

RUS- OG OVERGREPSSTATISTIKK 2015–2024

Funn i blodprøver tatt i forbindelse med
overgrepssaker i perioden 2015–2024



Utgitt av Oslo universitetssykehus
Avdeling for rettsmedisinske fag
Fagområde retts toksikologi
Juni 2025

Tittel:

Rus- og overgrepstatistikk 2015–2024
Funn i blodprøver tatt i forbindelse med overgrepssaker i perioden 2015–2024

Forsidebilde: ChatGPT

Forfattere:

Synnøve Natvig
Gerrit Middelkoop
Cecilie Hasselø Thaulow
Eirin Bakke

Rapporten kan lastes ned som PDF på:

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler>

INNHALDSFORTEGNELSE

Introduksjon	4
Rapportens hovedmomenter	4
Viktig bakgrunnsinformasjon	4
Begrepsforklaringer	5
Antall prøver fra overgrepssaker i perioden	5
Data om prøvegiverne	6
Tid mellom hendelse og prøvetaking	6
De hyppigst påviste stoffene i prøvene	7
Alkohol	10
Benzodiazepiner	11
Cannabis (THC)	13
Amfetaminer (amfetamin og metamfetamin)	14
Opioider	15
Kokain	16
Z-hypnotika (zopiklon og zolpidem)	17
MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin)	18
Pregabalin	19
Gammahydroksybutyrat (GHB)	20
Referanser	21

INTRODUKSJON

Ved overgrepsmottakene blir det tatt blod- og urinprøver for å undersøke om personen som er utsatt for overgrep, var ruspåvirket under hendelsen. Prøvene sendes til Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo universitetssykehus (OUS), for analyse av de vanligste rusgivende stoffer. Denne rapporten presenterer funn fra alle blodprøver sendt fra overgrepsmottak i perioden 2015 til og med 2024.

RAPPORTENS HOVEDMOMENTER

- Antallet blodprøver som ble innsendt i overgrepssaker er doblet fra 2015 til 2024.
- I litt under halvparten av de innsendte blodprøvene ble det påvist minst ett rusgivende stoff.
- De hyppigst påviste stoffene var, i fallende rekkefølge, alkohol, benzodiazepiner og THC (cannabis), etterfulgt av amfetaminer, opioider og kokain.
- Alkohol ble i de fleste tilfeller påvist alene. Andre stoffer enn alkohol ble sjeldnere påvist alene, men heller i kombinasjon med andre stoffer.

VIKTIG BAKGRUNNSINFORMASJON

I mange tilfeller går det flere dager fra et overgrep finner sted til personen oppsøker overgrepsmottak eller politiet. Dette betyr at personen kan ha vært påvirket av rusmidler/legemidler ved hendelsen, selv om stoffene er ute av blodet ved prøvetakingstidspunktet.

Denne rapporten inkluderer kun overgrepssaker innsendt fra overgrepsmottak. Politiet sender også inn blodprøver i enkelte overgrepssaker, men det fremgår ikke alltid klart fra rekvisisjonsskjemaet om prøvene stammer fra overgrepsofferet eller den mistenkte overgriperen. Disse sakene er derfor ikke inkludert i rapporten.

Det er ofte viktig å kartlegge ruspåvirkning i overgrepssaker. Dette fordi rus blant annet kan påvirke bevissthet, hukommelse og motorisk funksjon, noe som kan gjøre en person ute av stand til å motsette seg en seksuell handling. I enkelte tilfeller kan det også være mistanke om påført rus, det vil si at gjerningspersonen har gitt offeret ett eller flere rusgivende stoffer for å muliggjøre et overgrep. Rapporten diskuterer ikke om de påviste stoffene er inntatt frivillig eller ikke.

De fleste stoffer kan påvises lenger i urin enn i blod, men urinprøvefunn gir ikke holdepunkter for å si noe om påvirkning. Funn av et stoff i en urinprøve kan skyldes inntak lenger tilbake i tid og har ikke nødvendigvis betydning for den aktuelle hendelsen. I denne rapporten har vi valgt å omtale kun stoffer påvist i blod. Dette kan medføre påvisning av færre stoffer sammenlignet med tilsvarende rapporter som også har inkludert urinfunn.

I den forrige overgrepsrapporten, publisert i 2022, ble prevalensen av hvert stoff beregnet som andelen av alle mottatte saker fra overgrepsmottak, det vil si saker med blod-, urin- og/eller hårprøver. I denne rapporten er prevalensen av et stoff beregnet som andelen av alle innsendte saker med blodprøver. Saker med kun urin- eller hårprøver er ikke inkludert i denne rapporten. Denne endringen i metode kan til dels forklare hvorfor prevalenstillene for enkelte stoffer i perioden 2015–2020 kan avvike mellom de to rapportene.

BEGREPSFORKLARINGER

- «Sak», «overgrepssak», «voldssak», «trafikksak»
 - En sak representerer et sett med blodprøver (og ev. urinprøver, som ikke omtales i denne rapporten) som er analysert ved Avdeling for rettsmedisinske fag.
- «Prøvegiver»
 - Personen som har avgitt blodprøven. I overgrepssaker er det personen som er blitt utsatt for et mulig seksuelt overgrep og oppsøker overgrepsmottak.
- «Prøve»
 - Blod avgitt fra én prøvegiver i én sak, og som har blitt analysert.
- «Stoff», «psykoaktivt stoff»
 - Samlebetegnelse for virkestoff i rusmidler og legemidler som har ruspotensial (psykoaktivt stoff) og kan påvirke mentale og kroppslige funksjoner. Legemidler uten ruspotensial er ikke med i statistikken.
- «Blodkonsentrasjon»
 - Den mengde stoff som er påvist i en gitt mengde blod. For alkohol uttrykkes blodkonsentrasjonen i promille som forteller hvor mange gram alkohol som er påvist per kilo blod. For alle andre stoffer er blodkonsentrasjonen definert som antallet molekyler av stoffet som er påvist per liter blod (mikromol per liter).
- «Prevalens»
 - Prevalensen av et stoff er den prosentvise andelen av analyserte prøver der stoffet ble påvist. At prevalensen for THC i 2024 var 7 %, betyr at THC ble påvist i 7 % av innsendte prøver i 2024.

ANTALL PRØVER FRA OVERGREPSSAKER I PERIODEN

I perioden 2015–2024 ble det sendt inn blodprøver fra totalt 10693 saker ved overgrepsmottakene.

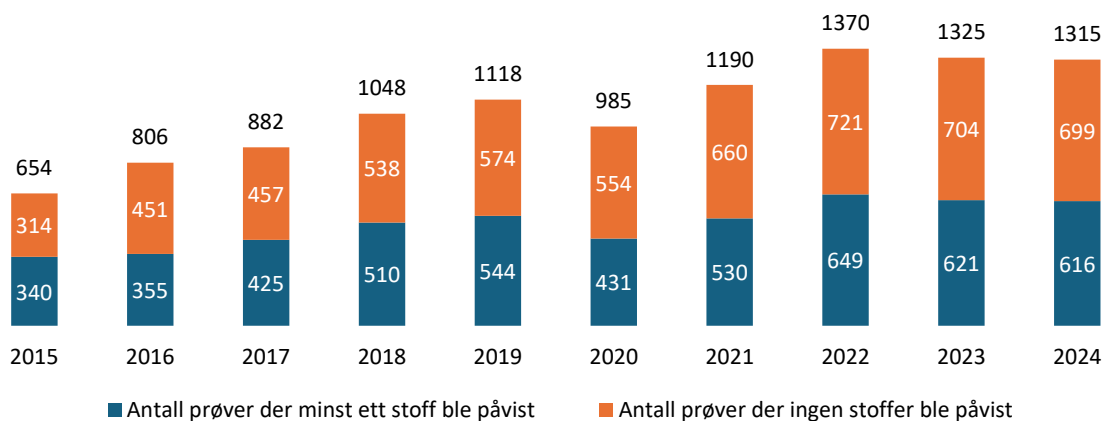


Fig. 1. Antall innsendte prøver per år i perioden 2015-2024.

