stikkmerker etter aktuelt intravenøst misbruk. For kvinnelige arrestanter var andelen 30 prosent (Eriksson et al. 1984). Vi ser at også fra disse data at andelen av sprøytemisbrukere blant kvinnene var ca. dobbelt så stor som blant mennene.

3.3 Andel misbrukere i ulike aldersgrupper

Bruk og misbruk av narkotika slik vi kjenner det i dag er et relativt nytt fenomen i Norge. Det intravenøse misbruket startet som tidligere nevnt rundt 1970. De fleste som starter en misbrukskarriere er unge, i de fleste tilfeller under 20 år. Mange slutter igjen etter kortere eller lengre misbruk (Tunving 1986, Haastrup 1984). Det er også relativt stor overdødelighet blant sprøytemisbrukere (op.cit.). Dette tilsier at vi pr. i dag vil finne relativt få sprøytemisbrukere i arrest-materialet over 35 år. De misbrukere som er under 20 år er ennå tidlig i sin misbrukerkarriere. Mange har ennå ikke utviklet en livstil og/eller begått så mye kriminalitet etc. at de ofte er i konflikt med politiet. De har m.a.o. mindre arrestasjonsrisiko relativt sett enn eldre misbrukere. Dette tilsier at vi i arresten finner få sprøytemisbrukere under 20 år.

Tabell 3.3.1. Andel med stikkmerker på de ulike alderstrinn (4 ubesvart).

Alder	<u>Stikkmerker</u>					Sum	N
	Ingen	Med.	Arr	Gamle	Ferske		
	%	%	%	%	%	%	
-17	91,3	4,3	1,7	1,7	0,9	99,9	115
18-20	78,4	3,8	3,2	3,2	11,4	99,9	187
21-25	54,4	2,9	8,5	7,5	26,7	99,9	307
26-30	48,1	1,9	11,2	7,8	31,0	100,0	266
31-35	46,2	3,8	9,9	7,1	33,0	100,0	182
36-40	66,2	3,9	5,2	7,8	16,9	100,0	77
41+	88,3	1,3	5,2	1,3	3,9	100,0	77
Total	61,8	3,1	7,4	5,9	21,7	99,9	1211
X ² =153,568		df=24	p<0,001				

Undersøkelsen bekrefter disse antagelsene. Dataene viser at det er store forskjeller på andel med stikkmerker i de ulike alderskategoriene. Forskjellene er klart signifikante. Andelen av arrestanter med stikkmerker er størst i aldersgruppene mellom 21 og 35 år.

3.4. Arrestgrunnlag - stikkmerker

Hvordan er sammenhengen mellom grunnlaget for arrestasjonen og merker etter sprøytestikk? Det er en utbredt forestilling at stoffmisbrukere står for størstedelen av vinningskriminaliteten i Oslo. I pressen lages det ofte

regnestykker om hvor store beløp stoffmisbrukere må skaffe tilveie for å finansisere sitt misbruk. Det er spesielt sprøytemisbrukerne det har vært fokusert på i denne sammenheng.

Det er imidlertid gjort lite forskning om de økonomiske implikasjonene ved narkotikamisbruk. Det er åpenbart at misbruk for en stor del finansieres ved ulike kriminelle transaksjoner. Det interessante i denne sammenheng er om det er stoffmisbrukere som begår storparten av vinningsforbrytelsene i Oslo. Det vil derfor være av stor interesse å få i stand forskning som kan belyse dette nærmere.

Tabell 3.4.1. Andel med stikkmerker og arrestasjons-årsak (3 ubesvart).

	Tyveri etc.	Narkotika	Annet	Totalt
	%	%	%	%
Ingen	59,4	49,8	76,8	61,9
Medisinske	3,6	2,2	2,9	3,1
Ikke-med.stikk	36,9	47,9	20,3	35,1
Herav:				
- Arr	8,9	6,3	6,1	7,4
- Gamle	6,3	7,3	3,8	5,9
- Ferske	21,7	34,3	10,4	21,8
Sum	99,9	99,9	100,0	100,1
N	552	315	345	1212

X ² =58,6 df=4 p<0,01				

Det er i denne sammenheng verd å merke seg at 63 prosent av arrestantene i undersøkelsen som ble innbragt for tyveri/innbrudd etc. ikke hadde merker etter sprøytestikk som kan knyttes til stoffmisbruk, mens 37 prosent hadde slike stikkmerker. Intravenøse misbrukere var med andre ord i klart mindretall blant de som ble arrestert for vinningsforbrytelser.

Av de som ble innbrakt etter brudd på narkotikalovent var det tilsammen 48 prosent som hadde merker etter stikk. dette kan kanskje virke overraskende lavt. Vi må imidlertid i denne sammenheng huske at cannabis fremdeles er det dominerende illegale narkotiske stoffet, og at de fleste arrestasjoner narkotikapolitiet foretar knytter seg til dette.

4. ARRESTANTER MED MERKER ETTER SPRØYTESTIKK

4.1. Innledning

Som tidligere nevnt fant vi merker etter stikk hos 426 av arrestantene som lot seg undersøke. Ved å korrigere for hvor mange av disse som sa at de hadde blitt undersøkt mer enn en gang vil vi anta at dette representerer ca 360 individer. Hvis vi går ut fra at det er ca. 4000 intravenøse misbrukere i Norge utgjør dette ca 10 prosent. Avgrenser vi oss til Oslo, og antar at noe over halvparten av sprøytemisbrukerne oppholder seg her, dvs. 2000 - 2500, jmf. kap. 1.1, skulle det tilsi at 15 - 20 prosent av disse inngår i materialet fra pilotundersøkelsen.

Utvalget som inngår i undersøkelsen er neppe representativt for alle intravenøse misbrukere. Selv om sprøytemisbrukere løper stor risiko for å bli arrestert p.g.a. misbruket i seg selv og annen sosialt uakseptabel atferd etc., vil det være ulikheter i arrestasjonsrisiko for hele populasjonen. Dette vil bl.a. ha sammenheng med grad av misbruk, hvordan misbruket finansieres, "synligheten" av misbruket, kjønn etc.

Selv om arrestantene hadde spor etter intravenøst narkotikamisbruk, betyr ikke det at sprøytemisbruket nødven-

digvis var aktivt på det tidspunkt undersøkelsen ble foretatt. For å kunne vurdere dette ble "alderen" på stikkmerkene anslått av sykepleierne. Arrestantene ble også spurt om når de hadde brukt sprøyte siste gang. Ved å sammenholde de to variablene kan vi danne oss et bilde av hvor aktivt sprøytemisbruket var på det tidspunkt arrestanten ble undersøkt.

Tabell 4.1.1. Sykepleiers vurdering og arrestantens egen rapportering om tidsrom siden siste sprøyte.

Sykepleiers vurdering				
Antall dager siden siste sprøyte	Arr	Gamle stikk	Ferske stikk	Total
	N	N	N	N
>14 dager	80	10	1	91
3-14 dager	7	42	9	58
0-2 dager	1	12	231	244
ubesvart	2	8	23	33
Total	90	72	264	426

Gamma = 0,983 (Ubesvarte utelatt).

Som vi har nevnt tidligere ble merker etter stikk betegnet som "ferske" hvis de hadde åpne bloduttrekkelser (0-2 dager). "Gamle" stikk innbærer at det var dannet skorpe og/eller blåmerker (3-14 dager). Merker etter sprøytestikk ble gitt betegnelsen "arr" hvis de verken hadde skorper, blåmerker eller andre tegn på relativt nylig aktivt sprøytebruk (eldre enn 2 uker).

Som vi ser av tabellen er det stort samsvar mellom sykepleiernes bedømming av "alder" på merker etter sprøytestikk og tidsrommet arrestantene oppgir siden siste sprøyte. Dette er forsåvidt naturlig på bakgrunn av at arrestantene i mange tilfeller "deltok" i klassifiseringen av egne stikkmerker i tillegg til at de oppga tidsrom siden siste sprøyte.

Ca. 62 prosent av arrestantene med merker etter stikk hadde brukt narkotika med sprøyte i løpet av de siste 2 dagene før arrestasjonen og/eller ble av sykepleierne vurdert til å ha ferske stikk. Ca. 17 prosent hadde siste gang brukt sprøyte fra 3 - 14 dager før arrestasjonen og/eller ble vurdert til å ha gamle stikk. For ca. 21 prosent var tidsrommet siden siste sprøyte lenger enn 14 dager og/eller ble vurdert som arr. I denne siste gruppen vil vi både finne arrestanter som har en pause i sitt injeksjonsmisbruk og arrestanter som har sluttet med intravenøst misbruk av narkotika.

Pilotundersøkelsen viste også at de injeksjonsmisbrukerne som ble arrestert i hovedsak ble pågrepet på gata eller andre offentlige tilholdssteder.

4.2. Demografiske kjennetegn

Av arrestanter med merker etter stikk var 78 prosent (333) menn og 22 prosent (93) kvinner. Flesteparten (69 prosent) var hjemmehørende i Oslo, 8 prosent i Akershus, mens 12 prosent var hjemmehørende andre steder i Norge eller utlandet. 10 prosent var uten fast bopel. Så godt som alle var norske statsborgere.

Hovedtyngden av arrestantene med merker etter stikk var i alderen 21 - 35 år. Som vi ser av tabell 4.2.1. er kvinnene relativt sterkere representert blant de yngre misbrukerne enn blant de som er noe eldre. Forskjellen er ikke signifikant ($X^2=7,616$, $df.=6$, $p=0.269$).

Tabell 4.2.1. Alder for h.h.v. kvinner og menn
(1 ubesvart).

	Menn		Kvinner		Totalt	
Alder	%	% kum.	%	% kum.	%	% kum.
-17	1,5	1,5	0,0	0,0	1,2	1,2
18-20	7,2	8,7	9,7	9,7	7,8	9,0
21-25	28,6	37,3	38,7	48,4	30,8	39,8
26-30	32,5	69,8	28,0	76,4	31,5	71,3
31-35	22,0	91,8	19,4	95,8	21,4	92,7
36-40	5,7	97,5	4,3	100,0	5,4	98,1
41-	2,4	100,0	0,0	100,0	1,9	100,0
N	332		93		425	
$\chi^2=7,616$ $df=6$ $p=0.269$						

4.3. Når startet sprøytebruken?

Få av misbrukerne i arrestmaterialet var over 35 år (7,3 prosent). Det intravenøse misbruket i Norge startet rundt 1970. Ut fra det vi vet, var og er narkotikamisbruk (både ved injeksjon og andre bruksmåter) et ungdomsfenomen i den forstand at de som bruker narkotika begynner i relativt ung alder. Ungdom som startet et injeksjonsmisbruk i begynnelsen av 1970-årene og som fremdeles er aktive, vil derfor nå være i 35 - 40 årsalderen. Det skjer etter alt å dømme

liten "smitte" oppover i aldersgruppene, noe som bekreftes av våre data. Etter som tiden går vil vi derfor få en tilsvarende spredning i alder innen misbrukerpopulasjonen.

Totalt var det 21,8 prosent av arrestantene med merker etter sprøytestikk som oppga at de var under 15 år første gang de brukte sprøyte (tabell 4.3.1.). For kvinnene var andelen som sa at de tok første sprøyte før de var 15 år 30,3 prosent, mens den tilsvarende andel for menn var 19,2 prosent.

Tabell 4.3.1. Alder første gang brukt sprøyte for kvinner og menn (45 ubesvart).

Alder	Kvinner % kum.	Menn % kum.	Totalt % kum.
-12	6,7	6,2	6,3
13-14	30,3	19,2	21,8
15-16	56,1	46,6	48,8
17-18	67,3	67,5	67,5
19-20	77,4	83,3	81,9
21-22	86,4	90,8	89,8
23-	100,0	100,0	100,0
N	89	292	381
$\chi^2=11,32$	df=6	p=0,08	

Det er vanskelig å vurdere om alderen de oppgir for når de brukte sprøyte første gang er korrekt. Ut fra sprøytemisbrukeres generelle situasjon kan de ha behov for å markere "mestring" på enkelte dimensjoner. Ved å oppgi tidlig sprøyte debut kan de i alle fall sies å "ha lykket" i rollen som misbruker.

Selv om enkelte ut fra slike mer eller mindre bevisste resonnementer kan komme til å oppgi noe lavere debutalder enn det som tilsvarer virkeligheten, er det vår vurdering at det er en urovekkende stor andel som oppgir svært lav alder for sprøyte debut.

Erfaringene fra registreringen i Stockholm, der de har hatt anledning til å kontrollere hvorvidt misbrukerne er konsistente i sine svar hvis de undersøkes flere ganger, er at misbrukerne i noen grad overestimerte alder for første gang de hadde brukt sprøyte. Ved gjentatte undersøkelser steg oppgitt debutalder. Diskrepansen er imidlertid liten, bare fra 2 - 8 måneder avhengig av tidsrommet mellom første og siste gang de ble spurt (fra 0-5 år). Bejerot forklarer dette ved at misbrukerne husker dårlig, og at de etter hvert som tiden går mister noe av tidsperspektivet. Han mener derfor at den debutalder som oppgis ved første undersøkelse er mest pålitelig (Bejerot 1975).

Tabell 4.3.2. Debutalder i ulike aldersgrupper.

	Aldersgruppe				Total
	-20	21-25	26-30	31+	
	%kum.	%kum.	%kum.	%kum.	%kum.
Debutalder					
-14	30,6	27,7	21,7	27,5	26,2
15-16	47,3	61,6	56,5	66,2	59.6
17-18	83,4	88,4	78,2	78,7	82.4
19-20	100,0	100,0	100,0	100,0	100.0
N	36	112	92	80	320

X²=16,029	df=9	p=0,068			
Gj.snitt					
debutalder	15,8	15,9	16,3	16,0	16,0

I tabell 4.3.2. ser vi alder for første gang brukt sprøyte i de ulike aldersgrupper. Vi har her valgt å se bare på de som har oppgitt debutalder 20 år eller yngre for å ha også den yngste gruppa av injeksjonsmisbrukere med i sammenligningsgrunnlaget. Dataene viser ingen signifikant forskjell når det gjelder debutalder i de ulike alderskohorter. Gjennomsnittlig debutalder er også svært jevn. At den er lavest blant de yngste kan være et utslag av det vi tidligere har nevnt om at arrestasjonsrisikoen må formodes å være noe lavere i denne gruppa. Det innebærer at det er de hardest belastede av de yngste sprøytemisbrukerne vi finner i arresten. Hvis dette medfører riktighet vil vi antagelig finne en høyere gjennomsnittlig debutalder hvis vi undersøker denne alderskohorten om noen år.

