

Tall om illegale rusmidler

Rapport 18. mars 2026

Innhold

1. Innledning og hovedbudskap	2
2. Rusmiddelbruk i Norge	4
3. Cannabis	5
4. Sentralstimulerende rusmidler	13
5. Narkotikautløste dødsfall i Norge	20
6. Injisering av rusmidler	26
7. Illegale rusmidler i avløpsvann	27
8. Metode og datakilder	39

Se rapporten i digital utgave, der er universell utforming tatt bedre hensyn til enn i denne PDF-utgaven:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tall-om-illegale-rusmidler>

Rapporten ble først publisert 12. februar 2026. To nye kapitler ble lagt til 18. mars 2026: "Injisering av rusmidler" og "Illegale rusmidler i avløpsvann". Kapitlene "Innledning og hovedbudskap" og "Metode og datakilder" ble oppdatert med relevant informasjon knyttet til de to nye kapitlene.

1. Innledning og hovedbudskap

Innledning

Et av regjeringens overordnede mål i Stortingsmelding 5 – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (2024–2025) – er å skape et mer helhetlig, rettferdig og kunnskapsbasert system for forebygging, behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Rapporten *Tall om illegale rusmidler* knytter seg direkte til disse målene ved å bidra med oppdatert kunnskap om bruk og dødsfall knyttet til bruk av illegale rusmidler. Rapporten inngår i Helsedirektoratets pågående utvikling av et helhetlig system for monitorering av rusmiddelsituasjonen.

Bruk av illegale rusmidler er forbundet med betydelig risiko for helse- og sosial skade, både for den enkelte, for tredjepart, og for samfunnet som helhet. Avhengighet kan føre til helseskade, redusert livskvalitet, sosial eksklusjon og stigma, og i noen tilfeller utfordringer i utdanning, arbeidsliv samt gjeld og betalingsvansker. Disse konsekvensene rammer også pårørende, og får dermed konsekvenser for flere enn de som selv har et rusmiddelproblem.

Tall om illegale rusmidler presenterer tilgjengelige tall om bruk og konsekvenser av illegale rusmidler i Norge. Rapporten inneholder statistikk blant annet basert på analyser av data fra befolkningsundersøkelser, avløpsvann (dette kapitlet kommer i mars 2026) og overdosestatistikk. Å samle data om illegale rusmidler gir en annen type utfordring enn for legale varer. Blant annet finnes det ikke salgsstatistikk for illegale rusmidler, slik vi har for alkohol og tobakk. Ved å samle statistikk basert på ulike typer av kilder vil vi få et mer helhetlig bilde av rusmiddelsituasjonen, der ulike puslespillbrikker tegner et bilde av bruken. De ulike puslespillbrikkene har sine styrker og svakheter, og bidrar på hver sin måte til å belyse ulike deler og ulike perspektiver på helhetsbildet.

Målet med publikasjonen er å gi befolkning, forskere, studenter, presse, brukerorganisasjoner, beslutningstakere, helsepersonell og myndighetene best mulig kunnskap om bruk av illegale rusmidler.

Tall om illegale rusmidler er en videreføring av Folkehelseinstituttets rapport [Narkotika i Norge \(fhi.no\)](#), en oppgave som ble overført fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet i forbindelse med omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen i 2024. Denne rapporten vil ikke inneholde akkurat det samme som *Narkotika i Norge*, men viderefører sentral statistikk, og bidrar med ny statistikk som ikke har blitt publisert tidligere.

Rapporten er dynamisk og vil oppdateres etter hvert som nye data blir tilgjengelige. Det er mulig å motta varsel om oppdateringer via en abonnementsfunksjon som ligger nederst på rapportens forside. Publikasjonen er en del av en serie på tre ulike publikasjoner om rusmiddel- og tobakksbruk, der de andre publikasjonene er [Tal om tobakk](#) og [Tall om alkohol](#).

Hva er et illegalt rusmiddel?

Et illegalt rusmiddel defineres i denne rapporten som et rusmiddel som er oppført på [Narkotikalist](#) ([lovdata.no](#)). Narkotikalist er et sentralt verktøy i overvåkning av narkotikabruk, i rettsmedisinske vurderinger og i rapportering til internasjonale organer som European Union Drugs Agency (EUDA) og United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Rusmidler som er oppført på Narkotikalist og som brukes eller omsettes uten lovlig medisinsk forskrivning eller tillatelse, omtales her som illegale rusmidler. Dette omfatter både tradisjonelle narkotiske rusmidler som heroin og kokain, samt nyere syntetiske rusmidler og legemidler som misbrukes uten medisinsk indikasjon.

Hovedbudskap

Bruk og trender

- Cannabis er det mest utbredte illegale rusmiddelet i Norge, målt både ved bruk i løpet av livet (livstidsprevalens), bruk de siste 12 månedene og de siste 4 ukene. Bruken har økt svakt over tid.
- Menn rapporterer gjennomgående høyere bruk enn kvinner av alle typer illegale rusmidler. Kjønnsforskjellene har vært stabile over tid, både for cannabis og for ulike sentralstimulerende rusmidler som kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer.
- De fleste hadde sin første erfaring med bruk av cannabis i 18-årsalderen, og mange debuterer i slutten av tenårene.
- Unge voksne har høyere bruk enn den øvrige befolkningen. Aldersgruppen 21–25 år rapporterer høyest bruk, særlig for cannabis.
- Kokain er det nest mest rapporterte rusmiddelet etter cannabis. Bruken har økt over flere år, men med en svak nedgang i 2025.
- Etter cannabis og kokain, er ecstasy/MDMA og amfetaminer de mest utbredte sentralstimulerende rusmidlene som rapporteres brukt i befolkningen.
- Bruk av LSD, GHB, heroin og øvrige rusmidler er svært lav i den norske befolkningen.
- I perioden 2012 til 2024 er antall personer som bruker sprøyte som inntaksmetode for rusmidler beregnet til å variere mellom om lag 10 500 og 16 000, med en tendens til at det er et økende antall over tid som benytter injisering som inntaksmetode.

Konsekvenser

- I 2024 ble det registrert 342 narkotikautløste dødsfall i Norge – en nedgang fra 391 i 2023. Til tross for nedgangen, viser tallene en stigende trend siden 2012, både i antall dødsfall og aldersjusterte rater.
- Gjennomsnittsalder ved dødsfall var 45,7 år i 2024. Det var flest dødsfall i aldersgruppen 50–59 år (23 %). 20 % av dødsfallene var blant personer under 30 år.
- 75 % av dødsfallene var menn, 25 % kvinner. Kvinner har en høyere gjennomsnittsalder enn menn.
- Opioider står for flest dødsfall, særlig andre opioider (som morfin, kodein og oksykodon), etterfulgt av syntetiske opioider og metadon.
- Til sammenlikning fra tidligere år, var heroin i 2024 ikke lenger blant de tre vanligste rusmidlene som ble registrert i forbindelse med narkotikautløste dødsfall.