Antallet saker innsendt fra overgrepsmottakene har økt i løpet av perioden. Økningen kan skyldes at forekomsten av overgrep har økt i perioden. Den kan også skyldes at det har blitt lavere terskel for å oppsøke hjelp ved overgrepsmottakene, og lavere terskel for å sikre blodprøver. Økningen kan også skyldes en kombinasjon av disse forklaringene. Andelen prøver med minst ett påvist stoff har vært relativt stabil gjennom perioden.

DATA OM PRØVEGIVERNE

I hele perioden sett under ett var 94 % av prøvegiverne kvinner, og 5 % var menn. Hos 1 % av prøvegiverne manglet informasjon om kjønn.

Gjennomsnittsalderen for prøvegiverne i alle overgrepssakene var 25 år for kvinner og 27 år for menn. I sakene der ingen stoffer ble påvist i blod (negative saker), var gjennomsnittsalderen 23 år for kvinner og 26 år for menn. I sakene der minst ett stoff ble påvist i blod (positive saker), var gjennomsnittsalderen 27 år for kvinner og 28 år for menn.

TID MELLOM HENDELSE OG PRØVETAKING

I sakene der det ble påvist minst ett stoff i prøven (positive saker), var 60 % av prøvene tatt samme døgn som hendelsen. 22 % av prøvene var tatt neste døgn, og i 14 % av sakene hadde det gått 2 døgn eller mer fra hendelsen til prøvetaking.

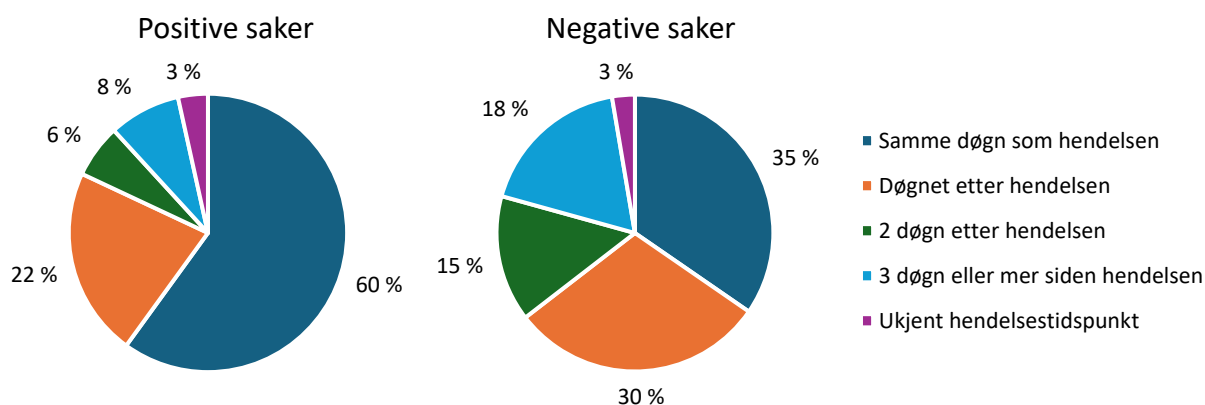


Fig. 2. Til venstre fordeling av antall døgn mellom hendelse og prøvetaking for prøver med minst ett påvist stoff i blod. Til høyre fordeling av antall døgn mellom hendelse og prøvetaking for prøver uten påviste stoffer i blod.

I saker der det ikke ble påvist noen stoffer i blodprøven (negative saker), var 35 % av prøvene tatt samme døgn som hendelsen. 30 % av prøvene var tatt neste døgn, og i 33 % av sakene hadde det gått 2 døgn eller mer fra hendelsen til blodprøvetaking. Saker der hendelsesdatoen manglet, eller dato for prøvetakingen var oppført som før hendelsesdatoen, ble kategorisert som ukjent hendelsestidspunkt.

DE HYPPIGST PÅVISTE STOFFENE I PRØVENE

FAKTORER SOM PÅVIRKER PREVALENSEN AV DE ULIKE STOFFENE I DENNE RAPPORTEN

Hvis det har gått lang tid fra inntak til prøvetaking kan blodkonsentrasjonen være under laboratoriets påvisningsgrense. Dette er spesielt relevant dersom personen utsatt for overgrep ikke har vært i stand til å kontakte overgrepsmottak eller politi umiddelbart etter hendelsen. Stoffer som brytes raskt ned i kroppen, for eksempel GHB, morfin, kokain og zolpidem, vil forsvinne fra blodet etter kort tid.

Enkelte stoffer utskilles svært sakte og kan påvises i flere døgn etter siste inntak. Særlig ved gjentatte inntak av store doser kan påvisningstiden bli svært lang. Dette gjelder for buprenorfin, metadon, THC og mange benzodiazepiner. Regelmessig bruk av cannabis vil kunne føre til lengre påvisningstid av THC sammenlignet med sporadiske inntak.

Prøvegiver kan også ha inntatt rusmidler og legemidler etter hendelsen, men før prøvetaking. Enkelte funn behøver dermed ikke være knyttet til selve hendelsen.

Jo lengre påvisningstid et stoff har i blod, jo større doser som inntas, og jo oftere stoffet brukes, desto høyere er sannsynligheten for at stoffet vil påvises i blod.

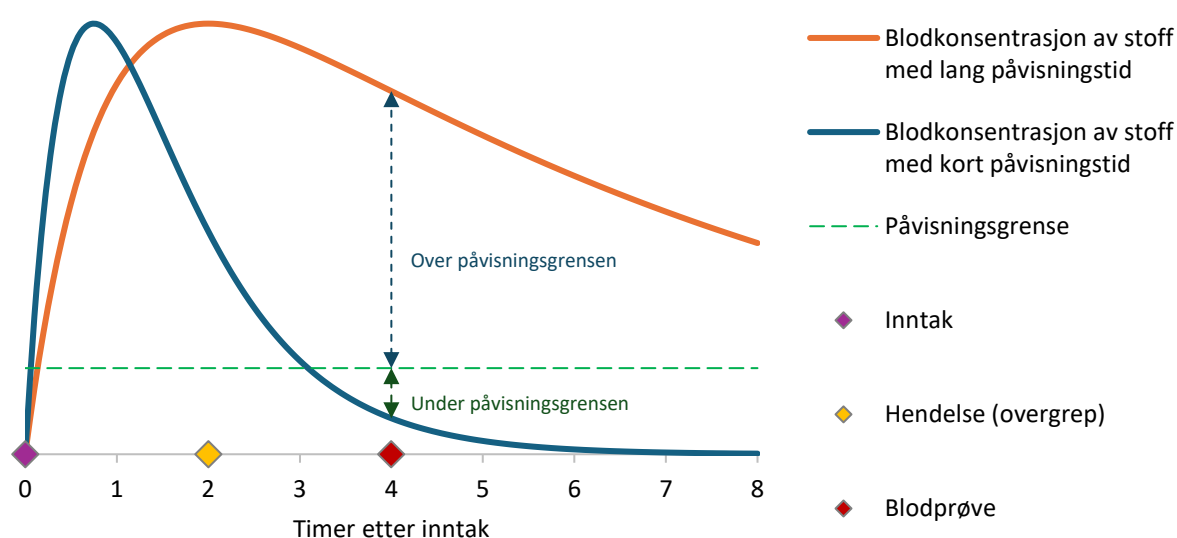


Fig. 3. Påvisningstid for stoffer avhenger av stoffets påvisningstid i blod, størrelsen på inntatt dose og tid mellom hendelse og prøvetaking.