4.4. Veien inn i misbruket

Hvordan er sammenhengen mellom kriminalitet og stoffmisbruk? Drives ungdom ut i kriminalitet p.g.a. stoffmisbruk? Eller havner ungdom inn i stoffmisbruk via kriminalitet? Dette er et av de spørsmål der forskningsdata sier noe annet enn det vi kan kalle "populær"-oppfatninger om at narkotikamisbruk er årsaken til kriminalitet. Eksempelvis viser Sarneckis studie fra Stockholm at gutter som i tidlig alder har vært i konflikt med politiet p.g.a. kriminalitet, løper en langt større risiko for å bli sprøytemisbrukere enn andre (Sarnecki 1985). Blant de som blir sprøytemisbrukere finner vi stor grad av psykososial belastning. Sarneckis studie viser også at en ved å se på de grupper som har dårlig sosial tilpasning med problemer i skole, hjem og fritid med stor sannsynlighet kan predikere hvilke grupper som senere får problemer med kriminalitet og narkotikamisbruk. Tidligere så vi at denne gruppen ble alkoholmisbrukere og kriminelle. De siste 20 årene har narkotikamisbruket kommet i tillegg.

Dette er komplekse sammenhenger. I pilotprosjektet hadde vi liten mulighet til å gå noe grundig inn i denne type problemstillinger. Vi spurte imidlertid arrestantene om hvor gamle de var første gang de ble arrestert. Ved å sammenholde dette med oppgitt alder for første gang de brukte sprøyte, kan vi danne oss et bilde av forholdet mellom kriminalitet og sprøytemisbruk. Det må imidlertid tas med i betraktningen at vi i disse dataene ikke har informasjon om annen form for narkotikamisbruk enn sprøytebruk. Vi kan derfor ut fra våre data ikke si noe

om sammenheng mellom andre former for stoffmisbruk og kriminalitet. Det er all grunn til å tro at hvis vi hadde hatt data om annen form for narkotikamisbruk f.eks. cannabis, ville vi sett at debutalder for stoffbruk ville være lavere enn det som framkommer fra de foreliggende data.

I hovedprosjektet tar vi bl.a. sikte på å kunne belyse denne type problemstilling noe grundigere.

Tabell 4.4.1. viser at ca. 40% av arrestantene oppga at de første gang ble arrestert da de var under 15 år. Det kan stilles spørsmål ved om dette er pålitelige data. Blir mange i så ung alder arrestert? Kriminalstatistikken viser imidlertid at det er en relativt stor gruppe under 14 år som blir siktet for ulike kriminelle handlinger (Kriminalstatistikk 1986). Ut fra dette kan det være grunnlag for å tro at den alder arrestantene oppga for første gang de ble arrestert, er riktig. Den store forskjellen mellom alder for kvinnene og mennene ved første arrestasjon, henger etter all sannsynlighet sammen med det vi har nevnt tidligere om ulikheter mellom menns og kvinners deltagelse i kriminalitet (jmf.3.1.).

Tabell 4.4.1. Oppgitt alder ved første arrestasjon blant kvinner og menn (82 ubesvart).

Alder	Kvinner % kum.	Menn % kum.	Totalt % kum.
-12	5,5	17,0	14,5
13-14	16,5	46,2	39,8
15-16	54,9	76,8	72,1
17-18	68,6	90,5	85,8
19-20	76,8	94,2	90,5
21-22	83,6	95,3	92,8
23-	100,0	100,0	100,0
N	73	271	344

$\chi^2=35,23$	df=6	$p<0,01$	

Som vi så av tabell 4.3.1. var andelen som sa at de hadde tatt første sprøyte før de var 15 år ca. 22 prosent. Går vi 2 år opp i alder sa ca 72 prosent at de ble arrestert første gang da de var 16 år eller yngre, mens ca. 49 prosent sa at de hadde tatt første sprøyte ved tilsvarende alder.

Det var altså en klart større andel som oppga å være arrestert ved lavere alder enn sprøyte debut. Det er imidlertid noe forskjell mellom kvinner og menn. Ca. 30 prosent av kvinnene sa at de tok sin første sprøyte før de var 15 år, mens "bare" ca. 17 prosent sa de ble arrestert første gang før de var 15 år. For menn var de tilsvarende tall ca. 19 prosent som hadde begynt med sprøyter før fylte 15 år, mens ca. 46 prosent hadde vært

arrestert første gang ved samme alder. Tallene her er imidlertid små, så det er vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner.

Vi har sammenholdt alder arrestantene oppga for første gang de ble arrestert med alder de oppga for første gang de brukte sprøyte:

Tabell 4.2.2. Differanse alder første gang arrestert - alder for første gang brukt sprøyte (92 ubesvart).

	N	%		
6-7 år	33	9,9	┐	
4-5 år	25	7,5		
-3 år	64	19,2		62,7%
-2 år	40	12,0		
-1 år	47	14,1	└	
0 år	62	18,6		18,6%
+1 år	23	6,9	┐	
+2 år	17	5,1		18,9%
+4 år	16	4,8		
+5 år +	7	2,1	└	
Total	334	100,2		

Som vi ser av tabellen var det hele 62,7 prosent som hadde blitt arrestert ett eller flere år før de brukte sprøyte første gang. 18,7 prosent oppga at det var sammenfall mellom alder for første gang de brukte sprøyte og første gang de ble arrestert. Det var bare

18,9 prosent som var blitt arrestert første gang ett år eller mer etter at de første gang hadde brukt sprøyte.

4.5. Kontakt med tiltaksapparatet

Vi vet også lite om hvor stor andel av de intravenøse misbrukerne som har kontakt med tiltaksapparatet. Det er i Norge ikke etablert noen særomsorg for stoffmisbrukere. Innen det eksisterende helse- og sosialvesen er det imidlertid opprettet en rekke hjelpe- og behandlingstilbud spesielt for denne gruppen. De omfatter polikliniske tiltak som f.eks. utekontakter og psykiatriske ungdomsteam tilknyttet voksenpsykiatriske sykehus og ulike typer tiltak/institusjoner, med og uten sengeplasser. I undersøkelsen spurte vi om hvorvidt de arresterte misbrukerne hadde hatt kontakt med noen av disse hjelpeinstansene for sitt stoffmisbruk de siste 6 måneder. (Vi har bare data om kontakt med hjelpeapparatet for 241 arrestanter med merker etter sprøytestikk, da dette spørsmålet ikke var med i hele pilotperioden).

Hovedinntrykket fra undersøkelsen må sies å være at det er en svært liten del av de intravenøse misbrukere som hadde noen kontakt med hjelpeapparatet. Tre av fire sa at de ikke hadde hatt kontakt med noen hjelpeinstans som spesielt arbeider med misbruksproblemer, de siste 6 måneder.

Ca. 16 prosent hadde hatt kontakt med institusjon eller dagopplegg for stoffmisbrukere. En ennå mindre andel, ca. 7 prosent, hadde vært i kontakt med de polikliniske tiltak (utekontakt/ungdomsteam) siste seks måneder.

Kontakt med sosialkontor for tildeling av sosialhjelp etc. er ikke tatt med i denne sammenheng.

Tabell 4.5.1. Kontakt med tiltaksapparatet i løpet av siste 6 mnd. for kvinner og menn (185 ubesvart).

	Menn	Kvinner	Totalt
	%	%	%
Ingen	80,4	66,7	77,2
Poliklinisk	7,1	7,0	7,1
Institusjon	12,5	26,3	15,7
Sum	100,0	100,0	100,0
N	184	57	241
$\chi^2=6,34 \quad df=2 \quad p=0,04$			

Vi ser av tabellen at det er en relativt større andel av de kvinnelige enn av de mannlige sprøytemisbrukerne som søker kontakt med hjelpeapparatet. Som vi skal drøfte senere kan dette også ha sammenheng med forskjeller i subkultur knyttet til hvilket stoff som injiseres.

5. TYPER AV MISBRUK

5.1. Sentralstimulerende midler - opiater, ulike misbrukstyper?

Som vi nevnte innledningsvis, har vi dårlige epidemiologiske data om det intravenøse stoffmisbruket i Norge. Dette gjelder ikke bare omfanget av sprøytemisbruk, men også hvilke stoffer som injiseres.

De narkotiske stoffene som brukes til injisering kan deles inn i to hovedgrupper, sentralstimulerende midler og opiater. Kokain er det klassiske sentralstimulerende midlet. Det har imidlertid vært lite brukt i Norge. Det vanligste stoffet innen denne gruppen her i landet er amfetamin. Det er framstilt syntetisk og kan finnes både i tablett- og pulverform. Pulveret kan løses i vann og injiseres. I Norge er det varierende praksis blant misbrukere hvorvidt amfetaminen tas oralt eller injiseres.

Sentralstimulerende midler virker aktiverende på det sentrale nervesystem. De virker oppkvikkende og aktiverende, søvnbehovet avtar, likeledes behovet for mat og drikke. Brukere av sentralstimulerende midler kan derfor holde seg i aktivitet over lengre tid uten søvn eller noe særlig mat. Bruk av sentralstimulerende midler kan være sterkt angstfremkallende, medføre paranoide forestillinger og medfører økt toleranse for stoffet.

Morfin og heroin tilhører den gruppen av narkotiske stoffer vi kaller opiater. Begge forekommer som tabletter eller pulver som kan løses i vann. Heroin er det mest brukte innen denne gruppen i Norge og tas vanligvis ved injeksjon. Opiater virker dempende på sentralnervesystemet og blir derfor brukt i smertebehandling. Som rusmiddel virker opiater angstdempende og beroligende. Også opiater medfører økt toleranse.

5.2. Hva injiseres?

Fra behandlingsforskning og gjennomgang av årsrapporter fra institusjoner finner vi opplysninger om hvilke narkotiske stoffer som misbrukes blant klientene. Det er imidlertid vanskelig å få noe bilde av hvilke som brukes spesielt ved injisering.

I pilotundersøkelsen spurte vi om hvilket/hvilke stoffer de som hadde merker etter spøytestikk brukte (evt. hadde brukt tidligere hvis de ikke lenger var aktive, dvs. bare hadde arr). Data viser at det i relativt stor grad dreide seg om injisering av ett bestemt stoff. Videre var andelen som oppga at de i hovedsak injiserte amfetamin større enn vi antok på forhånd, særlig blant menn.

Av arrestantene med merker etter sprøytestikk var det 52,5 prosent som sa at de brukte opiater og 35,2 prosent som sa at de brukte sentralstimulerende midler. 12,3 prosent sa at de brukte både opiater og sentralstimulerende midler (tabell 5.2.1). Opiater vil i de aller fleste tilfeller bety heroin og sentralstimulerende midler bety amfetamin. Det kan virke noe overraskende at en såvidt liten andel oppga at de brukte både opiater og sentralstimulerende midler.

Opplysninger fra behandlere og sosialarbeidere er at en relativt stor andel av misbrukerne tar det stoffet som er for hånden, noe som tilsier at andelen som oppga at de brukte både opiater og sentralstimulantia skulle forventes å være noe større.

Tabell 5.2.1. Hvilken stofftype som er injisert for kvinner og menn (20 ubesvart).

	Menn	Kvinner	Totalt
	%	%	%
Sentralst.	39,0	22,6	35,2
Opiater	47,9	67,7	52,5
Begge	13,1	9,7	12,3
Sum	100,0	100,0	100,0
N	313	93	406

$\chi^2=11.522$ df.=2 p=0.003

At arrestantene oppga å bruke ett stoff til injisering trenger imidlertid ikke nødvendigvis bety at de bare bruker dette ene. En mulig tolkning kan også være at det er den oppgitte stofftype de vil velge hvis de kan, d.v.s det kan være uttrykk for preferanse. En annen fortolkning kan være at det gjenspeiler ulike mer eller mindre atskilte misbrukskulturer knyttet til stofftype, og at stofftypen de oppga uttrykker en identifisering.

Ut fra de foreliggende data kan vi imidlertid ikke si noe om det helhetlige misbruksbildet hos arrestantene.

De forteller oss bare noe om hvilket stoff som brukes til injisering, ikke hvor mye eller om og i hvilken grad arrestanten også bruker andre former for narkotika.

Fra Sverige kjenner vi til at intravenøst misbruk av amfetamin er det største problemet og at misbrukere av heroin og amfetamin representerer ulike, ofte atskilte kulturer. I Sverige ser en også klare geografiske og aldersmessige forskjeller (Socialdepartementet 1980).

I Norge har vi hatt lite grunnlag for å analysere tilsvarende skiller i misbrukskulturer. Det snakkes i enkelte tilfeller om ulik atferd blant misbrukere av ulike stoffer, men det fins få eller ingen systematiske data om dette.

Som vi skal se senere er det visse tendenser i de data vi har som kan tyde på at det er noen forskjeller mellom brukere av heroin og brukere av amfetamin. Disse forskjellene kan gi en antydning om at vi kan snakke om ulikheter i misbrukskultur.

I vårt materialet var det 47,9 prosent av de mannlige misbrukerne som sa de brukte opiater, 39,0 prosent sa de brukte sentralstimulantia og 13,1 prosent sa de brukte begge deler. (Se tabell 5.2.1.). Blant de kvinnelige misbrukerne var de tilsvarende tall 67,7 prosent (opiater), 22,6 prosent (sentralstimulantia) og 9,7 prosent (begge deler). De kvinnelige misbrukerne i vår undersøkelse synes altså i større grad enn de mannlige å foretrekke heroin. En mulig forklaring på denne forskjellen i stoffpreferanse kan være at kvinner i større grad enn menn bruker stoff for å "roe" seg ned. Omvendt at menn i større grad bruker stoff for å "pigge seg opp" enn kvinner.

5.3. Starter heroinmisbrukere tidligere med sprøyter?

Hvis vi også i denne sammenheng ser på oppgitt alder ved første sprøyte, finner vi at en større andel av opiatmisbrukere startet sitt sprøytemisbruk i yngre alder enn de som brukte sentralstimulerende midler. 27 prosent av de som sa de brukte opiater oppga at de var under 15 år første gang de brukte sprøyte. Den tilsvarende andel for de som oppga å bruke sentralstimulerende midler var 15 prosent.

Tabell 5.3.1. Debutalder for brukere av de ulike stoffer (46 ubesvart).

	Sentralst. % kum.	Opiater % kum.	Både/og % kum.	Totalt % kum.
-12	4,3	8,0	4,0	623
13-14	14,4	26,0	22,0	21,4
15-16	33,8	58,0	54,0	48,9
17-18	55,4	74,5	74,0	67,7
19-20	71,9	86,0	94,0	82,1
21-22	84,1	92,0	96,0	89,8
23-	100,0	100,0	100,0	100,0
N	139	200	50	389
$\chi^2=28,60$	df=12	p<0,01		
Gj.snitt				
debutalder	18,8	16,9	16,7	17,5

Videre ser vi av tabellen at 58 prosent av opiatmisbrukere oppga å ha tatt sin første sprøyte før

fylte 17 år. For brukere av sentralstimulerende midler var det 34 prosent som oppga å ha tatt første sprøyte før fylte 17 år.