Funn i avløpsvann

- I Oslo ble det observert en signifikant nedgang av cannabismetabolitten THC-syre i avløpsvann fra 2024 til 2025. I Bergen og Trondheim var det stabile nivåer.
- Det var ingen signifikante endringer i gjennomsnittlig daglig mengde av kokainmetabolitten benzoylkonin (BE) i avløpsvannet fra 2024 til 2025, hverken i Oslo, Bergen eller Trondheim.
- Trondheim hadde et signifikant lavere nivå av BE sammenlignet med Oslo og Bergen både i 2024 og 2025.
- Bergen hadde et signifikant høyere nivå av amfetamin i avløpsvannet sammenlignet med Oslo i 2025.
- Funn fra analysene indikerer at kokainbruk er mer utbredt i helgene sammenlignet med hverdagene. Det samme gjelder for ecstasy/MDMA.
- Det ble ikke observert noen klar forskjell mellom hverdag og helg i bruk av cannabis eller amfetamin.

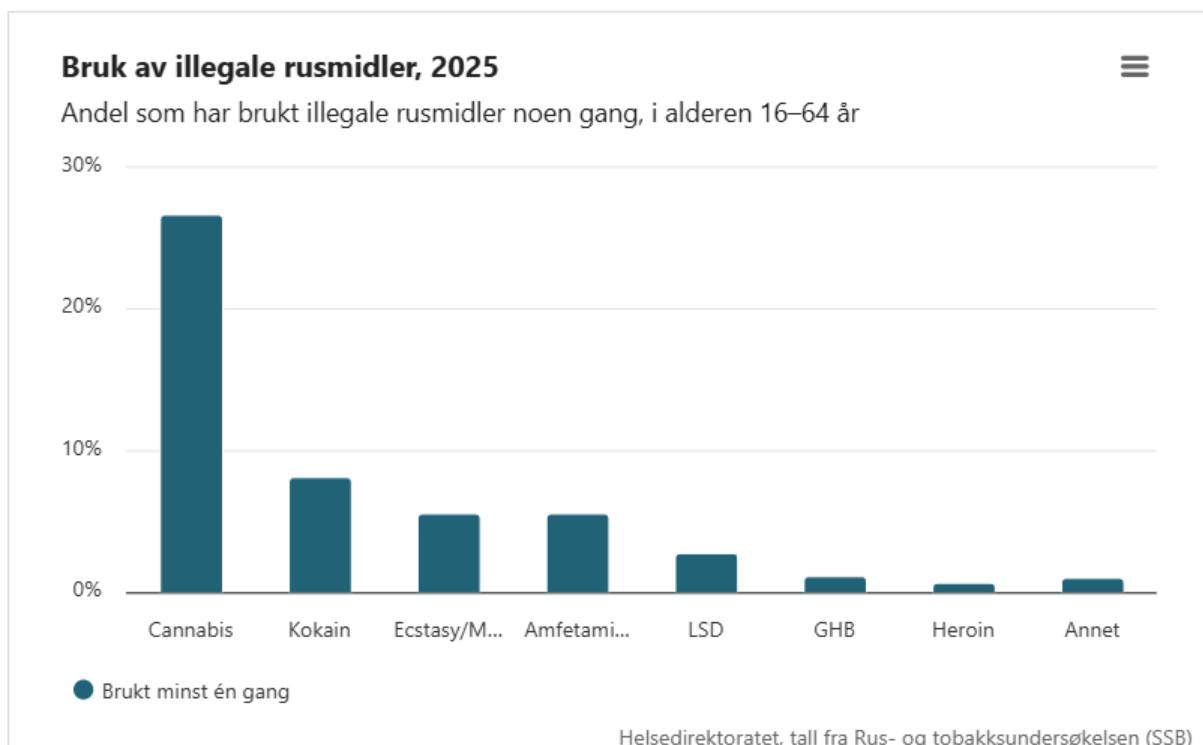
2. Rusmiddelbruk i Norge

Utviklingen i bruk av illegale rusmidler i Norge følges systematisk gjennom ulike undersøkelser. En av de viktigste er Rus- og tobakksundersøkelsen, en årlig befolkningsundersøkelse der personer i alderen 16–64 år selv rapporterer om bruk og bruksmønstre av illegale rusmidler. I tillegg kartlegges flere bakgrunnsvariabler, som alder, kjønn og utdanning. På denne måten gir overvåkingen et nyansert bilde av både eksperimentering, mer regelmessig bruk og endringer i bruk over tid. I denne rapporten beskrives bruk av illegale rusmidler i befolkningen i perioden 2013 til 2025, basert på analyser fordelt etter alder og kjønn. Det er viktig å være oppmerksom på at tallene kan variere noe fra år til år på grunn av tilfeldigheter. For å forstå utviklingen på en pålitelig måte må man derfor se på trendene over tid, og ikke legge for stor vekt på enkeltår.

Bruk av illegale rusmidler i befolkningen

Ifølge European Union Drugs Agency (EUDA) er cannabis fortsatt det mest utbredte illegale rusmiddelet i Europa (EUDA, 2025 (europa.eu)). Dette bildet gjelder også for Norge. I 2025 svarte nærmere 27 % av respondentene i aldersgruppen 16–64 år at de hadde brukt cannabis minst én gang i løpet av livet (livstidsprevalens), som i det følgende omtales som «noen gang».

Etter cannabis var kokain det mest rapporterte rusmiddelet i 2025, med en andel på 8 % for noen gangs bruk. Deretter fulgte ecstasy/MDMA og amfetaminer, begge rundt 6 %. Bruken av LSD var lavere, anslått til om lag 3 %, mens GHB, heroin og andre rusmidler har lavest andel på rundt 1 % eller mindre.