PREVALENS AV DE HYPPIGST PÅVISTE STOFFENE (AV ALLE PRØVER I HELE PERIODEN)

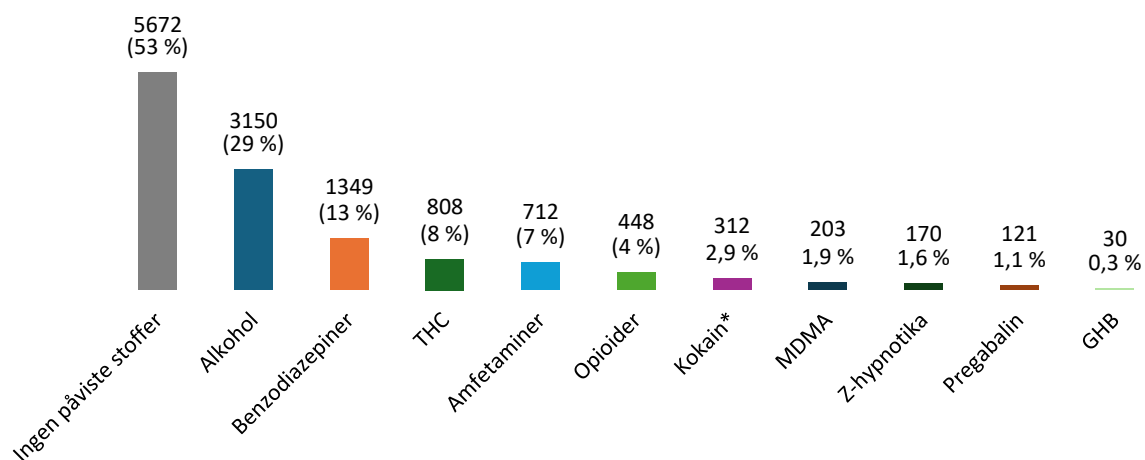


Fig. 4. Figuren viser oversikt over prevalensen av de hyppigst påviste stoffene i hele perioden. Tallet over søylene viser antallet saker hvor stoffet er påvist, samt andelen i prosent. *Kokain og/eller benzoylegkonin.

PREVALENS AV DE HYPPIGST PÅVISTE STOFFENE (ÅR TIL ÅR-UTVIKLING)

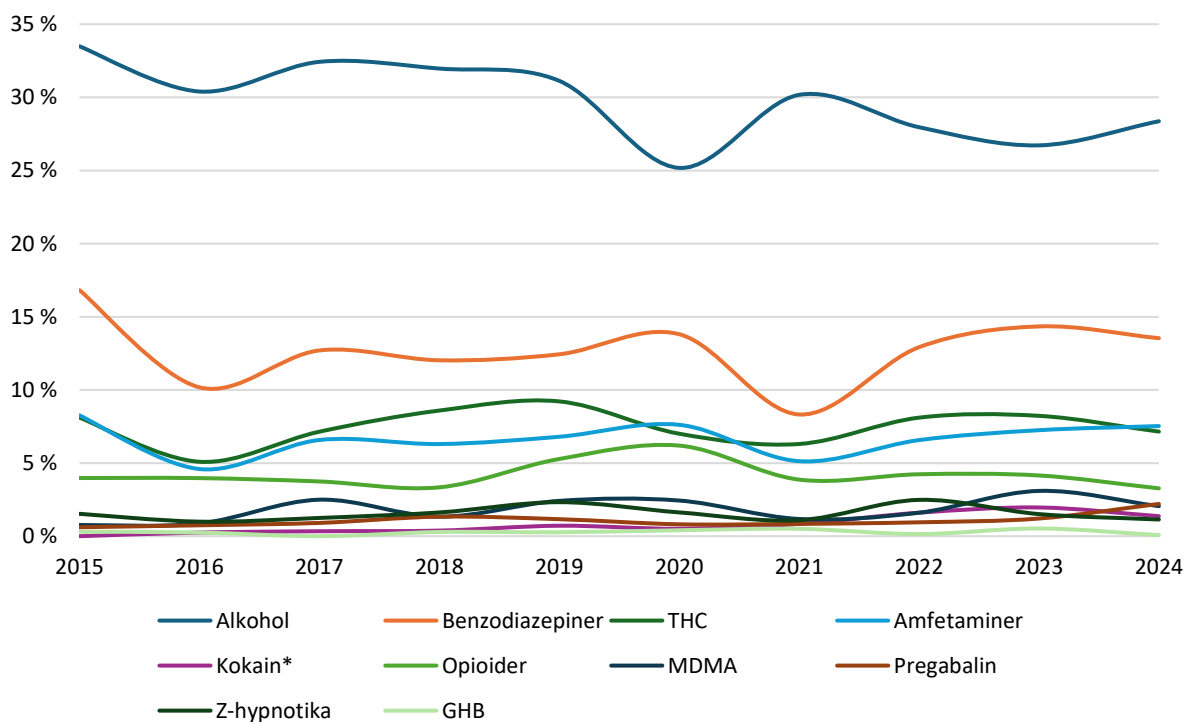


Fig. 5. Figuren viser prevalensen av de hyppigst påviste stoffene år for år. *Kokain og/eller benzoylegkonin.

PREVALENS AV ALKOHOL VERSUS ANDRE STOFFER (HELE PERIODEN)

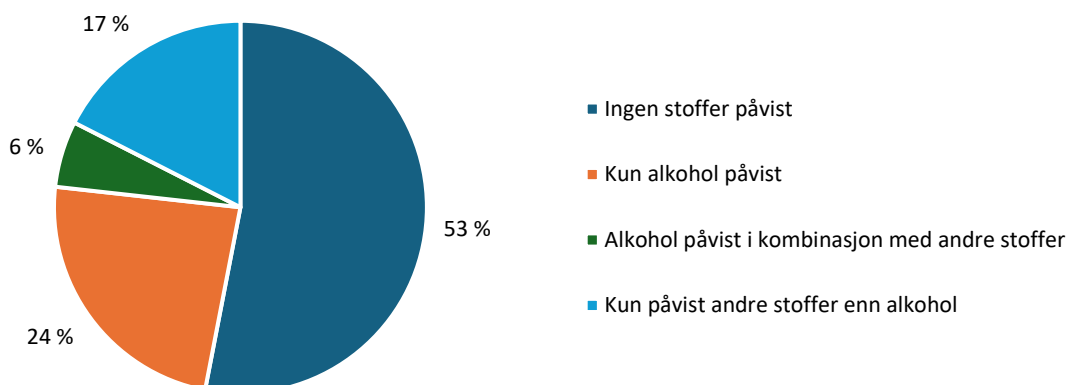


Fig. 6. Andelen saker uten påviste stoffer, saker med kun påvist alkohol, alkohol påvist i kombinasjon med andre stoffer og andelen saker med kun påvist andre stoffer enn alkohol.

I litt under halvparten av prøvene fra overgrepsmottakene ble det påvist minst ett psykoaktivt stoff.

I 24 % av sakene var alkohol det eneste påviste stoffet. Andre stoffer enn alkohol ble påvist i 23 % av alle innsendte blodprøver. I 17 % av prøvene ble kun andre psykoaktive stoffer enn alkohol påvist. I 6 % av prøvene ble det påvist både alkohol og andre stoffer.

ANTALL PÅVISTE STOFFER I PRØVENE (HELE PERIODEN)

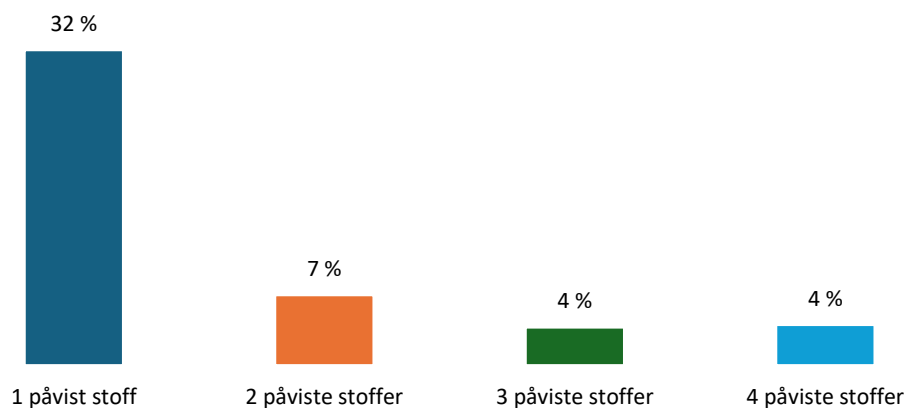


Fig. 7. Antallet påviste stoffer per sak for hele perioden.