Det ser også ut til at en større gruppe av opiatmisbrukerne kommer noe tidligere i kontakt med politiet enn de som bruker sentralstimulerende midler (tabell 5.3.2).

43,5 prosent av arrestantene som brukte opiater oppga at de ble arrestert første gang da de var yngre enn 15 år. For brukere av sentralstimulerende midler var denne andelen 36,0 prosent. For opiatmisbrukerne var det bare 4,5 prosent som ble arrestert for første gang etter fylte 23 år. For brukere av sentralstimulantia ble 11,6 prosent arrestert første gang etter fylte 23 år.

Tabell 5.3.2. Alder ved første arrestasjon for brukere av de ulike stofftyper (82 ubesvart).

	Sentralst. % kum.	Oiater % kum.	Både/og % kum.	Totalt % kum.
-12	12,0	17,3	10,9	14,6
13-14	36,0	43,5	41,3	30,6
15-16	69,6	74,2	71,7	72,3
17-18	79,2	88,2	93,4	85,7
19-20	86,4	92,1	95,5	90,5
21-22	88,4	95,5	95,5	93,1
23-	100,0	100,0	100,0	100,0
N	125	179	46	350

$\chi^2=15,85$	df=12	p=0,20		

5.4. Stofftype injisert - kontakt med tiltaksapparatet

Er det noen sammenheng mellom hvilken stofftype som misbrukerne bruker ved injisering og kontakt med tiltaksapparatet?

Som vi ser av tabellen, er det blant de som sa at de injiserer sentralstimulantia, ca. 88 prosent som ikke har hatt noen kontakt med tiltaksapparatet siste 6 måneder, mens ca. 71 prosent av de som oppga å bruke opiater ikke hadde hatt slik kontakt.

Tabell 5.4.1. Kontakt med tiltaksapparatet siste 6 mnd. for brukere av de ulike stofftyper (186 ubesvart).

	Sentralst. %	Opiater %	Både/og %	Totalt %
Ingen kontakt	87,9	70,9	73,3	77,1
Polikliniske tiltak	4,8	8,7	6,7	7,1
Institusjon	7,2	20,5	20,0	15,8
Sum	99,9	100,0	100,0	100,0
N	83	127	30	240

$\chi^2=8,95$	df=4	$p=0,06$		

Vi fant også at opiatbrukere i større grad har hatt kontakt med institusjon (ca. 21 prosent) enn de som brukte amfetamin (ca. 7 prosent). Kontakt med institusjon innebærer ikke nødvendigvis innleggelse. Det kan for

noen bare dreie seg om en forespørsel. Kontakten med polikliniske tiltak var liten for begge gruppene.

Kontakt med sosialkontor for tildeling av sosialhjelp etc. er som nevnt, ikke tatt med i disse tallene.

5.5. Misbruksaktivitet - ulike misbruksgrupper

Vi var også interessert i å se om det var noen forskjell i misbruksaktivitet for brukere av de ulike stoffgruppene. Vi vil her bruke alder på stikkmerker som en indikator på misbruksaktivitet.

Tabell 5.5.1. Misbrukere av ulike stoffer fordelt etter stikkmerkets alder (20 ubesvart).

	Arr	Gamle	Ferske	Sum	N
	%	%	%	%	
-----	-----	-----	-----	-----	-----
Sentralst.	28,7	23,1	48,3	100,1	143
Opiater	13,6	13,1	73,2	99,9	213
Begge deler	32,0	10,0	58,0	100,0	50
-----	-----	-----	-----	-----	-----
Total	21,2	16,3	62,6	100,1	406
-----	-----	-----	-----	-----	-----

$\chi^2=27.600$ df. 4 $p<0.001$

Som det fremgår av tabellen var det en markant større andel av opiatbrukerne som hadde ferske stikkmerker enn de som sa at de injiserte sentralstimulerende midler. Kombinasjonsbrukerne befant seg i en mellomstilling. Forskjellene er signifikante. Det ser altså ut til at opiatbrukere har et mer intensivt misbruk enn brukere av sentralstimulerende midler.

5.6. Ulike subkulturer?

Som vi har vært inne på ved flere anledninger er det noen forskjeller mellom brukere av opiater og sentralstimulerende midler i det foreliggende materialet. For en del av variablene er forskjellen så pass stor at den kan gi bakgrunn for noen spede spekulasjoner om, og i hvilken grad, det er ulike subkulturer knyttet til bruk av de ulike stofftypene.

Etter det vi kjenner til finnes det som nevnt ingen studier fra Norge som belyser forholdet mellom misbrukere av opiater og sentralstimulerende midler. En utbredt oppfatning har vært at det er relativt tilfeldig hvilket stoff som injiseres og at misbrukere av de ulike stofftyper mer eller mindre er i de samme miljøene.

Dataene fra stikkmerkeundersøkelsens pilotprosjekt forteller at opiatmisbrukerne begynner med sprøyter i yngre alder enn brukere av sentralstimulerende midler. Kontakten med tiltaksapparatet for stoffmisbrukere er også hyppigere blant opiatmisbrukerne. Disse synes også å ha et mer intensivt misbruk.

At amfetaminmisbrukerne har mindre kontakt med hjelpeapparatet kan være et uttrykk for at de som gruppe er mindre forkomne og opplever seg som mindre hjelpetrengende enn den gruppen som bruker opiater. Forskjellen i debutalder for sprøyter kan også være en indikasjon på at amfetaminmisbrukerne ikke er en så belastet gruppe som heroinmisbrukerne. Vi finner imidlertid liten forskjell på de to gruppene når det gjelder oppgitt alder ved første gangs arrestasjon.

Det bør være av interesse å se nærmere på forskjellene mellom opiat- og sentralstimulantiabrukere ved en annen anledning.

6. HIV-EPIDEMIEN BLANT INJEKSJONSMISBRUKERE

6.1. Innledning

Intravenøst stoffmisbruk er som kjent risikoatferd for HIV-smitte ved eventuell deling av sprøyter. Ved siden av utbygging og opprustning av tiltaksapparatet er informasjon om viktigheten av å bruke rene sprøyter gitt høy prioritet. Da en ble klar over at gruppen av intravenøse misbrukere gjennom deling av sprøyter sto i fare for å bli gjennomsmittet av HIV-viruset, var ett av de mange problemene at behandlere og sosialarbeidere hadde liten kunnskap om de ulike kulturer rundt sprøytebruk blant misbrukerne.

Bakgrunnen for dette var at det i den rådende filosofi i arbeidet med misbrukere hadde vært lite fokusering på stoff og stoffkultur. Oppmerksomheten hadde mer vært rettet mot løsning av aktuelle og bakenforliggende problemer som førte til at stoffmisbruk ble et aktuelt valg for disse ungdomsgruppene.

Mye er blitt sagt og kan sies om HIV-epidemien og kampen for å stable på beina flere behandlingsplasser for stoffmisbrukere. Det skal vi la ligge her. Når det gjelder skolering av sprøytemisbrukere i å administrere sitt misbruk med minst mulig risiko, synes bildet noe anderledes. Behandlere, sosialarbeidere og byråkrater

ble relativt fort enige om nødvendigheten av å "lære" misbrukere viktigheten av å beskytte seg selv og andre i miljøet ved ikke å dele sprøyter og å bruke kondom ved seksuelle kontakter. Motivering og tilrettelegging for testing har vært understreket.

For å bli bedre i stand til å iverksette adekvate tiltak for å hindre smittespredning har kartlegging av misbrukeres vaner når det gjelder sprøytedeling og kondombruk ved seksuelle kontakter blitt gitt høy prioritet.

Vurderingen fra helsemyndighetene er at sammenlignet med andre grupper med risikoatferd (f.eks. menn som har sex med menn), er en stor andel av stoffmisbrukere testet. En har også inntrykk av at misbrukere har forstått at de ikke skal dele sprøyter. Det er naturlig nok mindre kunnskap om hva de reelt gjør i konkrete situasjoner. Det pågår forskning som tar sikte på å få mer informasjon om denne type problemer.

I stikkmerkeundersøkelsen har vi også mulighet til å få data som kan bidra til å utfylle dette bildet. Gjennom undersøkelsen kommer vi i kontakt med en "bredere" gruppe sprøytemisbrukere enn de ulike deler av hjelpeapparatet. En stor gruppe sprøytemisbrukere har som nevnt ingen slik kontakt. Kontakten kan i mange tilfeller også være for sporadisk til at spørsmålet om HIV-test blir diskutert. Fengslene er svært aktive i å få de innsatte til å teste seg og det er grunn til å tro at mange av arrestantene som er testet har gjort det i forbindelse med et fengselsopphold. Det vil likevel alltid være en større eller mindre gruppe som ikke er testet. Enten fordi de ikke vil, eller ikke har vært i en situasjon der de har funnet det aktuelt. Vi antar at vi gjennom stikkmerkeundersøkelsen kommer i kontakt med en del av disse.

Ved å kartlegge andelen av sprøytemisbrukere som er testet og HIV-positive, kan data fra stikkmerkeundersøkelsen gi en pekepinn om påliteligheten til de estimatene SIFF (Statens institutt for folkehelse) gir om HIV-epidemien blant sprøytemisbrukere. SIFF kjenner bare til forholdet mellom antall testede og smittede intravenøse misbrukere for en spesialregistrert gruppe. De vet ikke hvor stor hele populasjonen er og heller ikke forholdet mellom antall testede og ikke testede i hele populasjonen. Det er også grunn til å anta at dataene til SIFF gir et for "snilt" bilde av forholdet mellom risikoatferden sprøytemisbruk/positiv HIV-test. I SIFF's materialet vil basis for beregning av andel smittede sprøytemisbrukere være de i spesialutvalget som har oppgitt sprøytemisbruk som risikoatferd ved en eller flere anledninger etter 1979. Spredningen og intensiteten i misbruksaktivitet i denne gruppen vil sannsynligvis variere sterkt. En person som har satt en/noen sprøyter f.eks. for 5 år siden, vil klassifiseres sammen med en som har mange års kontinuerlig misbruk bak seg og fremdeles er aktiv. Det vil derfor i prosentbasisen inngå en del individer som har liten, eller ingen reell risikoatferd bak seg, og andelen HIV-smittede i prosent av de med sprøytebruk som risikoatferd, blir dermed liten.

I dataene fra arrestpopulasjonen finner vi en gruppe som er aktive i sitt misbruk og som derfor løper en daglig risiko for å bli smittet både ved deling av sprøyter og seksuelt. Vi vil derfor anta at vi i denne gruppen misbrukere finner en relativt større andel med positiv HIV-test enn hva som framkommer av registreringene fra SIFF.

En viktig informasjon som også kan hentes fra stikkmerkeundersøkelsen er at den kan si oss noe om andelen som

ikke er testet. Det vil være verdifull informasjon i vurderingen av det helhetlige bildet av utbredelsen av HIV-smitte i sprøytemisbruksmiljøet, ved at det antyder noe om mørketallets størrelse. For videre utdyping av disse problemstillinger vil vi henvise til vedlegg 1 og artikkel i "Tidskrift for Den norske lægeforening" (Skog og Skretting 1988).

Det kan også være av interesse å se om det er forskjell på kvinner og menn i arrestmaterialet med hensyn til HIV-testing. Er f.eks. kvinner mer "ansvarlige" enn menn? I denne sammenheng vil det kunne gi seg uttrykk i at de i større grad tester seg og tar forholdsregler både mot å påføre seg selv og andre smitte.

For å belyse spørsmål vi tidligere har vært inne på, om og i hvilken grad misbrukere av opiater og sentralstimulerende midler kan sies å tilhøre ulike misbrukskulturer, er det også av interesse å se om det er ulikheter med hensyn til å ha tatt HIV-test og HIV-status mellom brukere av de to stoffgruppene.

6.2. Hvor mange er HIV-testet?

Da vi startet stikkmerkeundersøkelsen var vi usikre på om sprøytemisbrukerne vi kom i kontakt med i arresten uten videre ville svare på spørsmål om HIV. Det er som kjent følsom informasjon. Av de grunner vi har nevnt ovenfor mente vi imidlertid at vi kunne få tak i viktig informasjon, og ville derfor prøve.

Erfaringen fra undersøkelsen er at det ikke var vanskelig å få svar på spørsmål om HIV og HIV-status. Hvis arrestantene bestemte seg for å delta i undersøkelsen, svarte de stort sett greit på de spørsmål som ble stilt.

Tabell 6.2.1. Andel som var HIV-testet blant kvinner og menn (34 ubesvart).

	Menn	Kvinner	Totalt
	%	%	%
Testet	77,5	85,6	79,3
Ikke testet	22,5	14,4	20,7
Sum	100,0	100,0	100,0
N	302	90	392

$\chi^2=2,76$ $df=1$ $p=0,09$			

Av arrestanter som hadde merker etter sprøyter var det, som tabellen viser, 79,3 prosent som oppga at de var HIV-testet. Dette er etter vår vurdering en stor andel. Det bekrefter også inntrykket fra helsevesenet om at sprøytemisbrukere har vært aktive til å teste seg, og tilsier at mørketallet for HIV-positive neppe er særlig stort blant denne gruppen. Tallet stemmer forøvrig godt med tilsvarende tall fra AIDS-prosjektet i arresten i Sverige (Olin 1988). Det er en liten tendens til at det var relativt flere kvinner enn menn blant misbrukerne i arrestmaterialet som hadde testet seg.

Det er som vi ser av tabell 6.2.2, stor forskjell på testrate mellom de som sa at de injiserte opiater og de som sa at de injiserte sentralstimulerende midler. Av de som oppga at de injiserte opiater var det hele 87,6 prosent som hadde testet seg, mens den tilsvarende andelen for de som oppga å injisere sentralstimulantia var 65,9 prosent. For de som oppga å injisere både opiater og sentralstimulantia var andelen 84,0 prosent.

Tabell 6.2.2. Tatt HIV-test for brukere av opiater og sentralstimulantia (36 ubesvart).

	Sentralst. %	Opiater %	Begge %	Totalt %
Ikke testet	34,1	12,4	16,0	20,5
Testet	65,9	87,6	84,0	79,5
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0
N	138	202	50	390

$\chi^2=24,35$	df=2	p<0,01		

Det kan være flere mulige forklaringer på denne forskjellen. Hvis resonnementet om ulike subkulturer knyttet til de to stoffgruppene er riktig, er det mulig at det er ulike syn på og vurderinger av HIV-testing. Vi har f.eks. sett at brukere av opiater syntes å ha et mer intensivt sprøytebruk enn de som brukte sentralstimulerende midler (tabell 5.5.1.) Det vil ikke være unaturlig å anta at de som er mest aktive i sitt sprøytemisbruk er mest redd for å være smittet. Opiatmisbrukere hadde også mer kontakt med tiltaksapparatet enn den andre gruppen. Dette kan også ha hatt betydning for at en større andel opiatmisbrukere var HIV-testet.