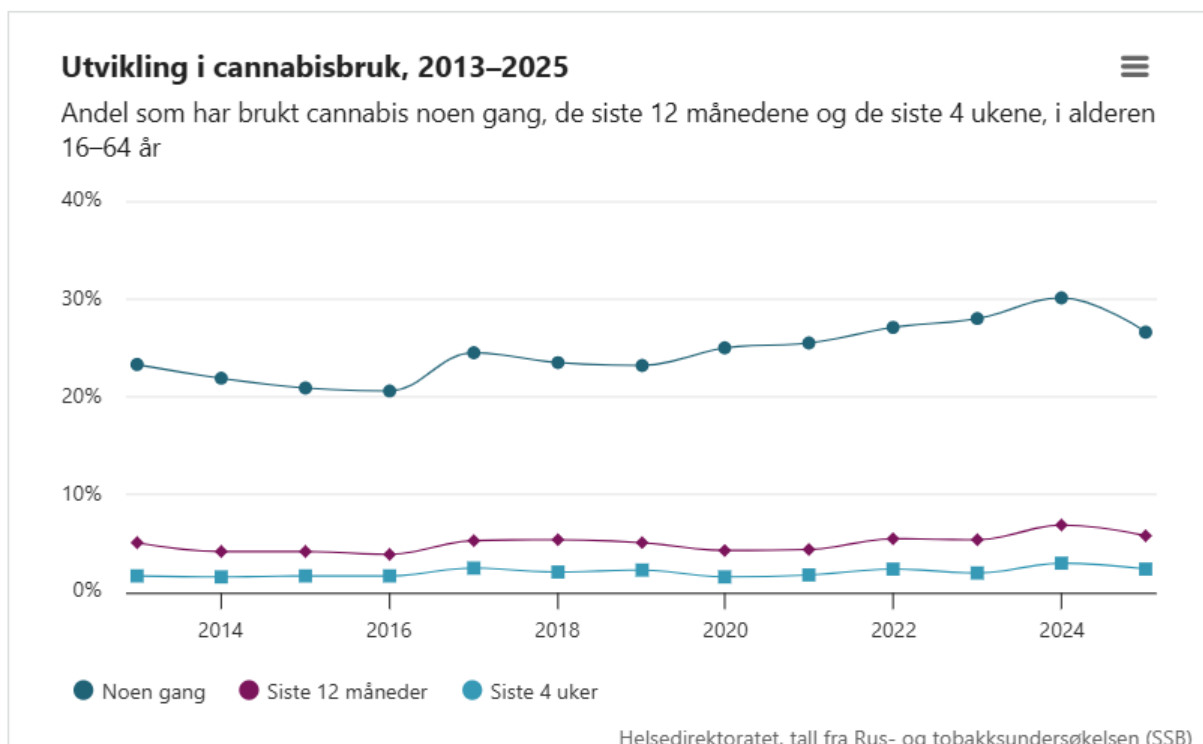


3. Cannabis

Bruk av cannabis i befolkningen

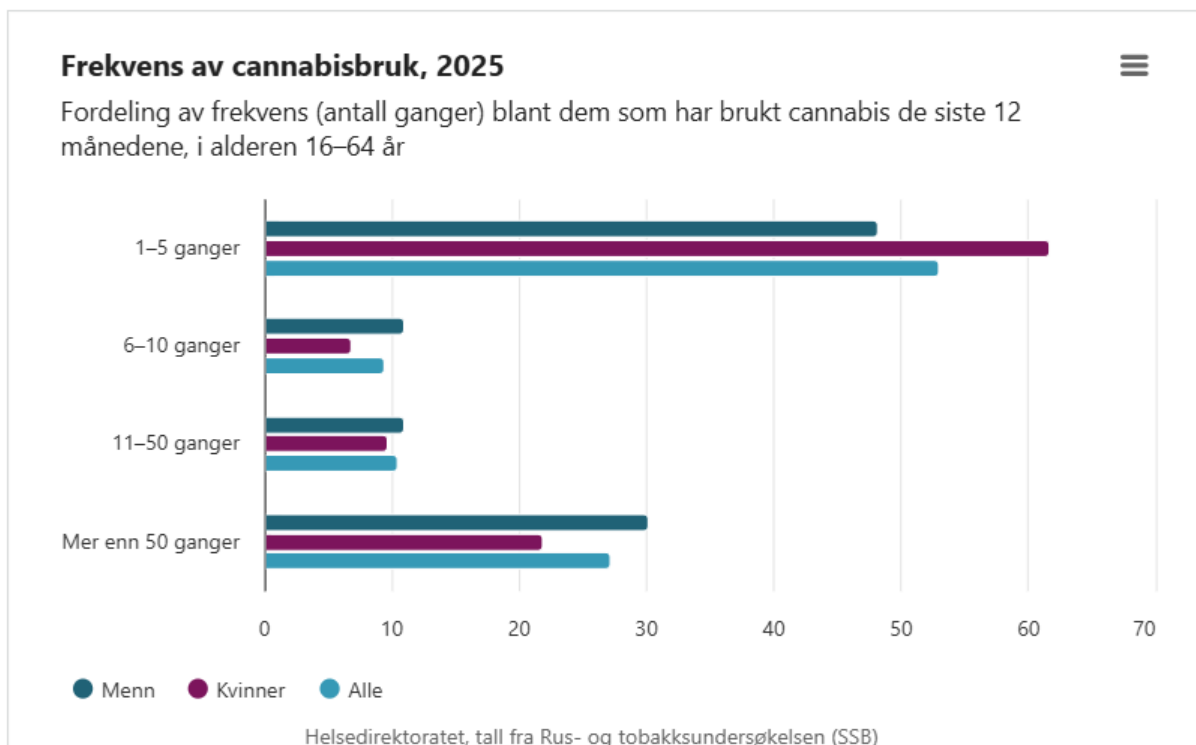
Cannabis, primært marihuana og hasj, er det mest brukte illegale rusmiddelet i Norge og Europa (Cannabis – den nåværende situasjonen i Europa (Europeisk narkotikarapport 2025)).

Figuren nedenfor viser andelen personer i alderen 16–64 år som noen gang har brukt cannabis (livstidsprevalens), samt andelen som rapporterte bruk de siste 12 månedene og de siste 4 ukene i perioden 2013–2025. Data fra 2013–2025 viser at andelen som har brukt cannabis minst en gang har økt gjennom perioden. Det samme gjelder for bruk av cannabis de siste 12 månedene og de siste 4 ukene. Det er en liten, men statistisk signifikant økning gjennom perioden ($p < 0.01$).



Frekvensen av bruk blant personer i alderen 16 til 64 år som i 2025 oppgir å ha brukt cannabis i løpet av de siste 12 månedene fremkommer i figuren under. Et stort flertall rapporterer bruk fem ganger eller færre, mens det nest vanligste er bruk minst 50 ganger. Det er flere kvinner enn menn som har oppgitt bruk 1 til 5 ganger de siste 12 månedene, mens det er omvendt for hyppig bruk (mer enn 50 ganger).

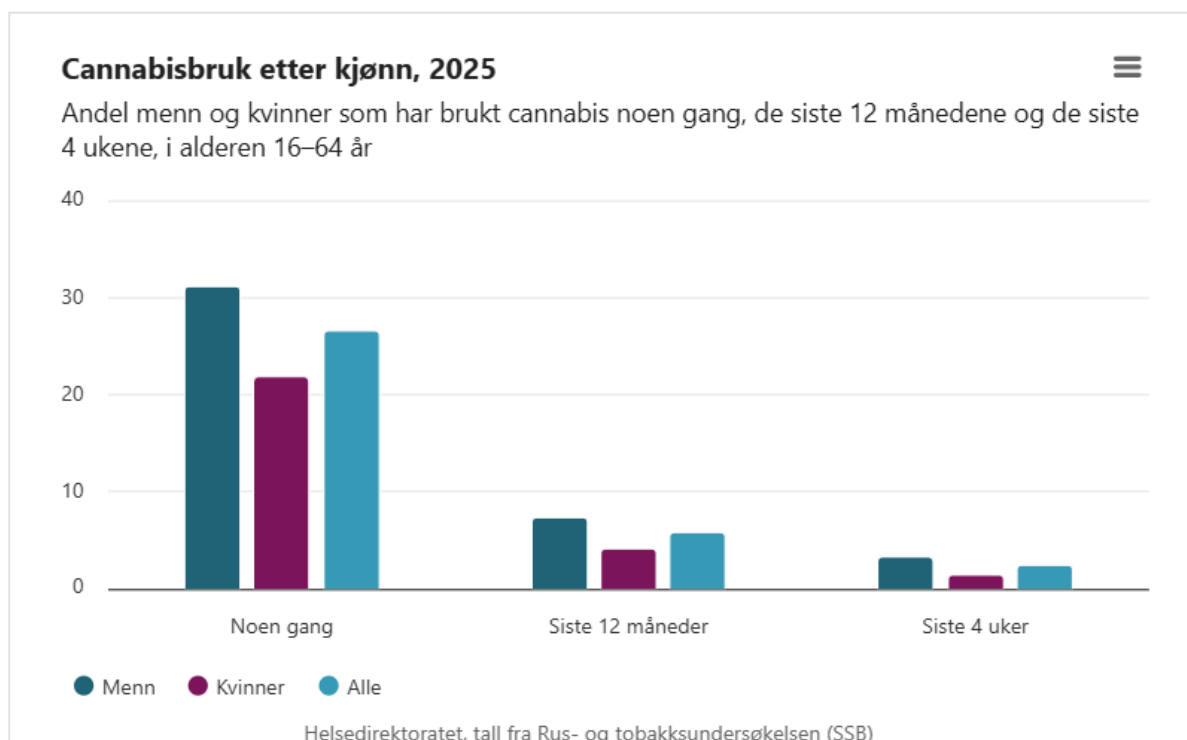
Blant personer som har rapportert å ha brukt cannabis de siste 4 ukene, oppga om lag 40 % at de hadde brukt cannabis en til tre dager i løpet av de siste fire ukene. Ca. 25 % rapporterte å ha brukt 20 dager eller mer. Det samme gjelder for aldersgruppen 16–30 år.