I 32 % av de mottatte prøvene ble det påvist kun ett stoff. I 15 % av de mottatte prøvene ble det påvist to eller flere stoffer. Moderstoff og metabolitt er regnet som ett påvist stoff.

ALKOHOL

Alkohol (etanol) er det mest brukte rusmidlet i verden og finnes blant annet i øl, vin og brennevin.

Ved blodalkoholkonsentrasjoner opptil ca. 1 promille domineres typisk alkoholrusen av lett stimulerende virkninger og hevet stemningsleie, spesielt når promillen er stigende. Mange brukere vil føle seg pratsomme, livlige og morsomme i denne fasen, men enkelte vil oppleve å bli aggressive, krevende og frekke. Ved høyere blodalkoholkonsentrasjoner vil trøtthet og svekkelse av intellektuelle og motoriske evner dominere rusen. Man kan føle avslapping, ro og trygghet, men ved økende promille blir man døsig, sløv, svimmel og ustø. Alkoholrus medfører redusert evne til feilkontroll, og man blir mer impulsiv, kritikkløs og risikovillig enn i edru tilstand. Dømmekraften nedsettes, og evnen til oppmerksomhet, innlæring og planlegging svekkes mens man er påvirket. Evnen til å oppfatte og vurdere hendelser og følelser vil svekkes, sanseoppfatningen endres, og følelser kan generelt forsterkes.

Høye blodalkoholkonsentrasjoner, gjerne høyere enn 1,5 promille, medfører ofte effekter på hukommelse. Alkohol hindrer overføringen fra korttidsminnet til langtidsminnet, slik at hendelser som oppstår under påvirkningen kan være delvis eller helt glemt i ettertid. Samtidig kan man ved høye blodalkoholkonsentrasjoner ha nedsatt bevissthet. Redusert bevissthet kan medføre svekket evne til å registrere det som skjer, og dermed også svekket evne til å huske det.

RAPPORTENS FUNN

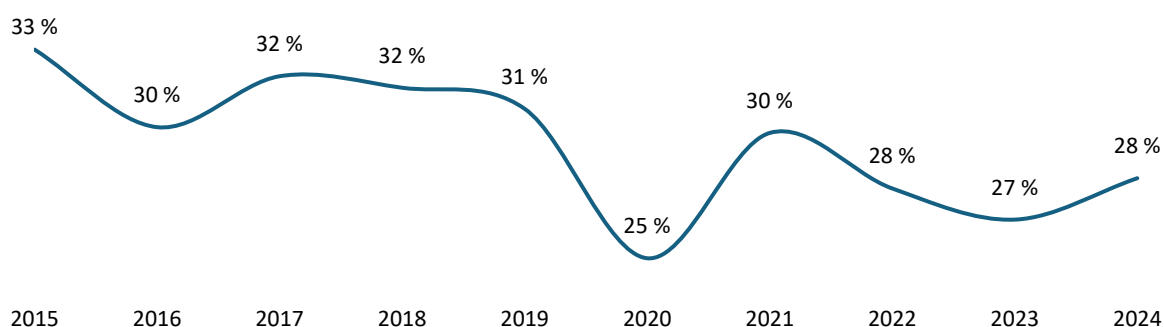


Fig. 8. Prevalensen for alkohol fra år til år.

Alkohol ble påvist i totalt 3150 prøver, tilsvarende 29 % av alle mottatte prøver. Den gjennomsnittlige alkoholkonsentrasjonen i prøvene lå rundt 1 promille i hele perioden.

I 24 % av alle mottatte prøver var alkohol det eneste stoffet som ble påvist. I alle prøvene der alkohol ble påvist, var alkohol det eneste påviste stoffet i 81 % av prøvene. I de resterende 19 % av prøvene ble alkohol påvist sammen med andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: benzodiazepiner, THC (cannabis), kokain og amfetaminer.

BENZODIAZEPINER

Benzodiazepiner er en gruppe stoffer som har dempende virkning på sentralnervesystemet. De mest brukte benzodiazepinene er reseptbelagte legemidler som i tillegg til medisinsk bruk er i utstrakt bruk som rusmidler. Alle benzodiazepiner har de samme virkningene, men de har ulik virketid og dosering.

Syv benzodiazepiner har markedsføringstillatelse som legemidler i Norge: alprazolam (Xanor®), diazepam (Valium®, Vival®, Stesolid®), klonazepam (Rivotril®), lorazepam (Rativor®), midazolam (Buccolam®), nitrazepam (Apodorm®) og oksazepam (Sobril®). Disse finnes blant annet i form av tabletter, injeksjonsvæsker og stikkpiller. Noen benzodiazepiner er markedsført for korttidsbruk som innsovningsmidler ved søvnvansker, og andre for korttidsbruk som angstdempende middel. Klonazepam er i Norge kun markedsført som epilepsiforebyggende legemiddel, men er i utstrakt bruk som rusmiddel [1], trolig fordi det skal lite virkestoff til for å gi kraftige og langvarige virkninger. Andre benzodiazepiner finnes også i omløp i Norge. Disse kan være utenlandske medisiner eller designerbenzodiazepiner som selges på det illegale rusmiddelmarkedet.

Benzodiazepiner virker angstdempende, sløvende, og søvndyssende. Ved høyere doser kan de gi en rus som kan minne noe om alkoholrus, kjennetegnet av hevet stemningsleie, reduserte hemninger og impulsivitet [2]. I tillegg svekker benzodiazepiner mentale funksjoner som oppmerksomhet, konsentrasjonsevne, innlæringssevne, hukommelse, reaksjonsevne og kroppskontroll [3].

På grunn av de sløvende og søvndyssende effektene hender det at benzodiazepiner blir brukt til neddoping i forbindelse med seksuelle overgrep [4]. En systematisk oversiktsartikkel fra 2017 undersøkte toksikologiske trender i forbindelse med seksuelle overgrep globalt de siste 20 årene [5]. Benzodiazepiner ble nevnt som en av de vanligste stoffgruppene med sløvende effekt som påvises ved seksuelle overgrep. Det var imidlertid sparsomt med informasjon om konteksten for inntak av slike legemidler, og det er derfor vanskelig å fastslå hvilken betydning de har for den aktuelle hendelsen.

RAPPORTENS FUNN

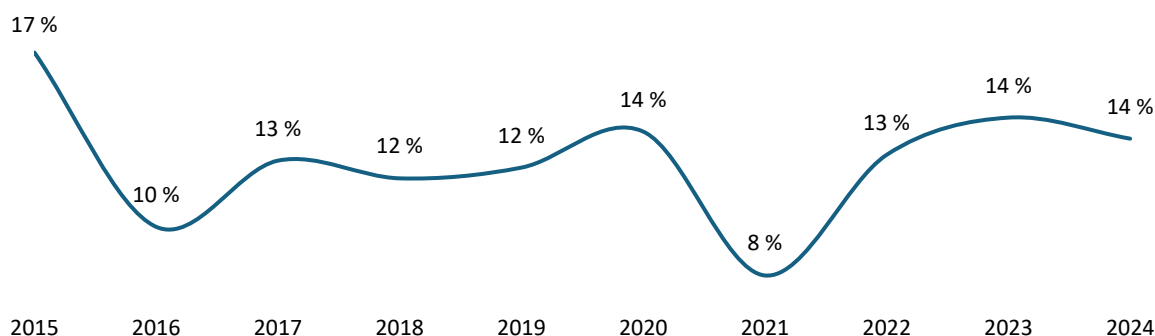


Fig. 9. Prevalensen for benzodiazepiner fra år til år.

Benzodiazepiner ble påvist i totalt 13 % av alle mottatte prøver. Klonazepam, diazepam og alprazolam var de hyppigst påviste benzodiazepinene i hele perioden. I prøvene der det ble påvist benzodiazepiner, ble det i 65 % av prøvene påvist kun ett benzodiazepin, og i 35 % av prøvene påvist to eller flere benzodiazepiner.