Vi har tidligere vært inne på at det er en større andel opiatmisbrukere blant kvinnene enn mennene i arrestmaterialet. Som vi har sett er testfrekvensen angående HIV større blant opiatmisbrukerne enn de som bruker sentralstimulerende midler. Forskjellen når det gjelder test-

frekvens blant kvinner og menn kan etter alt å dømme tilskrives denne ulikheten i stoffbruk.

Det ser også ut til at kontakt med tiltaksapparatet for stoffmisbrukere har betydning for hvorvidt en har latt seg teste. Hele 92,6 prosent av de som har hatt en slik kontakt de siste 6 måneder oppgir å være HIV-testet, mens 75,3 prosent av de som ikke har hatt noen kontakt med tiltaksapparatet siste 6 måneder oppgir å ha tatt HIV-test. Forskjellen er klart signifikant ($X^2=7,62$, $df=1$, $p=0,01$).

Det henvises ellers til vedlegg om "Estimering av Hiv-epidemiens mørketall blant intravenøse misbrukere".

6.3. Deling av sprøyter?

De identifiserte sprøytemisbrukerne ble også spurt om de delte sprøyter eller bare brukte egne. 77,3 prosent oppga at de aldri delte sprøyter. 20,0 prosent sa at de delte sprøyter av og til, mens bare 2,7 prosent sa at de ofte delte sprøyter. Vi finner her ingen nevneverdig forskjell mellom brukere av opiater og sentralstimulerende midler.

Det er en liten tendens i retning av at kvinner i mindre grad delte sprøyter enn menn. Forskjellen er ikke signifikant. Ingen av de kvinnelige arrestantene sa at de ofte delte sprøyter med andre.

Tabell 6.3.1. Deling av sprøyter blant brukere av h.h.v. opiater og sentralstimulantia (25 ubesvart).

	Sentralst. %	Opiater %	Begge %	Totalt %
Aldri	80,1	76,3	73,6	77,3
Av/til	17,0	20,3	26,4	20,0
Ofte	2,8	3,4	0,0	2,7
Sum	99,9	100,0	100,0	100,0
N	141	207	53	401
$\chi^2=3,762$ $df=4$ $p=0,440$				

Tabell 6.3.2. Deling av sprøyter for h.h.v. kvinner og menn (24 ubesvart).

	Menn %	Kvinner %	Totalt %
Aldri	75,9	82,4	77,4
Av/til	20,6	17,6	19,9
Ofte	3,5	0,0	2,7
Sum	100,0	100,0	100,0
N	311	91	402
$\chi^2=3,952$ $df=2$ $p=0,141$			

Dataene må tolkes med forsiktighet. Det har vært mye fokusering på farene ved å dele sprøyter både i media og i annen informasjon om HIV/AIDS. Pilotundersøkelsen bekrefter inntrykket av at sprøytemisbrukerne i alle fall har oppfattet at normen er å ikke dele sprøyter. En bør imidlertid være mer konkret i spørsmålstillingen for å kunne si noe om i hvilken grad den er internalisert med den konsekvens at den følges i praksis.

Det er også vesentlig å kjenne tidsrommet siden siste test ble tatt og hvorvidt vedkommende har utsatt seg for risikofylt atferd etter evt. negativt testresultat. I pilotundersøkelsen har vi desverre ikke data som kan belyse dette. I det planlagte hovedprosjektet vil vi imidlertid stille spørsmål om tidsrom siden siste test og konkret om siste sprøyte som ble satt ble delt med andre. Vi vil da få data som kan fortelle oss noe om hvorvidt kunnskap og normer gir seg konkrete utslag i mindre smittefarlig atferd.

6.4. Hvor stor andel av sprøytemisbrukere i Oslo-området er HIV-positive?

I følge data fra SIFF var det 236 registrerte HIV-positive med risikoatferd sprøytemisbruk pr. 1.2.88. I tillegg var det 16 HIV-positive med risikokombinasjonen sprøytemisbruk/homo-biseseuell. Ut fra disse dataene beregnet SIFF prevalensen for HIV-smitte blant sprøytemisbrukere til 7.0 prosent. Som vi har nevnt tidligere kan det være store forskjeller i denne gruppen med hensyn til grad av misbruk, almen helsetilstand osv. som vil påvirke faren for å bli smittet av HIV-viruset. Materialet fra arresten vil etter alt å dømme gi et bilde av den mest intensive og forkomne delen av sprøytemisbrukerne - de som lever store deler

av sitt liv på gata og i det "synlige" misbruksmiljøet. Sannsynligheten for å komme i konflikt med politiet og dermed bli arrestert er større i denne gruppen, enn blant de som lever i et mer sporadisk og/eller skjult misbruk. Det er derfor grunn til å anta at prevalensen av HIV-smitte blant arresterte sprøytemisbrukere, er høyere enn for misbrukspopulasjonen som helhet. Arrestmaterialet gir også først og fremst et bilde av situasjonen blant misbrukere i Oslo.

Tabell 6.4.1. HIV-status for de med kjent testresultat blant brukere av h.h.v. opiater og sentralstimulantia.

	Sentr.			
	stimul.	Opiater	Begge	Totalt
	%	%	%	%
HIV neg.	87,5	83,3	95,2	86,2
HIV pos.	12,5	16,7	4,8	13,8
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0
N	88	174	42	304
$\chi^2=4,207$ $df=2$ $p=0,123$				

Av de 304 arrestantene som sa at de var testet og som oppga testresultat var det 42 som sa at de var HIV-positive. Det gir en prevalens i denne gruppen på 13,8 prosent. Prevalensen i arrestmaterialet er altså som ventet høyere enn for SIFF's beregning for misbrukspopulasjonen som helhet. Når en skal beregne preva-

lensen for HIV-positive i den totale misbrukspopulasjonen bør en med andre ord ta med i betraktningen at bildet kan være forskjellig i ulike deler av misbruksmiljøene. Vi fant en høyere prevalens av HIV-positive blant opiatbrukere (16,7 prosent) enn blant brukere av sentralstimulantia (12,5 prosent). Det er ingen forskjell mellom kvinner og menn. Andelen seropositive var henholdsvis 13,3 prosent for kvinnene og 13,9 prosent for mennene ($\chi^2=0.004$, $df=1$, $p=0,947$).

I materialet fra pilotundersøkelsen var det bare 3 av de arrestantene som hadde testet seg, som eksplisitt sa at de ikke vil oppgi testresultat.

6.5 HIV-epidemiens mørketall blant intravenøse misbrukere

Statens institutt for folkehelse (SIFH) administrerer et numerisk meldesystem for HIV-smittede i Norge. Registeret er basert på data om fødselsmåned, fødselsår, bostedskommune, nasjonalitet og risikofaktorer. Selv om en ikke har fullstendige personopplysninger er det tilstrekkelig til å unngå dobbelttelling i de fleste tilfeller. Pr. 1/2 1988 var det registrert 236 HIV-seropositive med sprøytemisbruk som risikoatferd.

Siden registeret bare inneholder opplysninger om positive tester, kjenner en ikke til hvor mange misbrukere som faktisk har latt seg teste. En kjenner derfor ikke den relative prevalensen dvs. den prosentvise andelen HIV-seropositive misbrukere. Med utgangspunkt i de tidligere refererte anslagene for antallet av intravenøse misbrukere (mellom 3500 og 6000), kan en regne med at prevalensen lå mellom 3,8 og 6,5 prosent ved årsskiftet

1987/88. Som vi tidligere har nevnt knytter det seg imidlertid usikkerhet til disse størrelsesanslagene.

Den høye testraten blant intravenøse misbrukere kan tyde på at antallet ikke-registrerte HIV-positive sprøytemisbrukere er forholdsvis lavt. Forutsetningen for en slik antagelse er imidlertid at det ikke finnes store undergrupper i misbrukerpopulasjonen som både i liten grad har latt seg teste, og som utsetter seg for stor smitterisiko. Materialet fra stikkmerkeundersøkelsen tyder ikke på dette. De mest aktive sprøytebrukerne har høyest testrate, 81 prosent av de som har satt sprøyte de siste 14 dagene har latt seg teste, mens dette gjelder for 74 prosent av de som har merker etter sprøytestikk eldre enn 14 dager. Forskjellen er imidlertid ikke signifikant ($X^2=1,63$, $df=1$, $p=0,20$). For videre utdyping av mørketallsproblematikken rundt HIV-epidemien og sprøytemisbrukere viser vi til vedlegg 1 og tidligere publisert artikkel (Skog og Skretting 1988).

7. OPPSUMMERING OG UTSYN

7.1. Sammenfatning

Bakgrunnen for undersøkelsen er å prøve å utvikle en indikator for prevalens og incidens av det intravenøse narkotikamisbruket. Registrering av merker etter sprøytebruk blant arrestanter er en måte å gjøre dette på. Metoden er utviklet i Stockholm og vi ønsker å prøve den ut i Oslo. Det er gjennomført et 3 mnd. pilotprosjekt. I denne perioden fikk vi kontaktet 1445 (64 prosent) av de aktuelle arrestantene på Politihuset. Undersøkelsen var frivillig og 84 prosent av de spurte sa ja til å delta. 35 prosent (426) av arrestantene hadde merker etter intravenøst misbruk. Andelen av intravenøse misbrukere var større blant de kvinnelige arrestantene (64 prosent) enn blant de mannlige (31 prosent). Av arrestanter med merker etter sprøytestikk var 78 prosent menn og 22 prosent kvinner. 84 prosent var mellom 21 og 35 år. 82 prosent hadde startet sitt intravenøse misbruk før fylte 21 år. De intravenøse misbrukerne i undersøkelsen hadde liten kontakt med tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. Når det gjaldt hvilken type narkotika som ble brukt til injisering, oppga 53 prosent at de brukte opiater, 35 prosent at de brukte sentralstimulerende midler og 12 prosent at de brukte begge stofftyper. Kvinnene brukte opiater i større utstrekning enn mennene. Brukere av opiater hadde startet sitt intravenøse misbruk tidligere enn

brukere av sentralstimulerende midler, de var også mer aktive i sitt intravenøse misbruk. 80 prosent av sprøytemisbrukerne i undersøkelsen oppga å være testet for HIV. Andelen som var HIV-testet var høyere blant opiatmisbrukerne (88 prosent) enn blant brukere av sentralstimulerende midler (66 prosent). 13.8 prosent av misbrukerne som hadde tatt HIV-test var seropositive.

7.2. Videre planer

Tidlig i utredningsfasen søkte vi Datatilsynet om konsesjon til opprettelse av et register i forbindelse med prosjektet. Et av siktemålene med prosjektet er som nevnt å få fram data som kan si noe om prevalensen (antall aktive), og incidensen (evt. tilvekst) av aktive misbrukere. Da det i arrestpopulasjonen alltid vil være en relativt stor gruppe som innbringes flere ganger, har vi behov for å etablere et registreringsystem som kan fortelle om den aktuelle arrestant er registrert i prosjektet ved en tidligere anledning. Vi har ikke behov for å kjenne arrestantens identitet, men å ha et mest mulig pålitelig system for å "sortere" arrestantene som undersøkes ut fra om de allerede inngår i undersøkelsen. Vi ønsket derfor å opprette et såkalt kryptert register (et register som er anonymisert ved hjelp av en matematisk formel). Dette registeret skulle kun brukes til det konkrete forskningsprosjektet og bare forskerne i prosjektet skulle ha tilgang til det.

Styret i Datatilsynet avslo søknaden. Vi var derfor henvist til å gjennomføre pilotprosjektet anonymt. Det innebar ikke noe stort problem i en pilotfase. Ved en begrenset varighet i registrering vil det være et relativt lite antall arrestanter som registreres mer enn en gang.

I hovedprosjektet, der vi har planlagt å foreta en registrering over et lengre tidsrom, vil imidlertid mye informasjon gå tapt hvis vi ikke klarer å utvikle et system som sikrer en relativt stor sannsynlighet for "gjenfinning" av den aktuelle arrestant i det eksisterende materialet. Vi har under utarbeiding en modell som tar sikte på å sikre størst mulig såkalt intern identifisering ved matching av ulike personlige kjennetegn (f.eks. øyenfarge, kroppshøyde, fødselsår, skonummer etc.). En slik modell vil kunne tilfredstille Datatilsynets krav om at det ikke skal være mulig med såkalt ekstern identifisering. Det innebærer at vi vil ha store muligheter til å finne om en arrestant med et gitt "knippe" kjennetegn allerede er registrert i undersøkelsen. Vedkommendes identitet vil imidlertid ikke være kjent (Skog 1988).

Vi har også kommet opp i problemer i forholdet til arresten. Politi og arrestforvarere hadde ingen erfaring med å ha "uvedkommende" som arbeidet i arresten. I løpet av den 3 måneder lange pilotperioden var det en del situasjoner der de ansatte i arresten var av den oppfatning at sykepleierne som var knyttet til prosjektet, gikk ut over sitt arbeidsområde. Slik arresten på Politihuset er organisert er det lite kontakt mellom arrestanter og de ansatte. Det medfører at arrestantene opplever en ganske sterk mangel på informasjon om alt fra trivielle ting som hvor mye klokka er, når de skal til forhør, hvorfor de har sittet arrestert så og så lenge uten at noe har skjedd, til behov for å kunne gi beskjed til familie osv. om hvor de er. Dette medførte at sykepleierne i mange situasjoner kunne oppleves som masete når de målførte arrestantenes spørsmål. I tillegg var det en del situasjoner der sykepleierne ut fra en medisinsk vurdering ba om at konkrete tiltak ble vurdert

for enkelte av arrestantene. Dette ble av enkelte av de ansatte i arresten opplevd som et så stort irritasjonsmoment at de ikke var innstilt på å la prosjektet fortsette. Det ble også henvist til sikkerhetsproblemer og manglende bemanning til å kunne møte både rømningsfare i forbindelse med undersøkelsen og sykepleiernes personlige sikkerhet.

Kriminalavdelingen har imidlertid vist stor interesse for prosjektet og arbeidet for at det skal kunne videreføres. Etter mye "om og men" har vi derfor fått adgang til å gjøre to 6 måneders datainnsamlingsperioder med mellomliggende pause. Den første startet i september 1988. Prosjektet har fått strammere arbeidsvilkår ved datainnsamling enn i pilotperioden ved begrensninger i tid pr. dag og at en polititjenestemann skal "overvåke" kontakten med arrestantene.