Kjønnsforskjeller i bruk av cannabis

I 2025 rapporterte en høyere andel menn enn kvinner (16–64 år) at de hadde brukt cannabis. Dette gjaldt alle tre målene, se figur nedenfor.

31 % av mennene oppgav at de hadde brukt cannabis noen gang, 7 % rapporterte bruk de siste 12 månedene mens i overkant av 3 % oppgav at de hadde brukt cannabis de siste 4 ukene. Kvinnene, oppgav til sammenligning henholdsvis 22 %, 4 % og 1,5 % for bruk noen gang, de siste 12 månedene og de siste 4 ukene.

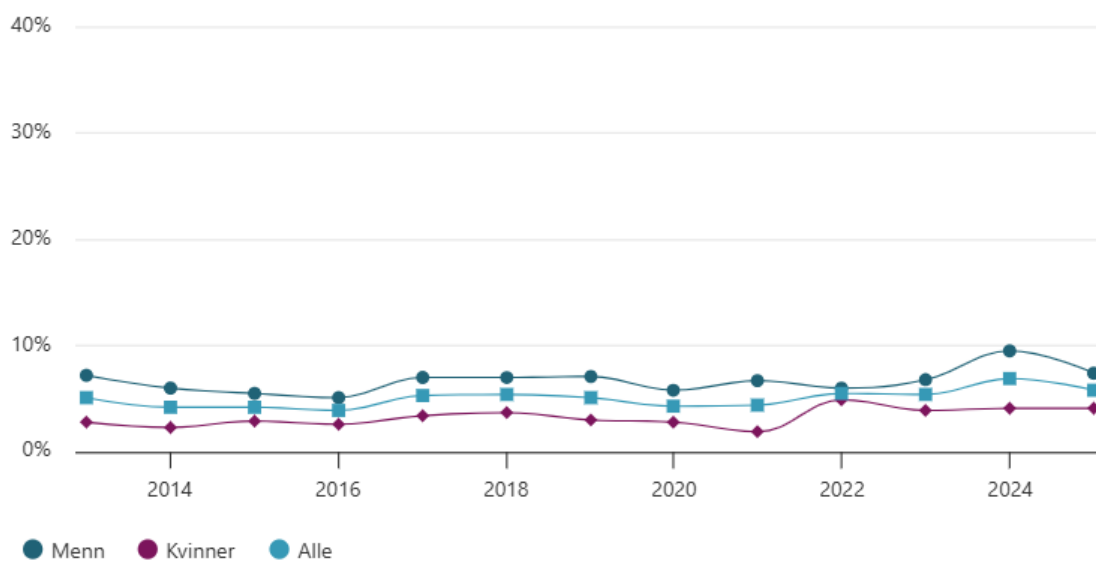


Kjønnsforskjellene vi ser for bruk de siste 12 månedene i 2025 er relativt stabile over tid, med et unntak for 2022, se figur nedenfor.

Utvikling i cannabisbruk de siste 12 månedene etter kjønn, 2013–2025



Andel som har brukt cannabis de siste 12 månedene, i alderen 16–64 år, etter kjønn



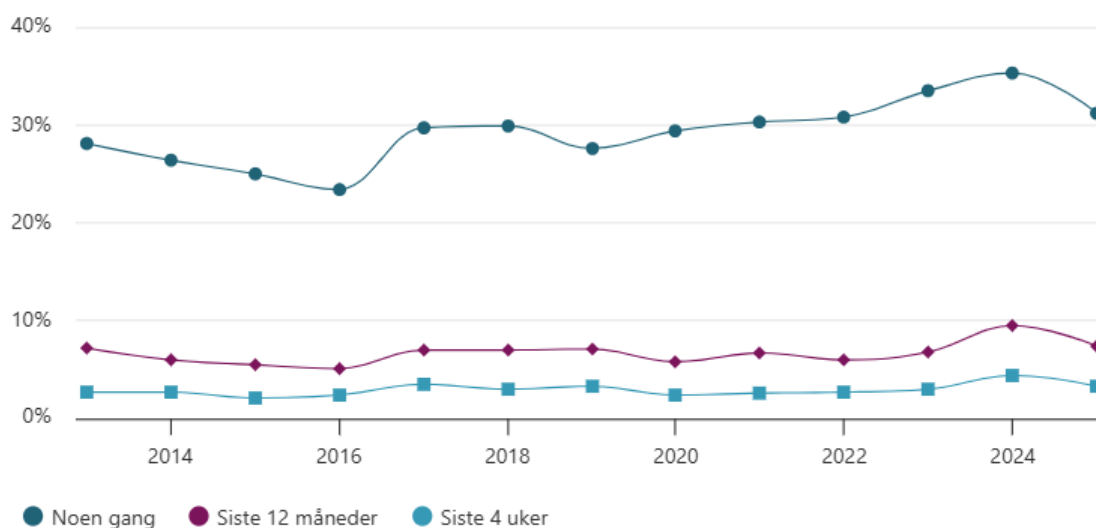
Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Utviklingen over tid viser samme mønster for menn og kvinner, men kvinnene ligger gjennomgående på et lavere nivå, se figurene nedenfor.

Utvikling i cannabisbruk blant menn, 2013–2025



Andel som har brukt cannabis noen gang, de siste 12 månedene og de siste 4 ukene, menn i alderen 16–64 år