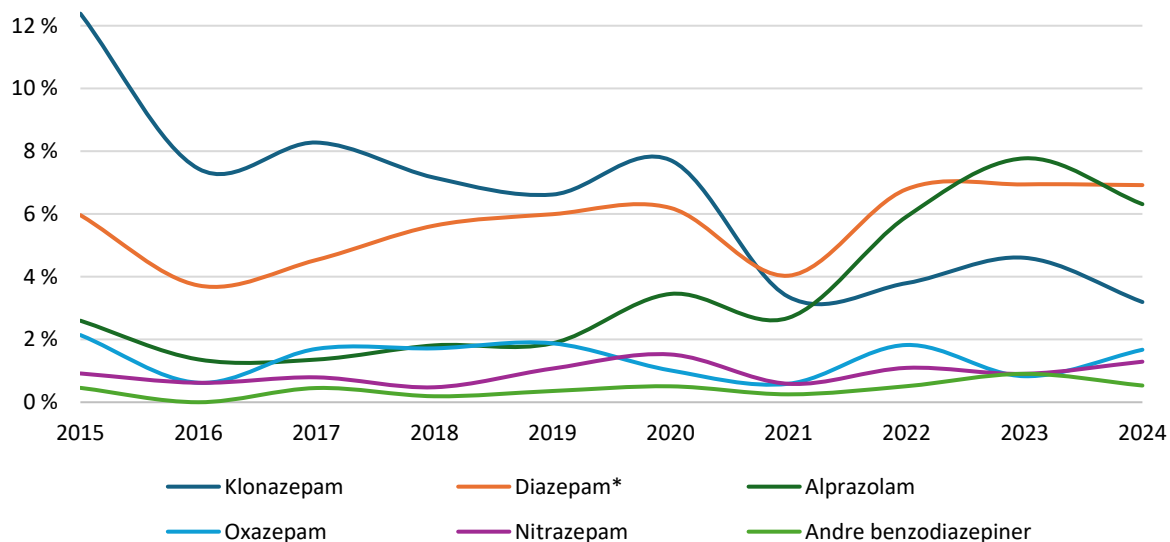


Fig. 10. Prevalensen av de vanligste benzodiazepinene fra år til år. *Diazepam og/eller omdannelsesproduktet N-desmetyldiazepam.

I 3 % av alle de mottatte prøvene var benzodiazepiner det eneste stoffet som ble påvist. I 20 % av prøvene der benzodiazepiner ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 80 % av prøvene ble benzodiazepiner påvist sammen med ett eller flere andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: amfetaminer, THC (cannabis), kokain og alkohol.

CANNABIS (THC)

Cannabis er det mest brukte illegale rusmidlet i verden. Cannabis finnes i mange former, vanligvis som marihuana (tørkede blomster fra cannabisplanten) eller hasj (sammenpresset masse av plantesaft/harpiks). Det kan også forekomme som cannabisolje (ekstrakt av cannabinoider fra cannabisplanten), som konsentrater der cannabinoider er løst opp i f.eks. smør eller matolje, og som spiselige produkter der cannabinoider er tilsatt i for eksempel kaker og godteri («edibles»).

THC (tetrahydrocannabinol) er det primære psykoaktive virkestoffet i cannabis. THC gir en rus preget av blant annet eufori, avslapning, endret tidsoppfatning og lett endrede sanseopplevelser. Angst, panikkanfall, forvirring, mistenksomhet og psykosesyntomer kan også forekomme. I tillegg kan THC svekke oppmerksomhet, innlæringsevne, kroppskontroll, reaksjons-hastighet og evnen til å bedømme avstand og tid [6]. Lettere effekter på hukommelse kan forekomme etter inntak av THC i rusgivende doser. Ved kombinasjon med andre rusmidler kan virkningene av cannabis bli mer uforutsigbare.

Ved jevnlig bruk av cannabis kan THC akkumuleres i kroppen, og påvisningstiden i blod kan dermed bli lang (flere dager eller lengre). For å vurdere betydningen av en målt THC-konsentrasjon i blod kan det være viktig å ha kunnskap om personens tidligere erfaring med stoffet og inntaksmønster den siste tiden før overgrepet.

THC påvises internasjonalt relativt ofte hos personer som har vært utsatt for overgrep [7, 8, 9]. Dette skyldes trolig at cannabis er mye brukt.

RAPPORTENS FUNN

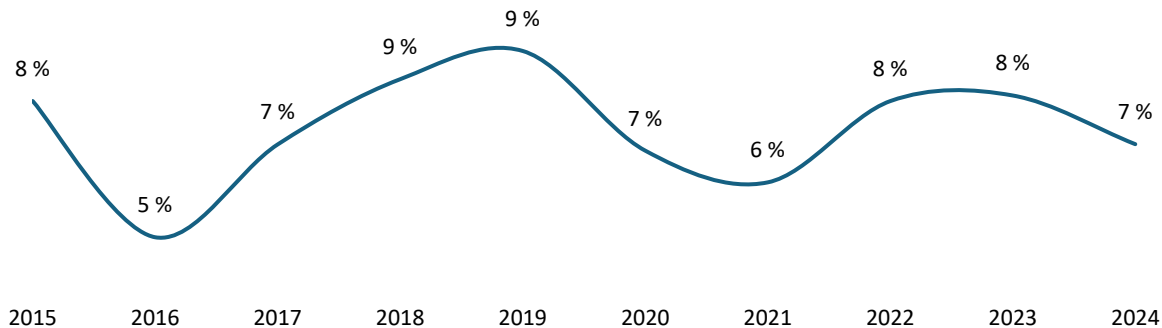


Fig. 11. Prevalensen for THC fra år til år.

THC ble påvist i 8 % av alle prøver. I 3 % av alle mottatte prøver var THC det eneste stoffet som ble påvist. I 34 % av prøvene der THC ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 66 % av prøvene ble THC påvist i kombinasjon med andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge benzodiazepiner, amfetaminer, alkohol og opioider.

AMFETAMINER (AMFETAMIN OG METAMFETAMIN)

I denne rapporten refererer «amfetaminer» til amfetamin og metamfetamin slått sammen til én kategori. Stoffene har svært like virkninger og egenskaper, og begge stoffene selges ofte som «amfetamin» på det illegale markedet. I tillegg omdannes metamfetamin delvis til amfetamin i kroppen, slik at amfetamin ofte påvises i blod etter inntak av metamfetamin.

Amfetamin og metamfetamin er sentralstimulerende stoffer. Amfetamin (bl.a. Attentin®, Aduvanz®, Elvanse®) brukes i lave doser til å behandle ADHD, men er også i utstrakt bruk som rusmiddel, da gjerne i høyere doser. Metamfetamin er illegalt og brukes utelukkende som rusmiddel. Legemiddelvariantene kommer i tablettform, mens illegalt fremstilte amfetaminer oftest er i pulverform.

Ved inntak av rusdoser av disse stoffene opplever man eufori, økt selvtillit, økt mental og fysisk energi, samt redusert behov for og evne til å sove. I tillegg kan kritisk sans og risikovurderingsevne svekkes, og man kan få nedsatt evne til å være oppmerksom på flere ting samtidig. Ved gjentatt bruk over flere dager, ofte med opparbeidet søvnunderskudd, kan søvnighet og døsighet bli uttalt, og det kan oppstå forvirring, paranoia og psykosesyntomer. Amfetaminer brukt i rusdoser er sterkt avhengighetsskapende.

Amfetaminer påvises relativt ofte i prøver tatt fra personer utsatt for overgrep [7]. Dette kan skyldes at disse stoffene er hyppig brukt både som rusmiddel og i behandling av ADHD.

RAPPORTENS FUNN

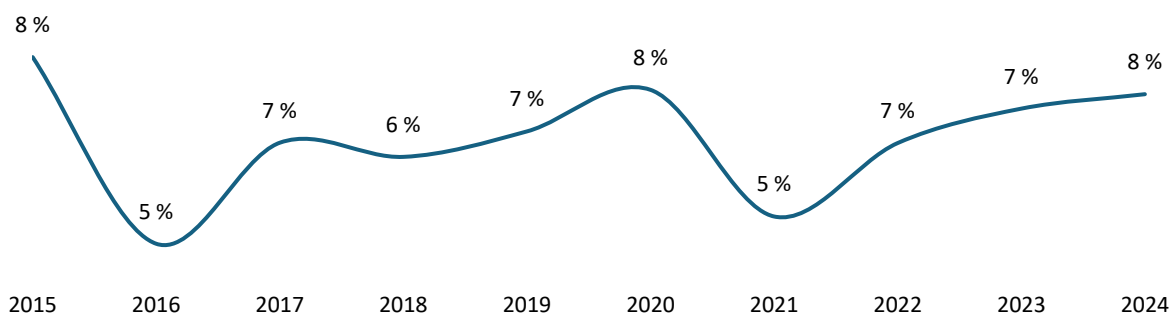


Fig. 12. Prevalensen for amfetaminer fra år til år.