7.3. Praktiske spørsmål - forslag til tiltak

I diskusjoner om mangel på tiltak innen hjelpeapparatet for stoffmisbrukere, barnevern og sosialvesen kommer det ofte fram at politiet er den siste instans på skansen. Når tiltaksapparatet svikter er det politiet som må ta seg av de akutte problemer som relativt ofte oppstår i en by av Oslos størrelse. Dette medfører at politiet i mange situasjoner må ta hånd om personer med sosiale og medisinske problembelastninger som det ikke er rustet til å møte. Selv om oppholdet i arresten vanligvis er av kort varighet, vil det være en betryggelse å ha kyndig helsepersonell tilgjengelig. Det vil f.eks. øke sikkerheten for politiet i situasjoner der arrestanten har sykdommer og skader som kan være livstruende. Det viktigste med en slik helsetjeneste vil imidlertid være at arrestantene får større mulighet

til å få hjelp for ulike skader, sykdommer etc. de plages av og som lett fortøner seg større i arresten enn i frihet, og derfor gjør arrestoppholdet unødige problemfylt. Den siste tiden har det også vært satt søkelys på at endel blir sittende i varetekt på Politihuset i relativt lang tid på grunn av plassmangel i fengselsanstaltene. Dette gjelder særlig kvinner. De får ikke der den tjenesteyting de tross alt har tilgang på i ordinære fengsler. Det aktualiserer behovet for helsetjeneste ytterligere.

Oslo politikammer har avtale med Rehabiliteringskontoret i Oslo kommune om at berusete personer skal innbringes til en av kommunens avrusningsstasjoner. Der er det imidlertid ikke alltid plass. De er også relativt ofte stengt p.g.a. personalmangel etc. og da blir berusete personer satt i arresten uten kyndig tilsyn. En annen begrensning ved avtalen med Rehabiliteringskontoret er at avrusningsstasjonene i all hovedsak tar imot personer som er beruset p.g.a. alkohol. De ser seg lite i stand til å ta seg av stoffmisbrukere. På tross av at avrusningsstasjonene tar seg av mange berusete personer, er det således fortsatt et stort antall som oppholder seg i arresten gjennom et år. Selv om dette vanligvis ikke har alvorlige konsekvenser, hender det fra tid til annen at berusete personer omkommer p.g.a. alkoholforgiftning, overdose etc.. Det at politiet har avtale med legevaktjenesten vil ikke kunne ivareta den mer kontinuerlige overvåkingen av helsemessige forhold.

HIV-epidemien og behovet for forsvarlig hygiene i forbindelse med arresten aktualiserer behovet for en permanent helsetjeneste ytterligere. Det ville kunne sikre at arrestanter med åpne sår o.l. får forsvarlig behandling av kvalifisert helsepersonell, og at en har kyndig

hjelp i arresten til å rådføre seg med og få veiledning av angående hygiene og forebygging av smittespredning. Dette vil selvsagt ikke bare begrense seg til faren for HIV-smitte, men også ha aktualitet for forebygging av annen type smittespredning f.eks. hepatitt B.

En helsetjeneste ville også kunne bidra til å knytte kontakt med Oslo helseråd, avd. for tiltak mot AIDS, for de intravenøse misbrukere som ikke har og som ønsker en slik kontakt. Videre vil en helsetjeneste kunne være behjelpelig med å formidle kontakt med tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. Selv om kontakten med arrestantene vanligvis vil være av kort varighet, erfarte vi i pilotfasen at slik formidling var en aktuell oppgave.

På denne bakgrunn har vi tilbudt Oslo politikammer at prosjektets sykepleiere kunne bistå med en viss helse-tjeneste. En har imidlertid ikke sagt seg interessert i dette.

VEDLEGG 1

ESTIMERING AV HIV-EPIDEMIENS MØRKETALL BLANT INTRAVENØSE MISBRUKERE

Innledning

Siden 8.8.86 har det eksistert et numerisk meldesystem for HIV-smitte i Norge. Alle positive prøver meldes til Statens institutt for folkehelse (SIF), som har opprettet et halv-anonymt register. Opplysningene i registeret tillater ikke en fullstendig identifikasjon av de individene som er registrert, men er allikevel tilstrekkelig for å unngå dobbelttellinger i de aller fleste tilfeller. Pr. 1/2 1988 var det registrert 236 HIV-seropositive intravenøse misbrukere.

Siden registeret kun inneholder opplysninger om positive tester, kjenner man ikke hvor mange misbrukere som faktisk har latt seg teste. Man kjenner derfor ikke den relative prevalensen, dvs. den prosentvise andelen HIV-seropositive misbrukere. Med utgangspunkt i de tidligere refererte anslagene for misbrukerpopulasjonens størrelse (mellom 3500 og 6000), må man imidlertid regne med at prevalensen lå mellom 3,8 og 6,5 prosent på nevnte tidspunkt. Som tidligere nevnt knytter det seg imidlertid usikkerhet til disse størrelsesanslagene.

Som tidligere anført synes den høye testraten blant intravenøse misbrukere å peke i retning av at antallet ikke-registrerte HIV-positive misbrukere er forholdsvis lavt. Forutsetningen for at denne formodning skal være korrekt er imidlertid at det ikke eksisterer store undergrupper i misbrukerpopulasjonen som både har lav tilbøyelighet til å la seg teste, og som dessuten utsetter seg for stor smitterisiko. Vårt materiale tyder imidlertid ikke på dette. Tvert om er det en tendens til at testtilbøyeligheten øker med økende risikoatferd. De undergrupper som har det mest intensive misbruket og som er minst forsiktig sprøytehygienisk sett har også høyest testrate (jfr. kap. 6, samt Skog og Skretting 1988a).

Med utgangspunkt i tilgjengelige data har vi tidligere gjort omtrentlige anslag for antallet ukjente HIV-seropositive misbrukere ved årsskiftet 87/88 (Skog og Skretting 1988a). Ifølge beregningene skulle antallet ligge mellom og 70 og 110, i runde tall. Vi skal her drøfte beregningsmåten og de forutsetninger den bygger på litt nærmere, for derved å belyse påliteligheten av anslaget. Det faktum at beregningsgrunnlaget har vært misforstått (jfr. Sundby 1988a,b, Skog og Skretting 1988b) tilsier at vi her går nærmere inn på dette.

Multiplikatormetoden

I utgangspunktet vil man kanskje tro at man for å beregne mørketallet, dvs. antallet ikke-registrerte seropositive, må kjenne misbrukerpopulasjonens absolutte størrelse. Sundby (1988a,b) har gitt uttrykk for en slik oppfatning, og hevder på det grunnlag at mørketallsanslaget derfor må være svært usikkert. Dette beror imidlertid på en misforståelse.

Anta at misbrukerpopulasjonen teller 3000 personer og at 80 prosent av dem, dvs. 2400 personer, har latt seg teste. Siden 236 er registrert som seropositive, tilsier dette en relativ prevalens på nær 10 prosent. Av de 600 utestede personene vil man med samme relative prevalens måtte forvente 60 ikke-registrerte seropositive. Anta på den annen side at misbrukerpopulasjonen teller 6000 personer. I så fall vil 4800 være testet og de 236 registrerte HIV-seropositive utgjør derved bare 5 prosent. Følgelig bør 5 prosent av de 1200 utestede, dvs. 60 personer, være ikke-registrerte HIV-seropositive. Mørketallet blir med andre ord det samme. Det viktige tallet ved beregning av mørketallet er således ikke misbrukerpopulasjonens størrelse, men antallet registrerte HIV-seropositive. Dessuten må man kjenne testraten, og det er her usikkerheten ligger.

For det første kan man, som vi tidligere har anført (Skog og Skretting 1988a), ikke uten videre gå ut fra at den testraten vi finner i vårt materiale (79 prosent av arrestantene, 78 prosent av individene) er gyldig for hele populasjonen. Den noe mindre misbruksintensive delen av populasjonen er som nevnt underrepresentert i vårt materiale, og som anført ovenfor har de mindre misbruksintensive en lavere testrate. Vi må derfor gå ut fra at testraten i hele misbrukerpopulasjonen sett under ett er en del lavere enn 80 prosent.

Ytterligere et problem knytter seg til spørsmålet om den relative prevalensen HIV-seropositive kan forventes å være den samme blant de utestede, som blant de testede, slik regneeksemplene ovenfor forutsetter. Sannsynligvis er ikke dette tilfelle. De med lav misbruksintensitet er som nevnt overrepresentert blant de utestede, og denne

gruppen har samtidig lavere smitterisiko. Følgelig bør prevalensen HIV-seropositive være lavere blant de utes-tede enn blant de testede.

Vi skal utdype disse problemene nærmere i neste avsnitt. Problemet falske negative vil bli drøftet i et senere avsnitt.

Beregning av mørketallet - en nærmere analyse

La N betegne misbrukerpopulasjonens størrelse, mens N^+ og N^- betegner hhv. antallet HIV-seropositive og -negative (dvs. $N = N^+ + N^-$). Videre lar vi T betegne antallet testede misbrukere - dette antallet er ukjent. T^+ betegner antallet testede HIV-seropositive - dette antallet er kjent og lik antallet registrerte, dvs. 236. T^- betegner antallet testede blant de usmittede, som er ukjent ($T = T^+ + T^-$).

Vi tar utgangspunkt i testraten blant de seropositive, som vi betegner t^+ . Per definisjon har vi

$$t^+ = T^+/N^+ \quad \text{dvs.} \quad N^+ = T^+/t^+ \quad (1)$$

Hvis man kjenner testraten blant de seropositive, finner man med andre ord det egentlige antall seropositive (N^+) utfra det registrerte antallet seropositive (T^+). Problemet er at vi ikke kjenner t^+ .

Testraten i hele misbrukerpopulasjonen, dvs. $t = T/N$, kan skrives som

$$t = p \cdot t^+ + (1-p) \cdot t^-$$

der t^- er testraten blant de negative, mens p betegner den relative prevalensen seropositive ($p=N^+/N$). Nå viser våre data at $t^+ > t^-$. Følgelig blir $t < t^+$ og

$$N^+ < T^+/t \quad (2)$$

Hvis vi, som ved beregningene ovenfor, bruker testraten for alle (t), i stedet for testraten for de seropositive (t^+), vil vi med andre ord overvurdere antallet positive og derved også mørketallet (dvs. $M=N^+-T^+$).

Nå kjenner vi imidlertid heller ikke t , dvs. testraten for hele populasjonen. Derimot kjenner vi testraten i den selekterte misbrukergruppen en treffer i arresten, som vi betegner t_A .

Dersom denne testraten skulle gjelde for hele misbrukerpopulasjonen, dvs. hvis $t=0,78$, finner vi ut fra formel (2) at N^+ er høyst 303. I tillegg til de 236 HIV-seropositive misbrukerne som var registrert pr. 1.2.1988 burde det i så fall finnes høyst 67 uregistrerte.

Nå vet vi imidlertid at vårt materiale ikke er helt representativt, bl.a. fordi unge misbrukere, kvinnelige misbrukere og misbrukere med en lav misbruksintensitet har lavere arrestasjonsrisiko enn andre. Det er derfor færre misbrukere fra disse strata i vårt utvalg enn i hele populasjonen. Spørsmålet blir derved hvor stor testraten egentlig er i de grupper som er underrepresentert.

Det synes ikke sannsynlig at den er dramatisk lavere. Vi bygger dette bl.a. på følgende fakta om de underrepresenterte grupper: Kvinner har en høyere, snarere enn lavere testrate enn menn (83 mot 76 prosent). Misbruk-

ere under 21 år har nøyaktig samme testrate som de eldre. De med kort misbrukskarriere har en testrate på 56 prosent. De som injiserer forholdsvis sjelden har en testrate på 74 prosent. Sentralstimulantiamisbrukerne, som er mindre misbruksintensive enn opiatmisbrukerne, har en testrate på 66 prosent.

Anta på bakgrunn av ovenstående at skjevheten i utvalget gir en overestimering av testraten på 10 prosentpoeng, dvs. at vi i totalpopulasjonen har $t=0,68$. Da følger det av formel (2) at N^+ er høyst $236/0,68 = 347$, og mørketallet blir høyst 111. Skulle t være enda lavere blir mørketallet estimert utfra formel (2) enda større.

Ved denne beregningen ignorerer man imidlertid det forhold at de underrepresenterte grupper - særlig de yngste og de med lavest misbruksintensitet - også har lavere prevalens HIV-seropositive. Eller uttrykt på en annen måte, man ignorerer at t kan være vesentlig mindre enn t^+ . Vi overestimerer i så fall mørketallet. Et regneeksempel kan anskueliggjøre dette.

Siden prevalensen HIV-positive i vårt materiale (13,8 prosent) er minst dobbelt så høy som i hele misbrukerpopulasjonen (mellom 3,8 og 6,5 prosent) må det substratum vårt utvalg er hentet fra utgjøre mindre enn halvparten av hele misbrukerpopulasjonen. Anta den utgjør en tredjedel, og at prevalensraten HIV-seropositive er 14 prosent. Er prevalensraten i hele populasjonen 7 prosent (se ovenfor) må den være 3,5 prosent i de øvrige $2/3$ av misbrukerpopulasjonen. Med en testrate på 78 prosent i det misbruksintensive stratumet, og eksempelvis 15 prosent lavere i det andre, blir $t=0,68$, som i eksemplet ovenfor.

han/hun har vært testet, og $S=1$ at personen er seropositiv. Etter litt regning finner man at

$$t_A < t^* \quad \text{hvis og bare hvis} \quad a^{-1} \cdot \text{cov}(A, T) < p^{-1} \cdot \text{cov}(S, T)$$

Her betegner $\text{cov}(\)$ kovariansen mellom variablene, mens a betegner andelen av misbrukerpopulasjonen som har vært arrestert i observasjonsperioden og p prevalensen seropositive. Ved å velge observasjonsperiodens lengde slik at $a=p$ reduseres kriteriet til et spørsmål om kovariansenes, og derved korrelasjonenes, relative størrelse. Som det fremgår av tabell 1 skjer det ingen systematisk og signifikant endring i testraten med observasjonsperiodens lengde.

Tabell 1. Testrate og kumulativ testrate pr. måned blant misbrukere som ikke tidligere har deltatt i undersøkelsen.

	Antall personer	Testrate (%)	Kumulativ testrate (%)
September	90	82,2	82,2
Oktober	117	73,5	77,3
November	97	83,5	79,3
Desember	34	67,7	78,1
Totalt	338	78,1	78,1

$$F(3, 334) = 2,1 \quad p = 0,104$$

Både arrestasjonsrisikoen og smitterisikoen er avhengig av misbrukernes livsstil og misbruksintensitet. Det samme gjelder testtilbøyeligheten. Det er ikke uten videre gitt hvilke av disse korrelasjonene som er høyest. I prinsippet kan det tenkes at arrestrisikoen korrelerer lavere med testtilbøyeligheten enn smitterisikoen gjør, og i så fall vil $N^+ < T^+ / t_A$, dvs. at det reelle mørketallet er mindre enn 67. Det er imidlertid vanskelig å avgjøre dette spørsmålet på grunnlag av de data som foreligger, og vi må derfor begrense oss til å trekke den konklusjon at diskrepansen mellom testraten i arrestmaterialet og testraten blant de seropositive neppe representerer noe stort problem.