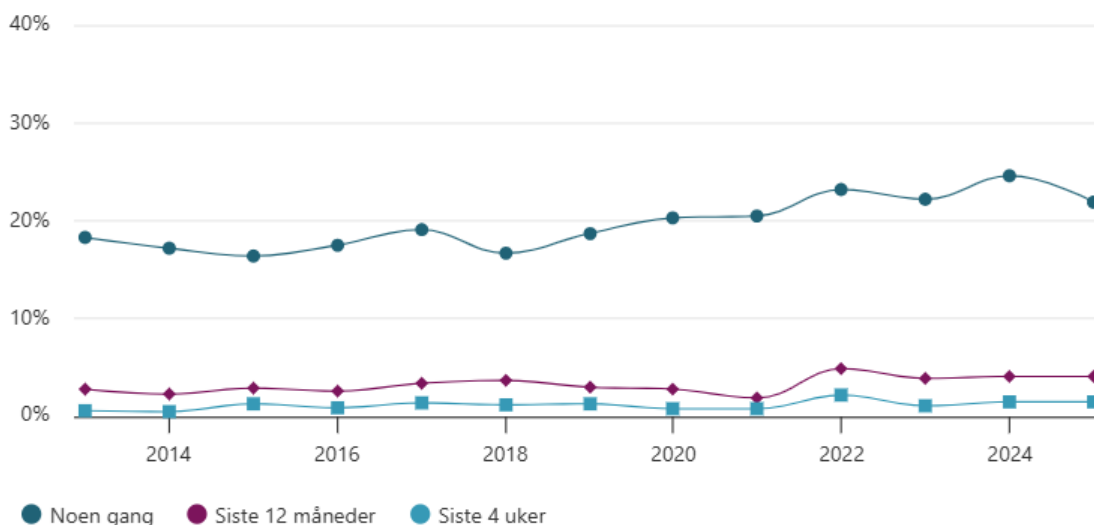


Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Utvikling i cannabisbruk blant kvinner, 2013–2025



Andel som har brukt cannabis noen gang, de siste 12 månedene og de siste 4 ukene, kvinner i alderen 16–64 år



Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

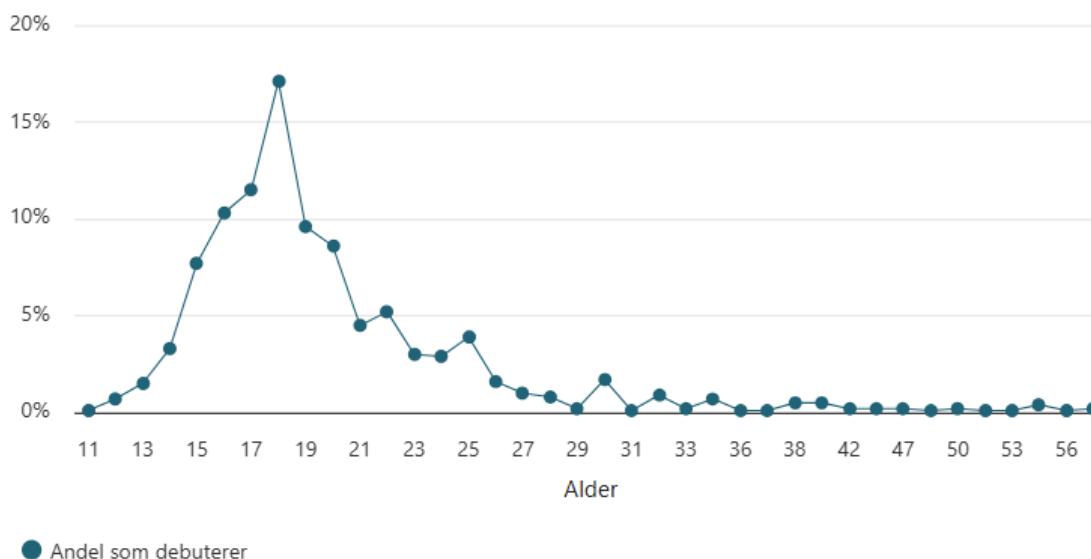
Debutalder i bruk av cannabis

Resultater fra Rus- og tobakksundersøkelsen 2025 viser at flest personer hadde sin første erfaring med cannabis i 18-årsalderen, se figur nedenfor. Debutalderen varierte fra 11 til 59 år, med et gjennomsnitt på 20 år. Fordi cannabis oftest prøves for første gang i ung alder, har vi et eget kapittel som ser nærmere på bruk blant unge. Det gir mulighet til å beskrive utviklingen i denne gruppen mer presist og til å belyse forhold som kan være særlig relevante for tidlig debut. Se kapittel om unge voksnes bruk av cannabis i aldersgruppen 16–30 år.

Debutalder for cannabisbruk, 2025



Fordeling av alder ved første gangs bruk av cannabis i alderen 16–64 år



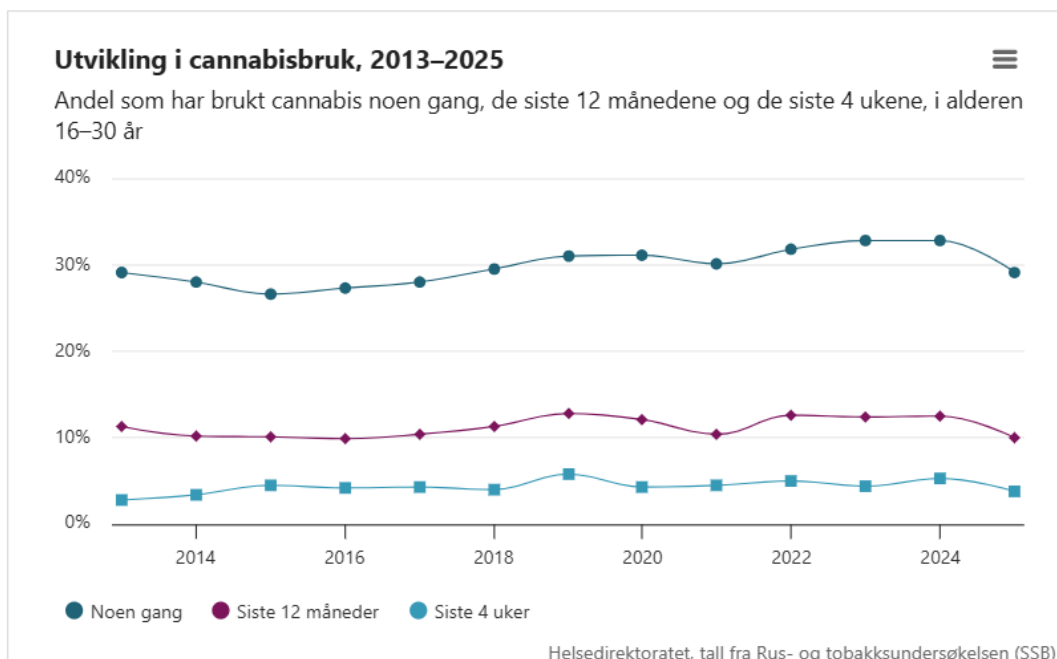
Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Bruk av cannabis blant unge voksne

Mange prøver cannabis for første gang i tenårene. Bruksmønstre i aldersgruppen 16–30 år kan gi viktig informasjon både om trender i debutalder og etablering av bruk. 16–30 åringene utgjør derfor en sentral gruppe for å forstå utviklingen i bruk i befolkningen.