Amfetaminer ble påvist i 7 % av alle prøver. I 1 % av alle de mottatte prøvene var amfetaminer det eneste stoffet som ble påvist. I 15 % av prøvene der amfetaminer ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 75 % av prøvene der amfetaminer ble påvist ble det også påvist ett eller flere andre psykoaktive stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: benzodiazepiner, THC (cannabis), opioider og alkohol.

OPIOIDER

Opioider er en gruppe stoffer med sentraldempende og smertestillende virkning. Morfin (bl.a. Dolcontin®, Malfin®), kodein (bl.a. Paralgin forte®, Pinex Forte®), tramadol (Nobligan®, Tramagetic®), oksykodon (bl.a. OxyContin®, OxyNorm®) og fentanyl (bl.a. Durogesic®) brukes i smertebehandling. Metadon og buprenorfin (bl.a. Buvidal®, Norspan®, Suboxone®, Subutex®) brukes i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Alle de nevnte stoffene er også utbredt som rusmidler. Heroin brukes som rusmiddel, men det brukes for tiden også forsøksvis til enkelte opioidavhengige brukere som ikke har hatt nytte av standard LAR-behandling.

For personer som ikke har smerter eller toleranse for opioiders virkninger, vil opioidrus typisk innebære eufori, velvære og sløvheter. I tillegg kan graden av impulsivitet og kritikkfølsomhet øke, mens konsentrasjon og feilkontroll svekkes [2]. Toleranse forutsetter jevnlig bruk over en ukes tid og forsvinner relativt raskt (i løpet av få dager) når bruken opphører.

Flere av opioidene utskilles raskt fra blodet, noe som kan ha bidratt til at andelen saker med opioider i vårt materiale er lavere enn det man ville sett hvis også urinresultater ble inkludert.

RAPPORTENS FUNN

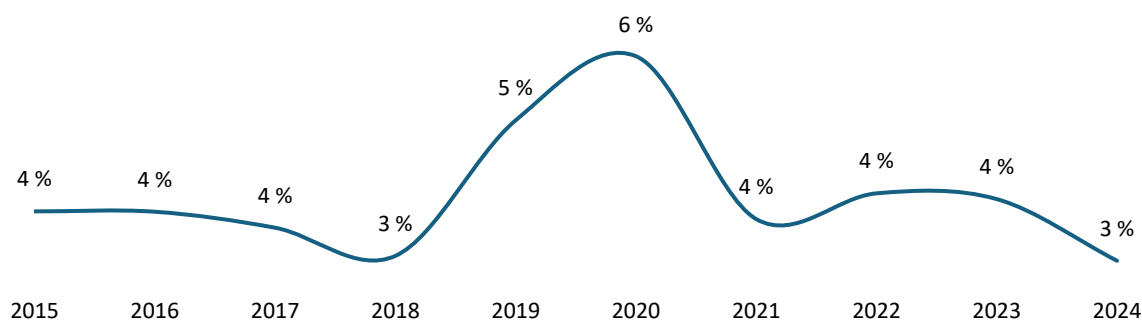


Fig. 13. Prevalensen for opioider fra år til år.

Opioider ble påvist i 4 % av alle analyserte prøver. I 85 % av sakene hvor opioider ble påvist ble det kun påvist ett opioid. De vanligste påviste opioidene var kodein, buprenorfin, tramadol og morfin. Når morfin påvises i blod, kan det skyldes inntak av morfin eller heroin, men små mengder morfin kan også dannes i kroppen etter inntak av kodein og etylmorfin. Illegal bruk av fentanyl var lite utbredt i Norge i den aktuelle perioden. I 0,6 % av alle mottatte prøver var opioider det eneste stoffet som ble påvist. I 14 % av prøvene der opioider ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I 86 % av alle prøvene der opioider ble påvist, ble det også påvist ett eller flere andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: benzodiazepiner, amfetaminer, THC (cannabis) og alkohol.

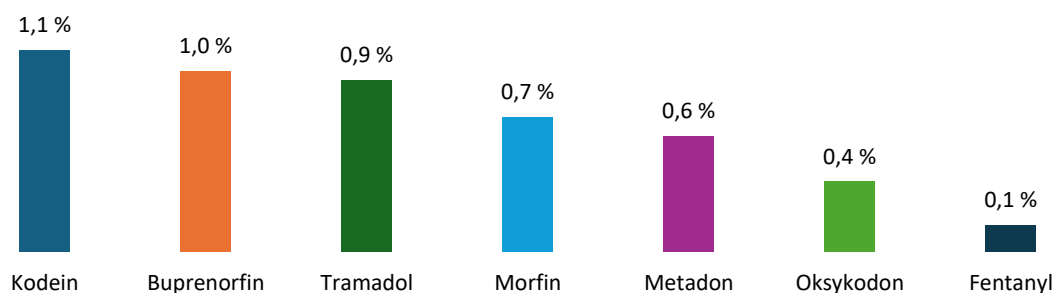


Fig. 14. Prevalensen av de ulike opioidene i perioden 2015–2024.

KOKAIN

Kokain er et sentralstimulerende stoff. Etter THC er kokain og MDMA de mest brukte illegale stoffene i Norge. Kokain utvinnes fra bladene til kokaplantene som vokser i Sør-Amerika og forekommer vanligvis som et hvitt pulver. Sniffing er den vanligste inntaksmåten, men svelging, injeksjon og røyking er også mulig.

Kokain gir effekter som blant annet eufori, økt selvtillit, økt mental og fysisk energi, redusert behov for og evne til å sove, økt impulsivitet og svekket kritisk sans og evne til risikovurdering. Angst og psykosesyntomer kan forekomme, særlig ved høye doser [2]. Kokain har i tillegg en lokalbedøvende effekt.

Kokain skilles raskt ut av kroppen, og kan derfor ofte ikke påvises i blod hvis det har gått mange timer mellom inntak og blodprøvetaking. Kokain kan derfor være underrepresentert i denne rapporten sammenlignet med stoffer med lengre påvisningstid. I kroppen omdannes kokain til det inaktive omdannelsesproduktet benzoylekgonin. Benzoylekgonin har lengre påvisningstid i blod og viser at kokain har blitt inntatt.

RAPPORTENS FUNN

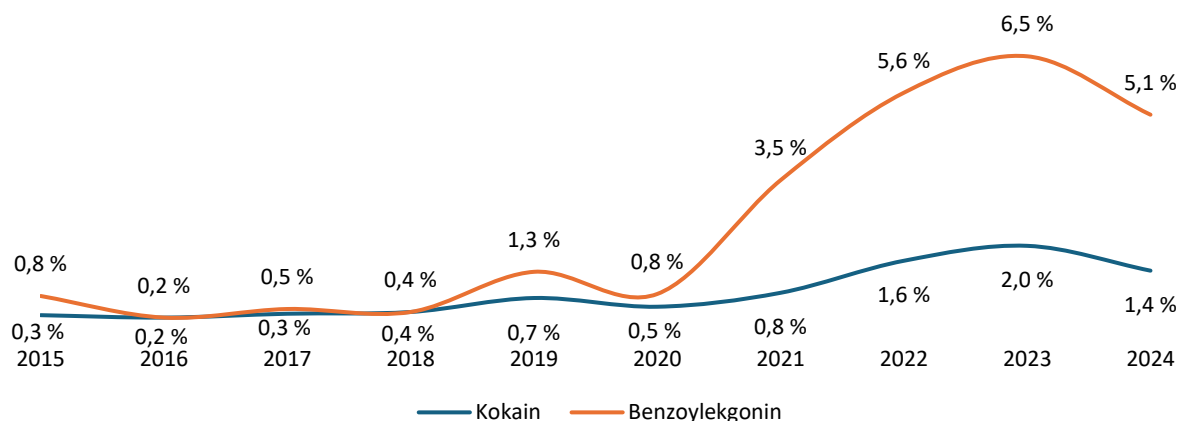


Fig. 15. Prevalensen for kokain og benzoylekgonin fra år til år.