Problemet falske negative

Så langt har vi sett bort fra den underestimering som kommer av at en del av de testede er positive uten å vite det. Enten fordi de ikke hadde rukket å utvikle antistoffer ved testtidspunktet, eller fordi de er blitt smittet etter at de tok siste test. Begge disse feilene er varianter av det som vanligvis kalles "falske negative".

Størrelsen på begge disse feilkildene vil stå i forhold til incidensen, dvs. tilveksten av nye tilfeller, omkring registreringstidspunktet. I tabell 2 gjengis kvartalsvise incidenstall blant sprøytemisbrukere ifølge SIFF. Utviklingen det siste året har vært langt mindre dramatisk enn enkelte prognoser har tilsagt (Pettersen 1986, Fridstrøm og Eskild 1987). Ifølge disse prognosene skulle incidensen pr. 12 mnd. forventes å være lik prevalensen på ethvert tidspunkt, dvs. eksponensiell

vekst. Som det fremgår av SIFF's tallmateriale har incidensen vært langt mindre og har ikke vist noen tegn til økning. Tvert om synes incidensen å ha gått ned.

Nedgangen kan riktignok i noen grad være mer tilsynelatende enn reell. Dette kan ha sin forklaring i en reservoar-effekt. Det er forskjell på å være nysmittet og nyregistrert, og når registreringene startet var sannsynligvis mange av de "nye" tilfellene smittet lang tid i forveien. Dette tilsier at incidensen ble overvurdert i begynnelsen, mens den incidensen en for tiden observerer er nærmere den reelle. Denne effekten er imidlertid neppe sterk nok til å forklare hele forskjellen mellom prognoser og data. Tvert om synes det på grunnlag av tabell 2 nærliggende å trekke den slutning at incidensen for tiden ikke er økende og at den er av størrelsesorden 13,5 personer pr. kvartal, eller 4,5 personer pr. måned.

Tabell 2. Incidens HIV-seropositive blant intravenøse misbrukere (Kilde: MSIS, 2/87, 15/88, 27/88, 40/88)

Kvartal	1987	1988
1.	46	17
2.	4	4
3.	18	6
4.	12	7
Hele året	74	34
Kumulativ incidens	229	263

Den første typen falske negative er ikke spesiell for dette prosjektet, men vil opptre ved alle prevalensstudier av sykdommer med en viss inkubasjonstid. Inkubasjonstidens lengde (som for HIV synes å være 1-3 mnd.) vil bestemme problemets størrelse. Inkubasjonstiden medfører rett og slett at den prevalens en observerer på et bestemt tidspunkt egentlig er den reelle prevalensen på et noe tidligere tidspunkt, der tidsdifferansen svarer til inkubasjonstiden.

Den andre typen underestimering synes i det foreliggende tilfellet alvorligere. Siden sprøytemisbrukere er en høyrisikogruppe, vil en ikke uvesentlig del av de testede kunne ha blitt smittet etter siste test. Hvor mange dette vil gjelde er avhengig av hvor lang tid som er gått siden våre informanter lot seg teste, samt incidensen omkring registreringstidspunktet.

Siden incidensen pr. mnd. (I) for tiden synes å være omkring 4,5 personer, kan man på grunnlag av de tidligere refererte anslag for populasjonens størrelse fastslå at smitterisikoen pr. måned ($r = I/T$) for den gjennomsnittlige misbrukeren er svært liten og av størrelsesorden 0,1 prosent. Sjansen for at en misbruker skal bli smittet i løpet av en periode på m måneder kan derved med god tilnærming settes til $r*m$. La vi $T(m)$ betegne antallet personer som hadde siste test for nøyaktig m måneder siden, vil det forventede antall personer som er smittet etter siste test være lik

$$\sum_m r*m*T(m) = I*\mu$$

der μ er gjennomsnittlig tid siden siste test, regnet i måneder.

I pilotstudien har vi ikke samlet data om tiden siden siste test. Imidlertid er det klart at det er snakk om måneder - ikke år. Det er ikke bare en stor andel av misbrukerne som har testet seg, de aller fleste har testet seg flere ganger. I andre fase av stikkmerkeundersøkelsen, som startet høsten 1988, innhenter vi opplysninger om testfrekvens og tid siden siste test. De foreløpige data tyder på at omkring 2 av 3 har testet seg i løpet av det siste halvåret. Det aritmetiske gjennomsnitt er omkring 6 måneder.

Antallet sprøytemisbrukere som er smittet etter siste test kan på dette grunnlaget anslås til omkring $6 \cdot 4,5 = 27$. Setter vi gjennomsnittlig inkubasjonstid mellom smitte og positiv test til 2 måneder kan antallet falske negative av denne typen anslås til 9 personer. Tilsammen får vi derved et mørketall på 36 personer p.g.a. falske negative.

Sammendrag og konklusjon

Mørketallet - dvs. antallet ukjente HIV-seropositive misbrukere - har to hovedkomponenter. Dels de som er positive, men som ikke har latt seg teste, og dels de positive som har latt seg teste på et eller annet tidspunkt, men som ikke ble påvist (falske negative).

Vi har i foranstående analyse forsøkt å underbygge at disse mørketallene lar seg beregne med forholdsvis god nøyaktighet på grunnlag av SIFF's prevalens og incidens-tall, samt de data stikkmerkeundersøkelsens pilotprosjekt gir. Det er viktig å merke seg at det ikke er nødvendig å kjenne misbrukerpopulasjonens størrelse for

å gjøre disse beregningene. Usikkerheter i sistnevnte anslag vil derfor ikke skape problemer for mørketallsberegningen.

Ved årsskiftet 87/88 kan man anslå det mørketall som forårsakes av at misbrukere er blitt smittet etter at de lot seg teste, eller som ennå ikke hadde utviklet antistoffer ved testtidspunktet, til omkring 35 personer.

På samme tidspunkt var antallet ikke testede HIV-seropositive misbrukere sannsynligvis av størrelsesorden 70 personer. Tallet kan være noe mindre eller noe større avhengig av forholdet mellom arrestasjonsrisiko, smitterisiko og testtilbøyelighet i misbrukerpopulasjonen. Det synes imidlertid klart utfra de foreliggende data at det reelle antallet ikke kan avvike svært mye fra det angitte.

VEDLEGG 2

(Artikkel publisert i "LOV OG RETT" 1989 i noe bearbeidet form). Takk til Ragnar Hauge for kommentarer.

KAMPEN FOR DATA

Innledning

En framtrédende problemstilling når en vil søke å belyse et forskningsfelt ved hjelp av empiri, er hvilke typer data som er best egnet og hvilke data det er praktisk mulig å få tilgang til. Det vil alltid være en eller flere begrensninger som gjør at en må inngå kompromisser og foreta avveininger av ulike karakter.

For å få tilgang til data er en ofte avhengig av at ulike aktører vil samarbeide og/eller legge forholdene best mulig til rette for at datainnsamling kan realiseres. Hvis datainnsamlingen berører følsomme områder eller opplysninger, er det også avgjørende at både respondenter og de instanser som skal forvalte individuelle og samfunnsmessige interesser som regulerer om og hvordan slike opplysninger kan benyttes, har tillit til forskning og hvordan forskning håndterer data. Det må også foretas en avveining av nytteverdi opp i mot eventuelle etiske problemer som datainnsamlingen kan medføre. Datainnsamling kan også gripe inn i sosiale institusjoner på måter som oppfattes som forstyrrende. Hvilke forventninger skal forskning kunne stille til offentlige etater når det gjelder samarbeid og tilrettelegging for datainnsamling? Vi vil her drøfte noen sli-

ke problemstillinger med utgangspunkt i erfaringer fra "stikkmerkeundersøkelsen".

Problemer

I en arrestpopulasjon vil det over tid alltid være en relativt stor gruppe individer som er gjengangere, dvs. personer som blir arrestert gjentatte ganger i løpet av en gitt tidsperiode. Ett av flere metodiske problemer som knytter seg til datainnsamling som baserer seg på informasjon fra arrestanter, er derfor at man ideelt sett bør ha mulighet for å kunne bestemme hvorvidt en arrestant er registrert i datamaterialet ved en tidligere anledning. Det optimale vil selvsagt være å etablere et register som tar utgangspunkt i personopplysninger. Et slikt registreringsystem må selvsagt ikke bygges opp slik at utenforstående skal kunne gå inn og identifisere hvorvidt en bestemt, kjent person finnes i registeret. Vårt utgangspunktet var å etablere et såkalt kryptert register, dvs. et system som gjør det umulig for uvedkommende å identifisere en person som er med i undersøkelsen.

Datatilsynet og personregister

Etablering av alle typer personidentifiserbare registre er i Norge regulert av "Lov om personregistre m.m." av 9. juni 1978 (dataloven). Til å forvalte denne loven er det etablert et organ under Justisdepartementet, Datatilsynet. Datatilsynet skal ivareta den enkeltes interesser i personvern overfor bruk av personopplysninger. Datatilsynet skal videre gi uttalelser i spørsmål som gjelder bruk av personopplysninger og gi råd og rettledning om personvern og datasikring

(Datatilsynet 1984). Som en del av forberedelsen til undersøkelsen søkte vi derfor Datatilsynet om å etablere et personregister. NAVF's datafaglige sekretariat anbefalte at det ble gitt konsesjon til registeret. I samtaler med Datatilsynet framla vi mulighetene for å kryptere personopplysningene via en matematisk formel. Det skulle på denne måten ikke være mulig for noen som ikke kjente formelen for omkoding å kunne identifisere hvilke personer som var i registeret.

Søknaden om konsesjon til et personregister ble fremmet på et tidlig tidspunkt. Datatilsynet brukte lang tid på saksbehandlingen og vi hadde hyppig kontakt. Det kom fort fram at en var svært skeptisk til prosjektet. Ved første gangs behandling ble avslag om konsesjon dels begrunnet med at man ikke så nødvendigheten av et personbasert register og dels med

"...at tilnærmingsmåten overfor respondentene ikke gir dem noe reelt valg, hva angår det å avgi frivillig samtykke til deltagelse i prosjektet. Pågrepne/innsatte personer vil ofte være lite ressurssterke og i en spesielt vanskelig situasjon. De vil lett kunne føle et avhengighetsforhold til sine omgivelser som gjør at innhenting av samtykke som skissert, ikke medfører et reelt valg for den enkelte til å delta i prosjektet."

Det ble videre sagt at en eventuell fornyet søknad burde forelegges "Rådet for medisinsk forsknings utvalg for forskningsetikk" til vurdering. Til tross for at vi fant det uhensiktsmessig at et samfunnsvitenskapelig forskningsprosjekt skulle vurderes av et etikkutvalg for medisinsk forskning fant vi å måtte gjøre dette. Vår skepsis hadde dels sammenheng med frykt for revirkonflikter, men var særlig begrunnet i at en ansatt i Datatilsynet - som allerede hadde tatt standpunkt - var

medlem i det nevnte utvalg, og at prosjektet var blitt drøftet blant medlemmer av utvalget. Vi utarbeidet en fornyet søknad der behovet for en viss grad av person-identifiserbarhet ble nærmere begrunnet. Søknaden gjaldt denne gang et register uten fullstendige personopplysninger. Også nå skulle disse krypteres. Prosjektet ble forelagt det medisinske etikkutvalg, som ga en negativ anbefaling. Ved behandlingen i Datatilsynet ble avslag om konsesjon konfirmert. Hovedbegrunnelsen for avslaget var spørsmålet om frivillig samtykke fra arrestantene angående deltakelse i prosjektet. I den forbindelse ble det vist til "Helsinki-deklarasjonen" av 1964, revidert i 1975. Denne omhandler anbefalte retningslinjer for leger om biomedisinsk forskning på mennesker. Underveis hadde også NORAS, Regjeringens spesialrådgiver for narkotikaspørsmål og Rådet for taushetsplikt og forskning ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo uttalt seg om de spørsmål som Datatilsynet reiser. De nevnte instanser fant de omtalte problemer rundt deltagelse i prosjektet tilfredstillende ivarettatt og at respondentene var sikret gjennom et kryptert register. NAVF's datafaglige sekretariat kom også med en ny uttalelse der det heter at den foreslåtte kryptering gir en tilfredsstillende sikring mot misbruk.

Det naturlige hadde selvsagt vært å forelegge prosjektet for et etikkutvalg for samfunnsforskning. Det finnes imidlertid ikke et slikt utvalg i Norge. Vi fant det derfor aktuelt å reise spørsmålet om etablering av et eget utvalg for forskningsetikk for samfunnsforskning, og dette blir nå drøftet i NAVF, Rådet for samfunnsforskning og NORAS. Den eneste muligheten vi nå hadde var at Justisdepartementet som ankeinstans skulle omgjøre vedtaket. Vi presiserte i anken at "Helsinki-deklarasjonen" omhandler biomedisinske eksperimenter med mennesker, mens vårt prosjekt ikke er eksperimentelt,

men en samfunnsvitenskapelig registrering, og at avslaget i Datatilsynet derfor etter vår oppfatning bygger på feil premisser. Justisdepartementet stadfestet imidlertid vedtaket i Datatilsynet.

Anonym undersøkelse

Mens denne prosessen pågikk hadde vi satt igang med en tre måneders pilotundersøkelse. Denne ble gjennomført anonymt. Ved anonyme prosedyrer reguleres ikke datainnsamling av Lov om personregistre, og Datatilsynet hadde ingen innvendinger mot prosedyren.

En anonym registrering innebar ikke noe stort problem i pilotfasen. Prosjektperioden var da begrenset til tre måneder. Ved å stille arrestantene spørsmål om de var intervjuet før, fant vi sånn omtrentlig hvor mange individer de arrestantene som inngikk i undersøkelsen representerte. I en lengre prosjektperiode vil det imidlertid ikke være tilstrekkelig og føre til dårligere data hvis vi ikke har noen mulighet til å gjøre beregninger om hvor mange individer datamaterialet representerer. På denne bakgrunn ble det utarbeidet en modell der en kan matche ulike personlige kjennetegn som ikke har karakter av personidentifiserbarhet; f.eks. fødselsår, kjønn, kroppshøyde, øyefarge, skonr., etc. Vi vil gjennom dette kunne oppnå en relativt høy "gjenfinnings-sannsynlighet" (Skog 1987). Et slikt system vil ikke være like pålitelig som et register bygd opp på personidentifiserbare kjennetegn. I en vurdering av hvorvidt vi skulle skrinlegge hele prosjektet eller satse på det nestbeste og dermed få data som i alle fall ville være bedre enn det som finnes, valgte vi så det siste. Undersøkelsen ville dermed ikke hindres av manglende konsesjon fra Datatilsynet.