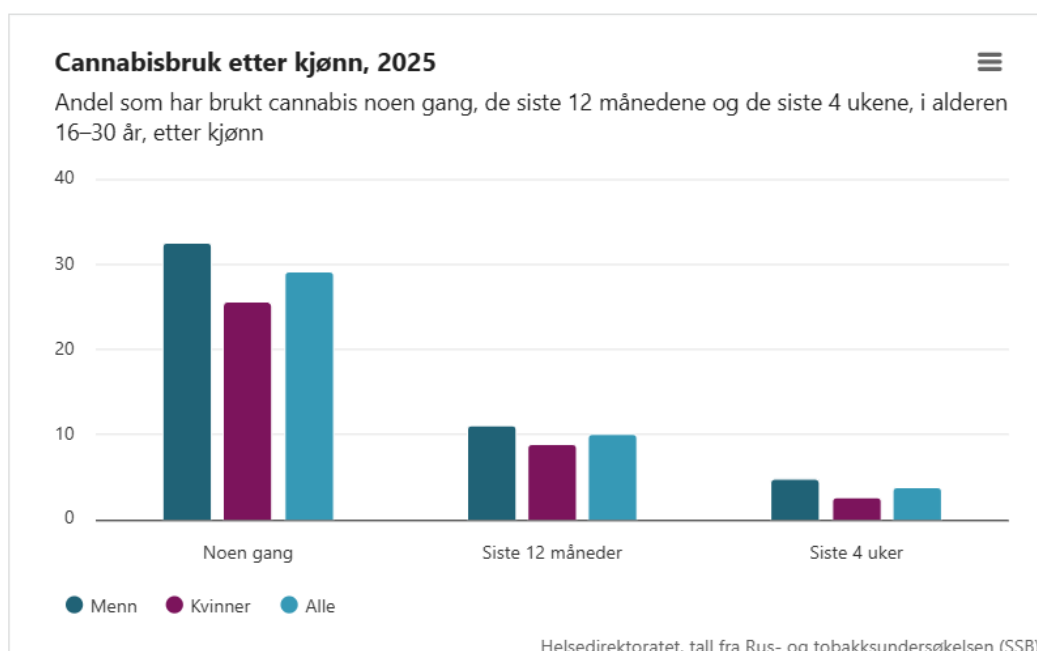
Som for den voksne befolkningen er cannabis, vanligvis i form av hasj og marihuana, det mest brukte illegale rusmiddelet blant ungdom og unge voksne i Norge.

I 2025 oppga 29 % av unge voksne i alderen 16–30 år å ha brukt cannabis noen gang. Bruken har vært relativt stabil siden 2013, men prevalensen er høyere enn i befolkningen samlet (opp til 64 år). 10 % rapporterte bruk de siste 12 månedene, og 4 % bruk de siste 4 ukene, se figurene nedenfor.

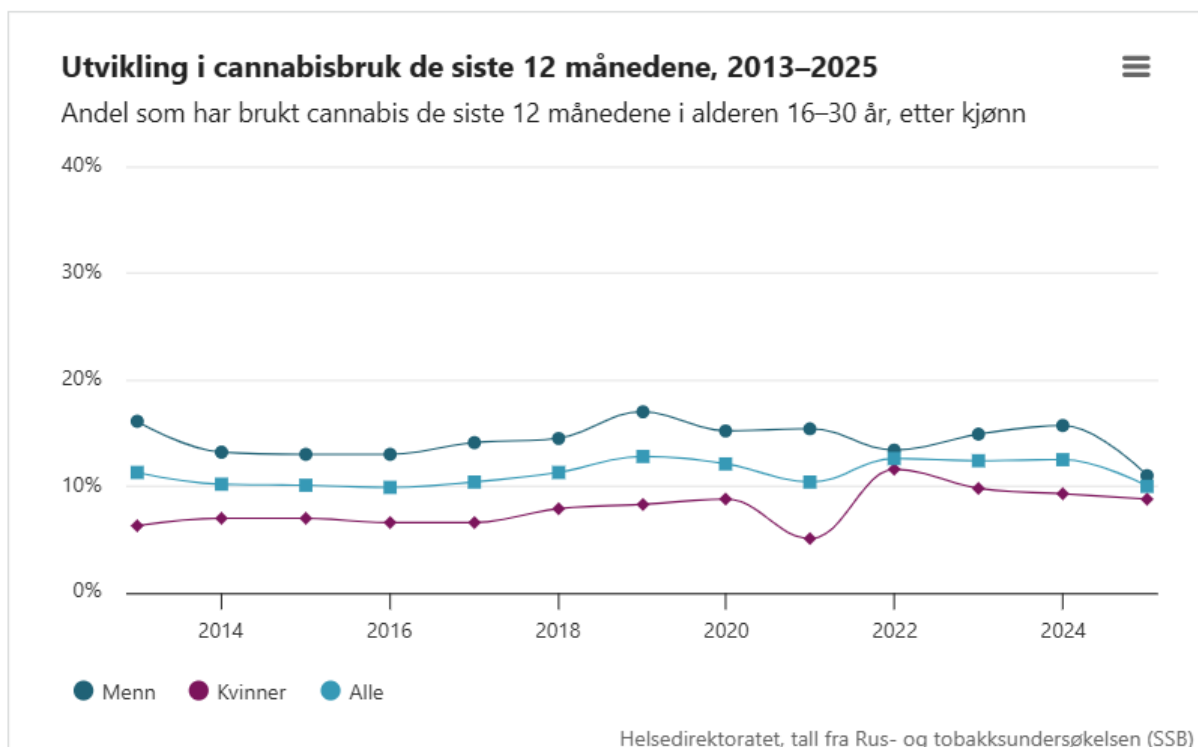


Kjønnsforskjeller blant unge voksne

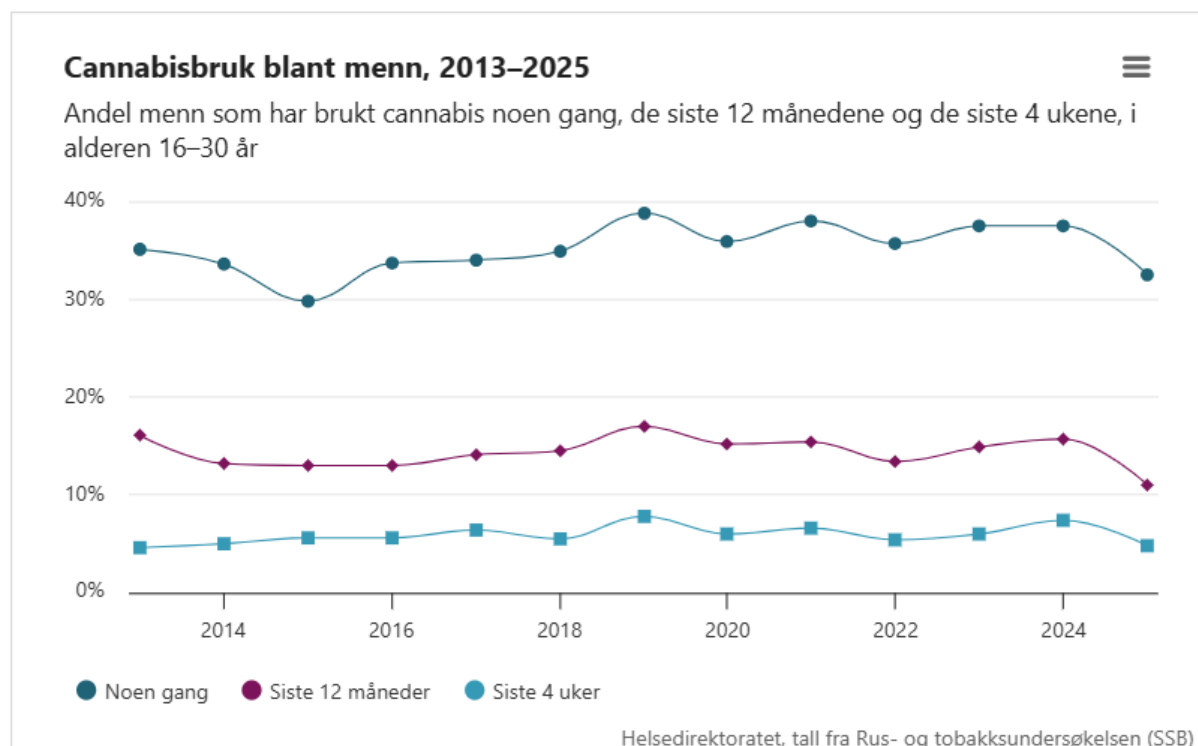
Cannabisbruk i ung alder varierer med kjønn på samme måte som i resten av befolkningen. Menn rapporterer mer bruk enn kvinner, slik figuren for 2025 viser.