Kokain ble påvist i 0,9 % av alle innsendte saker i perioden. Kokain og/eller benzoylekgonin ble påvist i 2,9 % av alle innsendte saker i perioden. I løpet av perioden har det vært en økning i antallet prøver med påvist kokain og/eller benzoylekgonin. Dette kan skyldes økt bruk av kokain i Norge, men kan også skyldes at benzoylekgonin ikke ble rutinemessig analysert i starten av perioden.

I 0,5 % av alle de mottatte prøvene var kokain og/eller benzoylekgonin det eneste stoffet som ble påvist. I 16 % av prøvene der kokain og/eller benzoylekgonin ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 84 % av prøvene hvor kokain og/eller benzoylekgonin ble påvist ble det også påvist ett eller flere andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: alkohol, benzodiazepiner, THC (cannabis) og amfetaminer.

Z-HYPNOTIKA (ZOPIKLON OG ZOLPIDEM)

Z-hypnotika er en samlebetegnelse for de reseptbelagte sovemidlene zopiklon (Imovane®, Zopitin®) og zolpidem (Stilnoct®). De skiller seg fra benzodiazepiner i sin kjemiske struktur, men har tilnærmet lik virkningsmekanisme.

Sammenlignet med benzodiazepiner har Z-hypnotika en mer kortvarig og selektivt søvndyssende virkning. De har i mindre grad angstdempende og muskelavslappende effekter ved normale doser, men den søvndyssende virkningen kan utnyttes i forbindelse med seksuelle overgrep.

I mange tilfeller av overgrep der Z-hypnotika påvises, er legemidlene inntatt frivillig [10]. Betydningen er dermed usikker.

RAPPORTENS FUNN

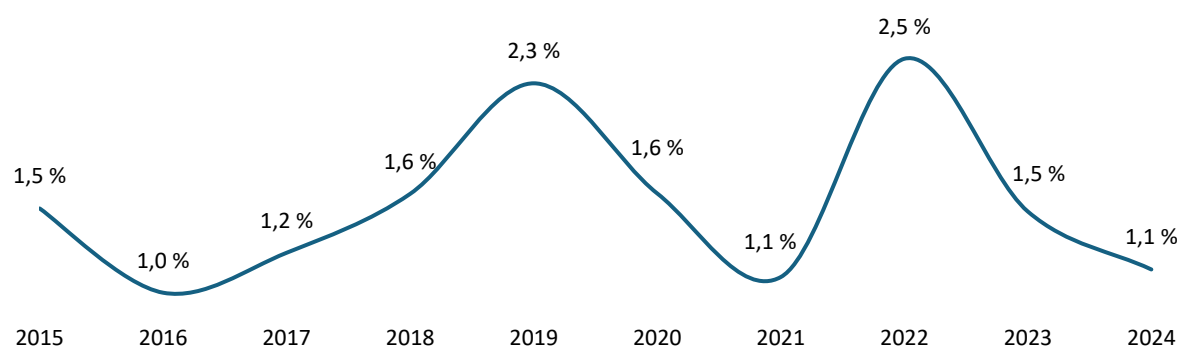


Fig. 16. Prevalensen for Z-hypnotika fra år til år.

Z-hypnotika ble påvist i 1,6 % av alle mottatte prøver i perioden. I 0,5 % av alle de mottatte prøvene var Z-hypnotika det eneste stoffet som ble påvist. I 32 % av prøvene der Z-hypnotika ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 68 % av prøvene der Z-hypnotika ble påvist ble det også påvist ett eller flere andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: benzodiazepiner, alkohol, opioider og amfetaminer.

MDMA (3,4-METYLENDIOKSYMETAMFETAMIN)

MDMA er et sentralstimulerende rusmiddel kjent for gi en følelse av empati og lette hallusinogene virkninger [11]. Etter THC er kokain, MDMA og amfetaminer de mest brukte illegale stoffene i Norge [12]. MDMA finnes i form av pulver/krystaller eller som pressede tabletter. Tablettformen kalles gjerne «Ecstasy», men slike tabletter kan ofte inneholde andre og til dels giftigere stoffer i tillegg til, eller i stedet for, MDMA.

MDMA gir en rus preget av eufori, økt empati, forsterkede sanseopplevelser og følelser, økt mental og fysisk energi, samt redusert behov for og evne til å sove. Siden MDMA kan forsterke følelser og påvirkes av den underforliggende sinnsstemningen, kan også negative følelser bli fremtredende under rus [11]. Noen personer opplever derfor angst, irritabilitet, panikk, humørsvingninger, paranoia og tap av personlig kontroll. Konsentrasjonsvansker, forvirring, hukommelsesproblemer og andre kognitive problemer kan oppstå ved kronisk forbruk, men er også rapportert som virkninger ved akutt ruspåvirkning [13, 14].

Inntak av store eller gjentatte doser MDMA, eventuelt også ledsaget av søvnunderskudd, øker risikoen for forvirring, hallusinasjoner, forfølgelsesforestillinger og psykoselignende tilstander.

Enkelte studier har diskutert om MDMA alene kan ha effekter som øker risikoen for å bli utsatt for overgrep [7, 15, 16]. Én artikkel beskriver et tilfelle der en kvinne, etter å ha inntatt MDMA uforvarende, følte seg uvel og svak, og tilsynelatende bevisstløs ble båret vekk av overgriperen [15].

RAPPORTENS FUNN

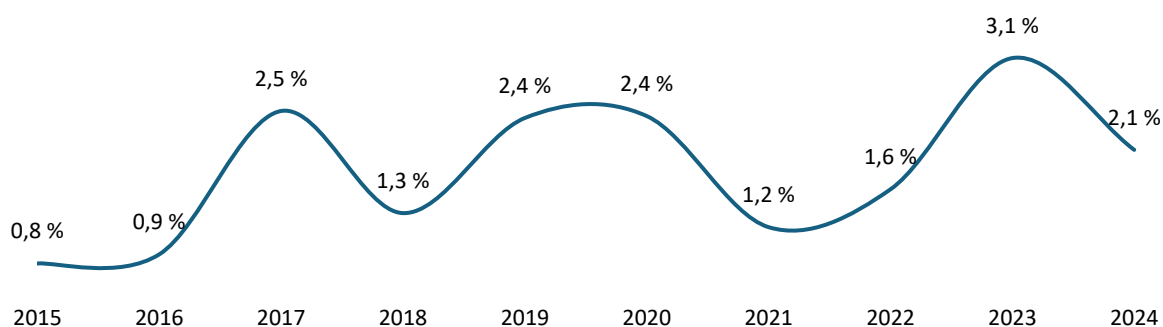


Fig. 17. Prevalensen for MDMA fra år til år.

MDMA ble påvist i 1,9 % av alle innsendte saker. I bare 0,4 % av alle de mottatte prøvene var MDMA det eneste stoffet som ble påvist. I 24 % av prøvene der MDMA ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 76 % av prøvene der MDMA ble påvist ble det også påvist ett eller flere andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: benzodiazepiner, amfetaminer, THC (cannabis) og kokain.

PREGABALIN

Pregabalin (Lyrica®) er et reseptbelagt legemiddel som brukes til å behandle smerte, epilepsi og generalisert angstlidelse. Stoffet har primært dempende virkning på sentralnervesystemet.

Pregabalin har et visst misbrukspotensial og kan være vanedannende, spesielt ved bruk av høyere doser enn det som er vanlig ved medisinsk behandling [17-21].

Brukere rapporterer at stoffet kan gi virkninger som eufori, avslapning, døsighet, økt sosiabilitet, økt empati, en opplevelse av frakobling fra virkeligheten, nummenhet og hallusinasjoner [19]. Bruken av pregabalin som rusmiddel ser ut til å ha økt betydelig de siste årene, spesielt blant personer med kjent opioidmisbruk [19] og i kombinasjon andre rusmidler [21].