I denne forbindelse ba vi Datatilsynet om en vurdering av forholdet til "Lov om personregistre m.m." og ulike alternativer av innhenting av personopplysninger. Siktet med dette var å få en veiledning fra Datatilsynet om hvilke type persondata vi kunne innhente uten å komme i konflikt med loven. Etter flere purringer muntlig og skriftlig svarte Datatilsynet etter 5 mnd. at de "...finner det således vanskelig å utarbeide ytterligere retningslinjer som innebærer en gjennomførelse av prosjektet med uendret tilnærningsmåte". Vi fant svaret svært lite tilfredstillende. I samråd med Sosialdepartementet ba vi derfor en professor ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo, om en vurdering av den forvaltningsmessige side av svaret. Etter vår oppfatning unnlot Datatilsynet i realiteten å gi råd og rettledning om personvern slik det ut fra loven er pålagt. Den juridiske vurderingen støtter dette synet og understreker at en i dette tilfelle må kunne sies å ha et spesielt behov for rettledning (to avslag på søknad om personregister og understrekning av viktigheten av at undersøkelsen ble foretatt).

Politi og arrestpersonalet

Gjennomføringen av prosjektet er også avhengig av interesse og vilje til samarbeid fra Oslo politikammer og de ansatte i arresten. Narkotikaavsnittet var kjent med planene for undersøkelsen, og vi sendte en formell henvendelse til Oslo politikammer. Prosjektet ble møtt med interesse, og forholdene ble lagt til rette for at pilotperioden kunne gjennomføres. Oslo politikammer var også orientert om at vi etter pilotfasen tok sikte på en kontinuerlig registrering - i første omgang over tre år. Da vi så etter pilotperioden skulle orientere politiet

om prosjektets videre framdrift og gjøre avtale om hvordan det skulle organiseres, fikk vi en ubehagelig overraskelse. Ansatte i arresten motsatte seg at datainnsamlingen skulle fortsette. Det ble henvist til arbeidsmiljø og manglende sikkerhet (rømningsfare, sykepleiernes personlige sikkerhet).

Vi var kjent med at ikke alle ansatte i arresten var like positivt innstilt til prosjektet og dets fortsettelse. I løpet av pilotperioden hadde det vært litt murring om at sykepleierne gikk ut over sitt arbeidsområde og blandet seg inn i de ansattes virksomhet. Dette ble imidlertid ikke tatt opp med prosjektets ledelse. Vi var derfor uforberedt på at politiet skulle si nei til et fortsatt samarbeid. Formelt og skriftlig ble den manglende bemanning og derav sikkerhetsfaren ved å ha "uvedkommende" som opererte i arresten, framhevet. Det lengste en ville strekke seg var å revurdere situasjonen og evt. medvirke til en kortere undersøkelse (6-8 uker) når bemanningssituasjonen bedret seg, tidligst høsten 1988. Det ble meddelt muntlig fra politets side at den reelle begrunnelsen også lå i irritasjon over at sykepleierne la seg i arrestforvarernes og politiets disposisjoner, og at dette kanskje var vel så viktig som sikkerhetsrisikoen.

For å gi de ansatte (og arrestantene) noen gjenytelser for å ha undersøkelsen gående, tilbød vi å stå til disposisjon med et visst helsetilbud. Det ble fra vår side antydning av veiledning av ansatte og arrestanter angående hygieniske forhold i forbindelse med HIV/AIDS-epidemien og annen helsemessig bistand overfor arrestanter. Det finnes ordinært ikke noen form for helsetjeneste for arrestantene på Politihuset i Oslo. Et slikt tilbud ble imidlertid avvist. Begrunnelsen var at en ikke kunne se noe behov for denne type tilbud. Vi kan i denne sammen-

heng nevne at Sosialdepartementet er svært interessert i å få erfaringer av å ha helsepersonell i arresten. En viktig grunn til dette er at uavhengig av det aktuelle forskningsprosjekt vil HIVepidemien blant sprøytemisbrukere etter all sannsynlighet tvinge fram en helse-tjeneste i nær framtid. Til sammenligning har den avdeling på Almänna häktet i Stockholm som tilsvarer arresten, i flere år har hatt tre sykepleiere i full stilling.

DISKUSJON

Personvern

Vi vil understreke at vi ikke er uenig i at det er etablert et regelverk som begrenser og regulerer bruken av personopplysninger. Vi er også enig i at dette er nødvendig i forskningsmessig sammenheng. Vi vil også understreke at vi respekterer og forholder oss til de avgjørelser Datatilsynet fattet. Vi vil imidlertid tillate oss å drøfte og markere uenighet med det premissgrunnlag avgjørelsen i dette konkrete tilfelle er fattet på.

Som vi har nevnt ble det i avslaget fra Datatilsynet henvist til "Helsinki-deklarasjonen" som omhandler anbefalte retningslinjer for leger vedrørende biomedisinsk forskning som omfatter mennesker. Den peker bl.a. på problemer og ansvar ved å drive forskning som baserer seg på frivillig samtykke fra forsøkspersoner som står i avhengighetsforhold til legen eller hvis samtykke vil kunne gis under påtrykk. Det er innlysende at all forskning som baserer seg på medvirkning av arrestanter eller fanger er forbundet med etiske problemer. Vi vil imidlertid reise spørsmål om - og i hvilken grad - en

kan påberope seg anvendelse av "Helsinki-deklarasjonen" i dette konkrete tilfelle. Vi deler fullt ut de synspunkter som fremmes i forbindelse med biomedisinsk forskning på mennesker. Som det heter i innledningskapitlet:

"I vår tids legepraksis følger det farer med de fleste diagnostiske, terapeutiske eller profylaktiske metoder. Dette gjelder enda mer for biomedisinsk forskning. Fremskritt i legevitenskapen er basert på forskning, som i siste omgang må bygge på eksperimenter med mennesker."

Spørsmålet vi vil stille er om "Helsinki-deklarasjonen" kan og bør gjøres gjeldende for ikke-eksperimentelle samfunnsvitenskapelige prosjekter der det ikke foreligger fare for at informanten blir påført skade. Som deltagere i den aktuelle undersøkelsen løper arrestantene ingen risiko for personlig ulempe hverken av juridisk eller helsemessig art. Hvis vi så noen som helst risiko for dette, ville vi vurdert det som helt uaktuelt å gjennomføre undersøkelsen. Selv om også samfunnsvitenskapelig forskning har mennesket som sitt forskningsobjekt, er det i de fleste tilfeller en vesentlig forskjell mellom samfunnsforskerens og den biomedisinske forskerens situasjon. Med unntak av visse typer eksperimentopsykologisk forskning m.v. er det vanligvis ikke snakk om en eksperimentell manipulering med enkeltindivider som kan medføre risiko for skade. Samfunnsforskerens etiske problem vil derfor i større grad være knyttet til integritetsspørsmål.

Når vi finner det urimelig at de etiske sidene ved prosjektet blir vurdert av et etisk råd for medisinsk forskning som legger retningslinjer for biomedisinsk forskning til grunn, innebærer ikke dette at vi mener at et etisk råd for samfunnsforskning nødvendigvis ville ha

konkludert annerledes. Et etisk råd for samfunnsforskning vil imidlertid ha et samfunnsvitenskapelig og ikke et medisinsk utgangspunkt for sin vurdering. Uavhengig av utfallet er det derfor grunn til å anta at et etisk råd for samfunnsforskning ville ha fattet sin avgjørelse på premisser som er mer i tråd med prosjektets grunnlag og intensjoner. En evt. negativ tilråding ville etter vår vurdering derfor være enklere å forholde seg til og akseptere.

Vi er selvsagt enig i at vi i et prosjekt av denne typen nærmer oss mennesker som er i en meget vanskelig livssituasjon. Det påhviler derfor forskning som har et slikt utgangspunkt et særlig ansvar for respondentenes integritet og respektfull forvaltning av de informasjonen som blir gitt. Arrestantene er i en tvangssituasjon ved at de er berøvet sin bevegelsesfrihet og prisgitt politiets avgjørelser og fortolkning av lovverket. Dette gjør det f.eks. viktig at datainnsamlingen ikke er knyttet til politiet og at informasjonen som kommer fra den enkelte arrestant ikke blir gitt videre til politiet eller får noen negative konsekvenser for arrestanten. Videre er det helt nødvendig at det blir understreket eksplisitt at deltagelsen er frivillig. Det at arrestanter ofte er lite ressurssterke og at de som arresterte er i en spesielt vanskelig situasjon, er imidlertid ikke ensbetydende med at de ikke vil ha noe reelt valg med hensyn til f.eks. å delta i en undersøkelse. Vi er imidlertid enig i at dette ikke er noe enkelt spørsmål. Uten å gå inn i en grunnleggende filosofisk diskusjon vil vi hevde at et standpunkt som framholder at arrestantene ikke kan vurdere noen form for informasjon i sin situasjon - innebærer at mangelen på menneskelig frihet vil være total. Et standpunkt som tar utgangspunkt i at personer ikke er i stand til å ha noen egne oppfatninger om hva de vil og ikke vil selv om de er i

vanskelige situasjoner, innebærer etter vår oppfatning en umyndiggjøring.

Det kan selvsagt anføres at spørsmålet om frivillighet i situasjonen de aktuelle respondentene befinner seg i, er fiktivt i den forstand at de ikke kan bevege seg fritt og også i andre henseende er fratatt valgmuligheter. Som arrestanter kan de derfor oppfatte situasjonen dithen at deltagelse i en slik undersøkelse er en "obligatorisk" del av arrestoppholdet. Etter vår oppfatning er dette i stor grad avhengig av hvordan et forskningsprosjekts medarbeidere i de konkrete tilfeller henvender seg til arrestanter som respondenter og presenterer grunnlaget for deltagelse i den aktuelle undersøkelsen. Vårt utgangspunkt er at personer kan vurdere og ta stilling til informasjon og handlingsalternativer selv om de er arrestert. I dette konkrete tilfelle ble det som nevnt klart presisert at et avslag ikke ville ha noen negativ innvirkning for politiets behandling av arrestanten og grunnlaget for arrestasjonen.

Rådet for taushetsplikt og forskning ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo sa i sin uttalelse i saken at "hvor samtykket er nødvendig må samtykke være reelt, hvilket i praksis vil si at klienten gjøres oppmerksom på sin rett til å nekte samtykke."

I pilotperioden på 3 måneder i dette konkrete prosjektet var det ca 16 prosent av arrestantene som vegret å delta i undersøkelsen. Dette gir etter vår vurdering et rimelig grunnlag for å hevde at deltagelse i undersøkelsen også ble oppfattet som frivillig fra arrestantenes side. Noe som kanskje kan stå som et paradoks er at prosjektmedarbeiderne ved å oppføre seg

normalt respektfullt overfor arrestantene som respondenter, kanskje bidro til at arrestantene var mer samarbeidsvillige enn politiet opplever i sin kontakt.

Vi finner det også relevant i denne sammenheng å trekke fram at et standpunkt som framholder at fanger/arrestanter ikke kan antas å kunne gi reelt frivillig samtykke til deltagelse i forskningprosjekter, innebærer at all fengselsforskning som krever medvirkning av fanger ikke kan tillates. Det vil også innebære store problemer med å drive forskning som involverer barn, psykiatriske pasienter og andre som kan defineres å stå i et avhengighetsforhold til personer tilknyttet et forskningsprosjekt.

Vi stiller oss naturlig nok også svært undrende til Datatilsynets manglende vilje til å gi rettledning i utarbeidelse av retningslinjer for datainnnsamling slik at den ikke kommer i konflikt med "Lov om personregistre m.m.". Selv om Datatilsynet er negativt til prosjektet som sådan har vi vanskelig for å akseptere at en kan unnlate å gi råd og rettledning som det gjennom lovverket er pålagt (Justisdepartementet 1981).

Politiets samarbeidsvilje

Når det gjelder problemene med å få fortsette datainnsamlingen på Politihuset, kunne nok vår tilnærming i utgangspunktet vært annerledes. Det er i seg selv ingen selvfølge at de ansatte i arresten skulle si et ubetinget ja til prosjektets tilstedeværelse. Selv om Oslo politikammer som institusjon var positiv, betyr ikke dette at denne innstillingen automatisk deles av de som berøres direkte i sitt daglige arbeid. Det er forståelig at arrestforvarere og politifolk som arbeider i

arresten kan føle det ubehagelig at et forskningsprosjekt er tilstede i den daglige virksomheten. Forholdene i arresten på Politihuset i Oslo er gjenstand for mye kritikk i media og det kan derfor føles ubehagelig med andres tilstedeværelse, spesielt når disse er personer som har lang erfaring i klientarbeid og med kriminalpolitisk interesse. Det har kommet klart fram i de diskusjoner som har funnet sted at arrestpersonalet har vært irritert over ulike synspunkter som sykepleierne i prosjektet har gitt uttrykk for. Det gjelder såvel påpekning av helsemessige forhold, som mer "uvedkommende" saker de formelt ikke har rett til å blande seg i. I ettertid kan vi se at vi burde brukt mer tid og krefter på å diskutere prosjektet med dem som ville komme i daglig kontakt med våre medarbeidere. Dette både for å understreke viktigheten av den konkrete datainnsamling og for å gjøre dem tryggere på våre intensjoner og motiver. Arresten er en institusjon som i liten grad har hatt "utenforstående" der til daglig, og vi hadde antageligvis tjent på å legge mer arbeid i å få til et mest mulig friksjonsfritt samarbeid.

Selv om vi som nevnt kan ha forståelse for at prosjektet og dets medarbeidere kan vekke irritasjon og misnøye, stiller vi oss likevel noe undrende til at ansatte i arresten kunne stoppe et forskningsprosjekt som Oslo politikammer har støttet og medvirket til. Etter nye fram og tilbake har vi imidlertid kommet til en slags kompromissløsning slik at vi får fortsette vår datainnsamling, om enn nokså amputert. Vi har foreløpig fått avtale om to seks måneders perioder med mellomliggende pause, i stedet for de planlagte tre år.

En aktuell problemstilling i denne sammenheng er hvilke samfunnsmessige forpliktelser som påhviler en etat som

politiet. De færreste arbeidsmiljø ønsker utenforstående inn på arbeidsplassen, spesielt ikke hvis det kan oppfattes som forstyrning av rutiner. Det er liten grunn til at de ansatte i arresten skulle sette mer pris på dette enn andre. Politiet er imidlertid en etat som forvalter helt spesielle oppgaver i samfunnet. Dette kan gi inntak til studier av ulike områder som har stor samfunnsmessig interesse. Det gjør at en må kunne stille spørsmål om ikke en etat som politiet også bør ha spesielle samfunnsmessige forpliktelser til at f.eks. forskning på de områder som de forvalter, kan gjennomføres. Det betyr ikke nødvendigvis at det skal være fritt fram for forskning på alle områder politiet er i berøring med. Vi må selvsagt akseptere at det foretas avveininger, og at det vil være felter som av ulike årsaker ikke "egner" seg for forskningsmessig belysning her og nå. I et demokratisk samfunn burde imidlertid det å gi muligheter for forskning i de deler av samfunnsapparatet som har adgang til fysisk maktutøvelse og frihetsberøvelse, kunne sees på som en del av den generelle rettssikkerheten. I dagens situasjon med den relativt store mediaoppmærksomheten om de vanskelige forholdene i arresten er det vel også grunn til å stille spørsmål ved om ikke de ansatte ville være tjent med å åpne arresten for forskning. En kan tenke seg at de også kunne bruke forskning som et redskap for å få bedret på situasjonen.

I dette konkrete tilfelle kommer det moment i tillegg at politiet er den instans som oftest kritiserer det aktuelle forskningsmiljø for at det ikke finnes bedre data om narkotikamisbruk. De undersøkelser som finnes blir bagatellisert og til dels underkjent (f.eks de årlige Oslo-undersøkelsen til SIFA). Politietaten kan i liten grad forvente at forskningsinstitusjoner skal ta noe hensyn til behov og ønskemål om forskningsinnsats hvis

de i så liten grad er villige til å bidra til at slik forskning kan realiseres. At en kompromissløsning er kommet i stand skyldes i stor grad at Oslo politikammer deler en slik vurdering.

Sluttbemerkninger

De vanskeligheter "stikkmerkeundersøkelsen" har støtt på både når det gjelder Datatilsynet og adgang til datainnsamling i arresten reiser spørsmål av stor prinsipiell betydning for samfunnsforskning.

Det å anvende "Helsinki-deklarasjonen" om biomedisinsk forskning på mennesker på ikke-eksperimentell samfunnsvitenskapelig forskning, vil ha konsekvenser langt utover dette konkrete prosjektet. Generelt vil den kunne gjøres gjeldende for samfunnsforskning som tar utgangspunkt i mange typer svake grupper eller grupper som er i en vanskelig situasjon. Som kjent er en viktig side av samfunnsforskning nettopp å ta opp og belyse svake samfunnsgruppers problemer. Ved å bruke retningslinjene fra "Helsinki-deklarasjonen" vil mye av denne forskning bli svært vanskelig eller umulig. Under avsnittet "Samtykkets begrensning" i publikasjonen "Informasjon og samtykke ved biomedisinsk forskning" heter det:

"På den annen side finnes det grupper som har eller bør ha et særlig vern mot deltagelse i forskning som ikke er til gagn for dem selv. Det gjelder barn(...), umyndige, ufrie (fanger og andre i avhengighetsforhold) og sinnslidende" (NAV, 1987).

En slik formulering vil - dersom den direkte gjøres gjeldende for samfunnsvitenskapelig forskning - kunne

bli en sperre mot eksempelvis avvikssosiologiske prosjekter, barnepsykologiske og pedagogiske prosjekter etc. I det lange løp vil slik forskning kunne være til gagn for de grupper forskningen gjelder, men ofte vil den direkte nytte for deltagerne kunne være liten. Den nevnte regelen er naturligvis formulert med utgangspunkt i - og har sitt gyldighetsområde til - situasjoner der det kan være risiko knyttet til deltagelsen. Etter vårt syn kan imidlertid ikke regelen uten videre gis gyldighet for samfunnsvitenskapelig forskning. Etablering av et eget etisk utvalg for samfunnsforskning bør derfor være aktuelt.

Politietaten er en institusjon som kan gi inntak til data av stor samfunnsmessig interesse. Det er en etat som er relativt lukket for samfunnsforskning og samfunnsmessig innsyn. Er en slik situasjon ønskelig både for samfunnet generelt og politiet spesielt? Medfører politiets spesielle arbeidsområde at de har et spesielt samfunnsansvar når det gjelder medvirkning til forskning?

VEDLEGG 3

REGISTRERINGSSKJEMA STIKKMERKE-
UNDERSØKELSEN 1987.

1-4	Skjemanummer	_____
5-10	Undersøkelsesdato (d.d.m.m.å.å.)	_____
11-14	Klokkeslett	_____
15	Undersøkelsen foretatt av (1 Bjørg, 2 Trond)	_____
16-17	Fødselsår	_____
18	Kjønn (1 Mann, 2 Kvinne)	_____
19	Statsborgerskap (1 Norsk, 2 Skand., 3 Europa, 4 Annet)	_____
20	Lar seg undersøke (0 Nei, 1 Ja)	_____
21	Stikkmerker (0 Ingen, 1 Arr, 2 Gamle, 3 Ferske, 4 Medisinske stikk)	_____
22	Stoff injisert (1 Sentralst., 2 Opiat)	_____
23-24	Alder brukt sprøyte første gang	_____

25-28 Hvor brukt sprøyte første gang

(Kommune/Land)

29-30 Når tatt sprøyte siste gang (Antall)

31 (1 Dag, 2 Mnd., 3 År)

32 Anvendes brukt sprøyte
 (0 Aldri, 1 Av og til, 2 Ofte)

33 HIV-test (0 Ikke testet, 1 Testet negativ,
2 Testet positiv, 3 Testet vil ikke oppgi
resultat, 4 Testet har ikke fått resultat)

34-35 Alder arrestert første gang

36 Årsak arrestasjon

37 Har hatt kontakt med tiltaksapparatet siste
6 mnd. (0 Nei, 1 Ja _____
(Hvilken)

38 Bosted (1 Oslo, 2 Akershus, 3 Annet, 4 U.f.b.

39 Hvor pågrepet (1 På offentlig sted,
2 Privat)

40 Undersøkt tidligere (1 Ja, 2 Nei)

L I T T E R A T U R :

- Arner, O. Duckert, M. og Hauge, R. (1980) "Ungdom og narkotika", Universitetsforlaget Oslo.
- Bejerot, N. (1975) "Drug Abuse and Drug Policy", Acta Psychiatrika Skandinavia, Supplementum 256 (Munkgaard, Copenhagen).
- Brun-Gulbrandsen, S. (1958) "Kjønnsrolle og ungdomskriminalitet", Universitetsforlaget, Oslo.
- Bødal, K. (1982) "350 Narko selgere"; Universitetsforlaget, Oslo.
- Eriksson, T. et al. (1984) "Narkotikamisbruk hos brottsmistänkta i Göteborg - stickmärkes och intervjustudier", Läkartidningen nr. 32 - 33, pp 2833-2836.
- Datatilsynet (1984). "Hva er Datatilsynet". Oslo.
- Fridstrøm L, Eskild A. (1987) "Modellberegninger for HIV-epidemien i Norge. Del I&II". Tidsskr Nor Lægeforen 107:2606-2611
- Hauge, R. og Nordlie, O. (1983) "Påliteligheten ved selvrapportert stoffbruk blant ungdom", Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskab 70: 145 - 158.
- Irgens-Jensen, O. og Ruud, M. (1977) "Bruk av stoffer, alkohol og tobakk blant gutter og jenter i Oslo 1968-1976", Universitetsforlaget, Oslo.

- Irgens-Jensen, O. (1985) "Bruk av stoffer, alkohol og tobakk blant Oslo ungdom, 1968-85", Tidsskrift om edruskapsspørsmål nr. 3: pp.2 - 11.
- Irgens-Jensen, O. (1986) "Litt om nasjonale og regionale forskjeller når det gjelder alkohol- og narkotikaproblemer", Tidsskrift om edruskapsspørsmål nr. 1: pp.12 - 17.
- Hauge, R. og Irgens-Jensen, O. (1988) "Bruk av narkotika i Norge", Stensil, Statens institutt for alkoholog narkotikaforskning.
- Hurwitz, S. og Christiansen, K.O. (1971)
"Krimonologi 11", Gyldendal, København.
- Høigård, C. og Snare, A. (1988) "Kvinneres skyld",
Institutt for krimonologi og strafferett,
Universitetet i Oslo.
- Haastrup, S. og Jebsen, P.W. (1984) "Seven year follow-up of 300 young drug abusers". Acta Psychiatr. Scand. 70:503-509.
- NAV (1987). "Informasjon og samtykke ved biokjemisk forskning". Oslo.
- "Narkotikasituasjonen i Norden. En sammanställning och bedømming av tilgjengelige oppgifter". (1984).
Rapport från en Nordisk arbetsgrupp til
Kontaktmannörganet för Narkotikafrågan, Stockholm.

- Olin, R. og Käll, K. (1988) "HIV-status och riskbeteende bland anhållna och häktade injektionsmisbrukare i Stockholm." Läkartidningen: pp.334 -339.
- Pettersen G. (1986) "Tallenes tale". Stoffmisbruk nr. 3-4 p.p.10-12
- Plant, M. (1975) "Drugtakers in an English Town". (Tavistoc Publication. London)
- Ravndal, E., Hammer, T. og Vaglum, P. (1984) "Arbeid istedenfor rus?" Universitetsforlaget, Oslo.
- Sarnecki, J. (1985) "Predicting social Maladjustment". The National Council for Crime Prevention, Stockholm.
- Sentralrådet for narkotikaproblemer (1986)
"Metadon-spørsmålet i lys av HIV-epidemien", Oslo.
- Socialdepartementet, (1980) "Tungt narkotikamisbruk - en totalundersøkning 1979." Stockholm.
- Skog, O-J. (1987) Sprøytemisbruk og kontrollpolitikk", Nordisk for kriminalvidenskab, 74: pp.97 - 119.
- Skog, O-J. (1988) "Det umuliges kunst. Om å gjøre longitudinelle studier med anonyme data", Tidsskrift for samfunnsforskning, 29: pp. 357-365.
- Skog, O-J. og Skretting, A. (1988a) "Hiv-epidemiens mørketall blant intravenøse misbrukere". Tidsskrift for den norske lægeforening. 108: pp. 1639-42.

Skog, O-J. og Skretting, A. (1988b) "HIV-epidemiens mørketall". Tidsskrift Nor Lægeforening 108: 2066

Stang, H. J. (1977) "Ungdom på drift", Universitetsforlaget, Oslo.

Stortingsmelding nr. 13 (1985-86) "Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken".

Stortingsmelding nr. nr. 29 (1987-88), "Om HIV/AIDS-epidemien".

Sundby P. (1988a) HIV-epidemiens mørketall. Tidsskr Nor Lægeforening, 108: 1649-1650

Sundby P. (1988b) Tilsvær. Tidsskr Nor Lægeforen; 108: 2066-2067

Tunving, K. (1986) "Careers in Alcoholism and Drug Addiction", Lund.

Vaglun, P. (1979) "Ungestoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn", Universitetsforlaget, Oslo.

ENGLISH SUMMARY**ARRESTED I.V. DRUG ABUSERS
EXPERIENCES FROM A THREE MONTH
PILOT PROJECT 1987.**

By examining persons arrested in Oslo during a certain period, we will try to obtain a better picture of I.V. drug abuse in Oslo. The method consists of registering injection marks on arrestees. The method was developed in Sweden and is still being used.

The rationale of the method is that a large proportion of intravenous drug abusers comes into contact with the police as a result of its lifestyle and the society's response to this type of abuse. Also, marks from vein punctures are visible for a long time and are fairly easily discovered in routine checks.

It was decided to run a pilotproject, utilizing the injection mark technique, in Oslo for a three month period during the autumn of 1987.

Specifically, data used in this study are collected by nurses especially trained for the project. The nurses give the arrestees a brief account of the project and then ask if he or she is willing to participate. The nurses explicitly state that participation is voluntary.

During the pilot period a total of 2254 arrestees was brought in for violation of the Penal Code, and 64 per cent of those (1445) were contacted by the nurses. 84 per cent of those who were contacted (1215 arrestees) agreed to take part. Those who agree to participate allow the nurse to inspect their arms and to search with

their fingers for puncture marks. Those who exhibit marks from use of syringes are then asked about the nature and duration of the abuse in question, about contact with any rehabilitation programme and about any test carried out for HIV.

Co-operation with the arrestees are going quite well. The major problems encountered by the survey are related to co-operation with the police and other staff working at the lock-up. This fact, together with problems in establishing a registration system which will single out persons who have been arrested several times, has created some obstacles for the progress of the project. A register would greatly facilitate identifying those I.V. abusers registered more than once in the data.

Of the 1215 arrestees who agreed to participate in the pilot study, 426 (35 per cent) had marks from intravenous abuse. In addition 37 arrestees (3 per cent) had marks which they maintained were due to medical causes. Large differences in the proportion of intravenous abusers among male and female arrestees were found. Almost 2/3 of the female arrestees had marks from intravenous abuse. The proportion was slightly less than 1/3 among the men.

Of the 426 arrestees with marks from intravenous abuse, 78 per cent were men and 22 per cent were women. The large majority were in the age range 21-35 years.

We also asked the arrestees what kind of drugs they usually injected. 53 per cent used opiates (mainly heroin), 35 per cent used stimulants (mostly amphetamine), and 12 per cent both types. There was a higher percentage with fresh puncture marks among opiate users than among users of stimulants.

A very low proportion of the arrested I.V. abusers stated that they were in contact with any rehabilitation program. In fact only 23 percent stated that they been in contact with any program for the six last months.

Nearly 80 per cent of the arrestees with puncture marks stated that they had been HIV-tested. We found differences in regard to testing depending on whether the persons stated they had injected opiates or stimulants. Among those who stated that they injected opiates, as many as 88 per cent had been tested, while the equivalent percentage for those who stated they injected stimulants was 66 per cent. In the case of those who injected both types of substances, 84 per cent had allowed themselves to be tested. The prevalence of HIV-sero-positive cases among the arrested abusers was 14 per cent in our data. There was no significant differences for HIV-sero-positive for substances injected or for sex.

The original plan was to start a 3-year continuous study in January 1988, after completion of the pilotproject. Due to difficulties in obtaining permission to establish a system of registration, and objections by the police to give the project access to the lock-up, it has been impossible to realize this objective. However, a model has been developed which includes matching of various personal characteristics such as year of birth, body height, shoe size, eye colour, etc. Obviously such a system will not be as reliable as a register based on personal data, but we consider it better than having to drop the project altogether. As regards the reluctance on the part of the police we so far have been given the

green light for data collection for two periods of six months each with intervening pauses in the activity. The first started in September 1988.

ISBN 82-7171-141-5

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
National Institute for Alcohol and Drug Research

OTTO FALCH HURTIGTRYKK