RAPPORTENS FUNN

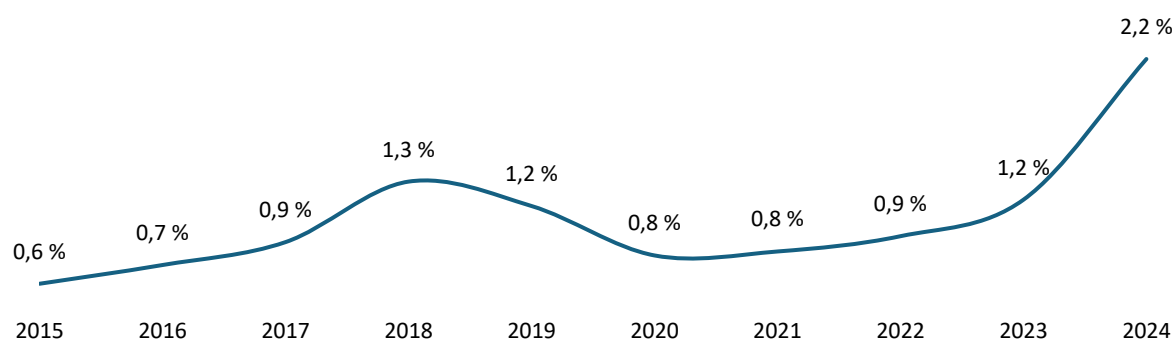


Fig. 18. Prevalensen for pregabalin fra år til år.

Pregabalin ble påvist i 1,1 % av alle innsendte saker. I bare 0,07 % av alle de mottatte prøvene var pregabalin det eneste stoffet som ble påvist. I 7 % av prøvene der pregabalin ble påvist, ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 93 % av prøvene der pregabalin ble påvist ble ett eller flere andre stoffer påvist, hyppigst i fallende rekkefølge benzodiazepiner, amfetaminer, opioider og THC (cannabis).

GAMMAHYDROKSYBUTYRAT (GHB)

Gammahydroksybutyrat (GHB) er et stoff som finnes naturlig i kroppen i små mengder. Tidligere ble GHB brukt som innsovningsmiddel og narkosemiddel, men i dag har GHB svært begrenset bruk. I Norge selges legemiddelet Xyrem, som brukes til behandling av enkelte former for narkolepsi ("sovesyke"). GHB er nå mest utbredt i bruk som rusmiddel og som kosttilskudd/dopingmiddel.

GHB har hovedsakelig dempende effekt på sentralnervesystemet og gir vanligvis symptomer som ligner på andre dempende rusmidler, som for eksempel alkohol, beroligende midler og sovemidler. Ved inntak av lave doser eller kort tid etter inntak kan effektene av stoffet derimot oppfattes som stimulerende. I høye doser er effektene beroligende, muskelavslappende og søvnfremkallende. GHB kan svekke ferdigheter som oppmerksomhet, konsentrasjonsevne, innlæringsevne og hukommelse. Reaksjonsevne og bevegelseskontroll (koordinasjon) kan også være nedsatt. Rusen kan ledsages av raske endringer i stemningsleie og bevissthetsnivå, og søvn og bevisstløshet kan inntre raskt. Effektene av GHB inntre vanligvis i løpet av 15 til 30 minutter [2].

Stoffet har kort virketid og brytes raskt ned i kroppen. Etter ca. 4–6 timer, avhengig av inntatt dose, vil stoffet ikke lenger kunne påvises i blodet [22]. I urin kan GHB påvises i opptil 12 timer. Dette kan teoretisk ha bidratt til at andelen saker med GHB i vårt materiale er lavere enn det man ville sett dersom også urinresultater ble inkludert.

RAPPORTENS FUNN

GHB ble påvist i blod kun i noen få tilfeller i løpet av perioden. I enkelte av årene var det ingen påviste tilfeller. I 7 % av alle sakene hvor GHB ble påvist ble det ikke påvist andre stoffer. I de resterende 93 % av alle prøvene med påvist GHB ble det også påvist ett eller flere av andre stoffer, hyppigst i fallende rekkefølge: benzodiazepiner, amfetaminer, THC (cannabis) og alkohol.

REFERANSER

1. Høiseth, G., et al., *Has Previous Abuse of Flunitrazepam Been Replaced by Clonazepam?* Eur Addict Res, 2015. **21**(4): p. 217-21.
2. Mørland, J. and H. Waal, *Rus og avhengighet*. 1 ed. 2016, Oslo: Universitetsforlaget.
3. Barker, M.J., et al., *Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis*. CNS Drugs, 2004. **18**(1): p. 37-48.
4. Kintz, P., et al., *Drug-facilitated sexual assault and analytical toxicology: the role of LC-MS/MS A case involving zolpidem*. J Clin Forensic Med, 2005. **12**(1): p. 36-41.
5. Anderson, L.J., A. Flynn, and J.L. Pilgrim, *A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review*. J Forensic Leg Med, 2017. **47**: p. 46-54.
6. Huestis, M.A., *Cannabis (Marijuana) - Effects on Human Performance and Behavior*. Forensic Sci Rev, 2002. **14**(1-2): p. 15-60.
7. Grela, A., L. Gautam, and M.D. Cole, *A multifactorial critical appraisal of substances found in drug facilitated sexual assault cases*. Forensic Sci Int, 2018. **292**: p. 50-60.
8. Fiorentin, T.R. and B.K. Logan, *Toxicological findings in 1000 cases of suspected drug facilitated sexual assault in the United States*. J Forensic Leg Med, 2019. **61**: p. 56-64.
9. Poulsen, H., et al., *Toxicological assessment of the role of alcohol and drugs in drug-facilitated sexual assault cases in New Zealand*. J Anal Toxicol, 2020.
10. Hagemann, C.T., et al., *Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center – Associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault*. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2013. **20**(6): p. 777-784.
11. Parrott, A.C., *Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research*. Hum Psychopharmacol, 2013. **28**(4): p. 289-307.
12. Folkehelseinstituttet. Narkotikabruk i Norge. [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024 [sitert 27. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/>
13. Meyer, J.S., *3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): current perspectives*. Subst Abuse Rehabil, 2013. **4**: p. 83-99.
14. Baylen, C.A. and H. Rosenberg, *A review of the acute subjective effects of MDMA/ecstasy*. Addiction, 2006. **101**(7): p. 933-47.
15. Eiden, C., et al., *A case of drug-facilitated sexual assault involving 3,4-methylenedioxy-methylamphetamine*. J Psychoactive Drugs, 2013. **45**(1): p. 94-7.
16. Jansen, K.L. and L. Theron, *Ecstasy (MDMA), methamphetamine, and date rape (drug-facilitated sexual assault): a consideration of the issues*. J Psychoactive Drugs, 2006. **38**(1): p. 1-12.
17. Schjerning, O., et al., *Abuse Potential of Pregabalin: A Systematic Review*. CNS Drugs, 2016. **30**(1): p. 9-25.
18. Evoy, K.E., et al., *Reports of gabapentin and pregabalin abuse, misuse, dependence, or overdose: An analysis of the Food And Drug Administration Adverse Events Reporting System (FAERS)*. Res Social Adm Pharm, 2019. **15**(8): p. 953-958.
19. Evoy, K.E., M.D. Morrison, and S.R. Saklad, *Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin*. Drugs, 2017. **77**(4): p. 403-426.
20. Bonnet, U. and N. Scherbaum, *How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review*. Eur Neuropsychopharmacol, 2017. **27**(12): p. 1185-1215.
21. Schifano, F., et al., *Abuse of Prescription Drugs in the Context of Novel Psychoactive Substances (NPS): A Systematic Review*. Brain Sci, 2018. **8**(4).
22. Couper, F.J. and L.J. Marinetti, *γ -Hydroxybutyrate (GHB) - Effects on Human Performance and Behavior*. Forensic Sci Rev, 2002. **14**(1-2): p. 101-21.