Kjønnsforskjellene vi ser for bruk de siste 12 månedene i 2025 er tilsvarende resultatene fra tidligere år for unge voksne, med et unntak for 2022, da forskjellene later til å være mindre, se figur nedenfor.



Utviklingen over tid i livstidsbruk og bruk de siste 4 ukene for unge menn og kvinner følger samme mønster. Kvinner har en gjennomgående lavere andel enn menn, se figurene nedenfor.



Cannabisbruk blant kvinner, 2013–2025



Andel kvinner som har brukt cannabis noen gang, de siste 12 månedene og de siste 4 ukene, i alderen 16–30 år



Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Cannabisbruk i ulike aldersgrupper blant unge voksne

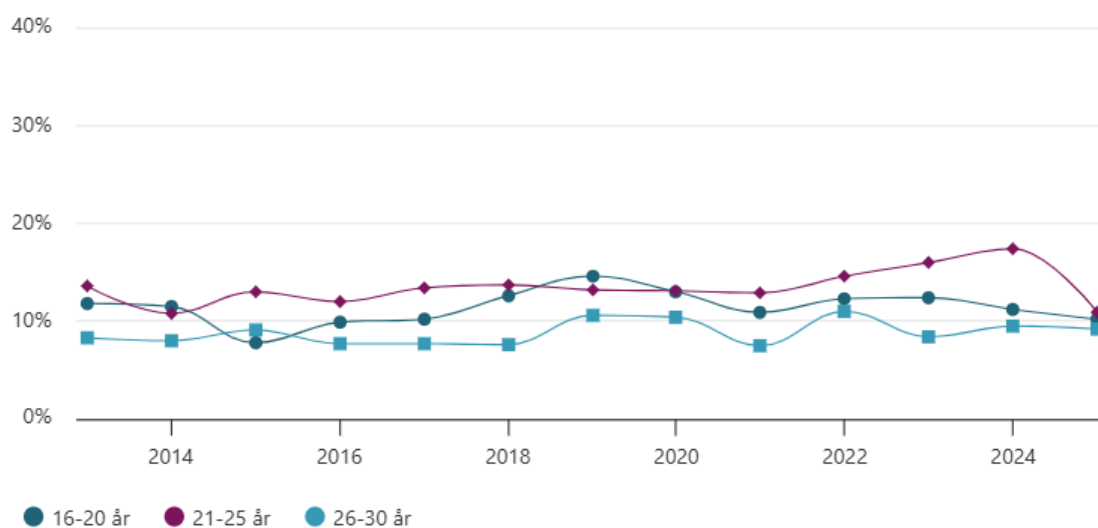
I aldersgruppene 16 til 20 år, 21 til 25 år og 26 til 30 år, er det aldersforskjeller i bruk av cannabis. Aldersforskjellene er tydeligst i bruk de siste 12 månedene.

Det er 21–25-åringene som rapporterer høyest bruk de siste 12 månedene. Det er imidlertid noen variasjoner over tid, se figur.

Utvikling i cannabisbruk siste 12 måneder etter aldersgrupper, 2013–2025



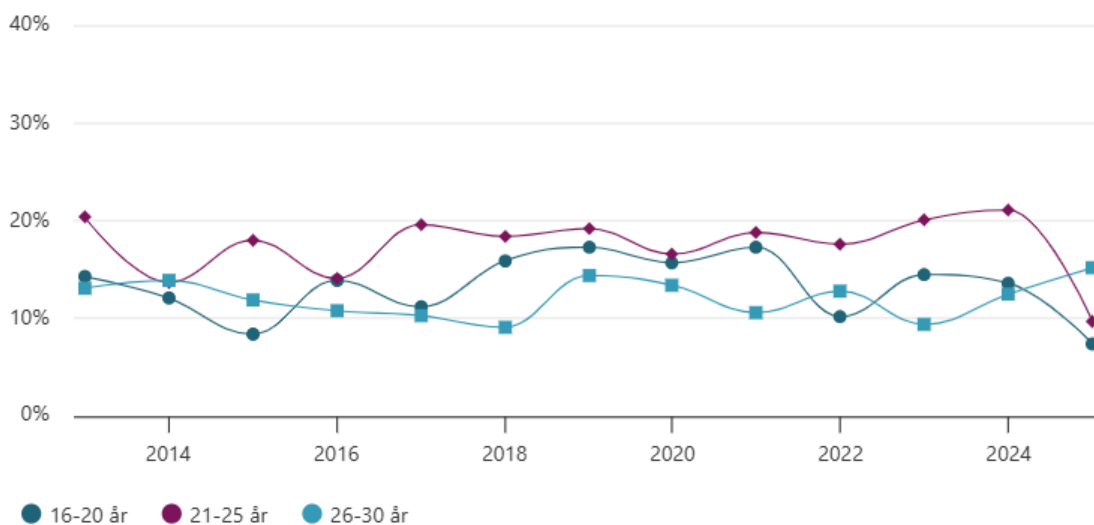
Andel som har brukt cannabis de siste 12 månedene, i alderen 16–30 år, fordelt på aldersgrupper



Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Utvikling i cannabisbruk siste 12 månedene blant menn etter aldersgrupper, 2013–2025

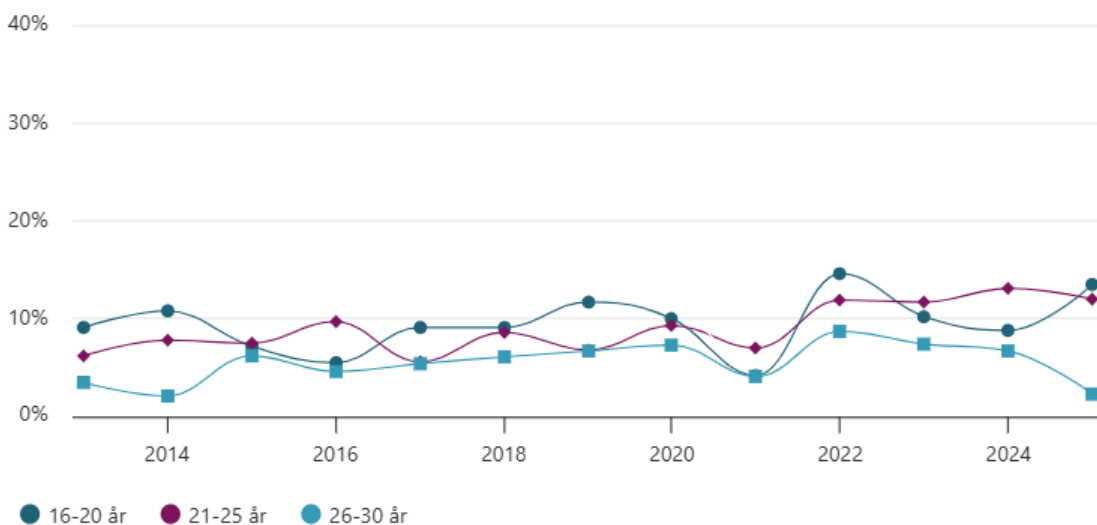
Andel menn som har brukt cannabis de siste 12 måneder, i alderen 16–30 år, fordelt på aldersgrupper



Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Utvikling i cannabisbruk de siste 12 månedene blant kvinner etter aldersgrupper, 2013–2025

Andel kvinner som har brukt cannabis de siste 12 månedene, i alderen 16–30 år, fordelt på aldersgrupper



Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Som vist i grafene over ser man at funnene fra 2025 skiller seg noe ut fra tidligere år ved at menn rapporterer lavere bruk i alderen 21 – 25 år enn tidligere. Det resulterer i at kvinner for første gang i perioden (2013 – 2025) rapporterer høyere bruk enn menn i denne alderskategorien. Dette må selvfølgelig følges over tid før man vet om det er noe mer enn tilfeldig variasjon.

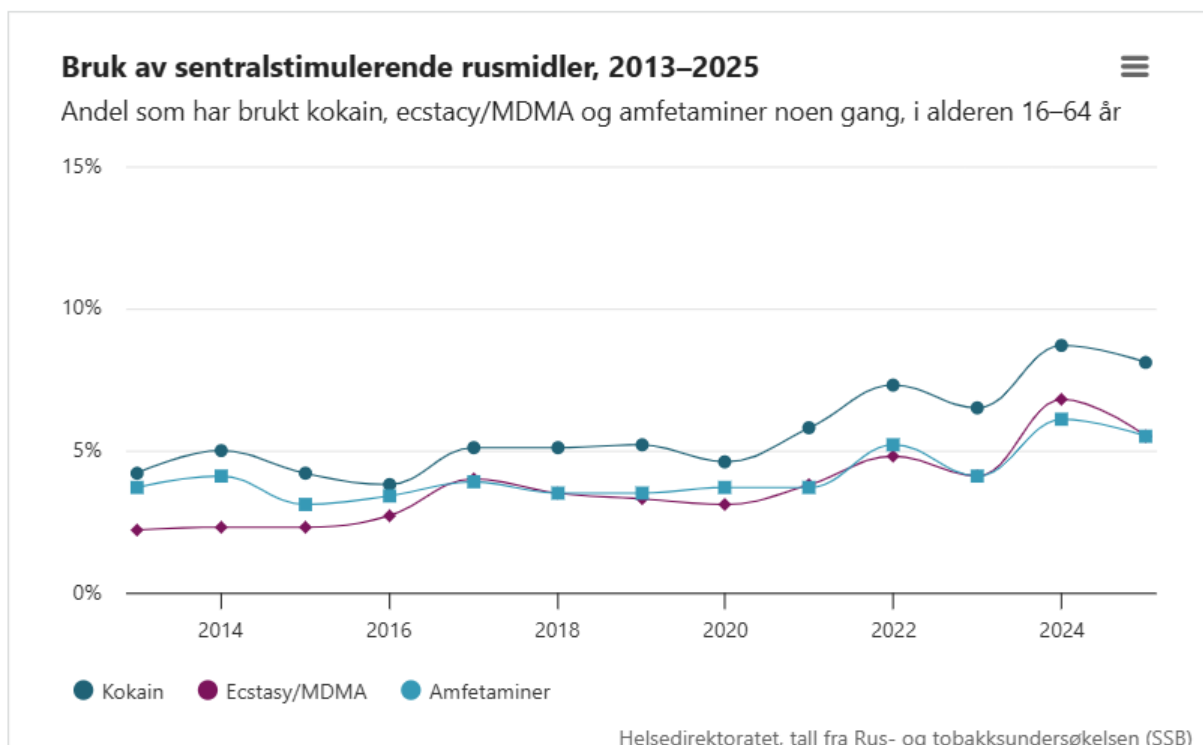
4. Sentralstimulerende rusmidler

Bruk av sentralstimulerende rusmidler i befolkningen

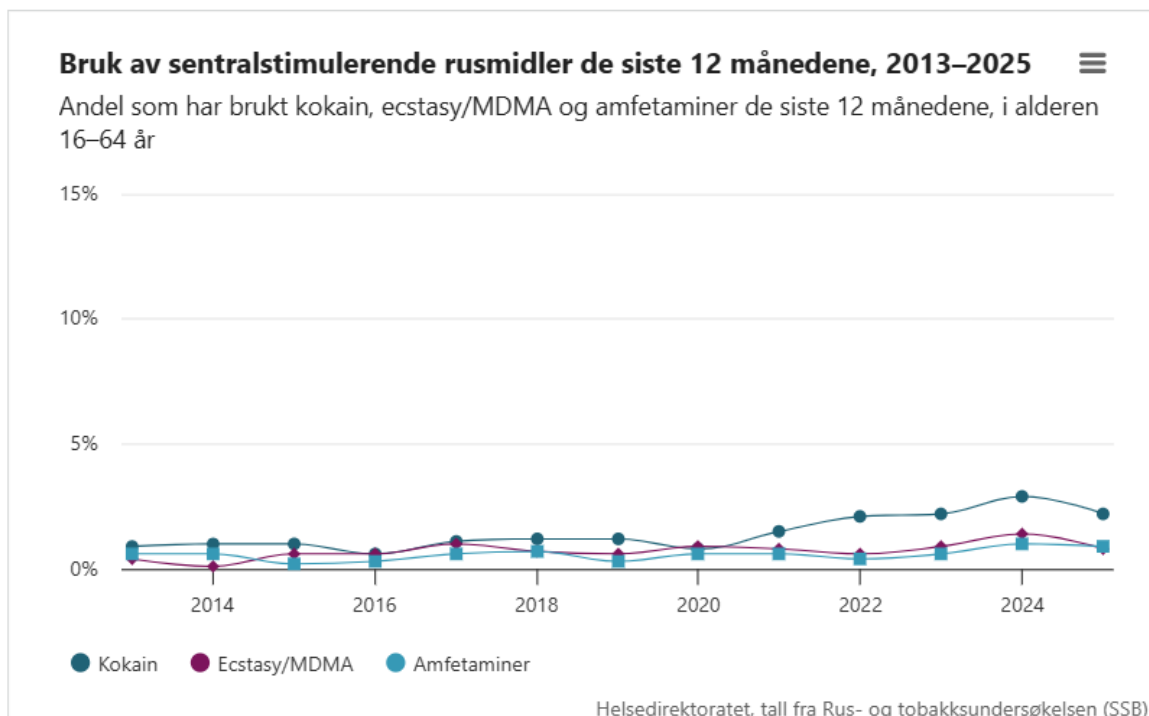
Resultater fra rus- og tobakksundersøkelsen 2025 viser at omtrent 10 % i aldersgruppen 16–64 år rapporterte at de hadde brukt sentralstimulerende rusmidler noen gang (livstidsprevalens). Kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer er de sentralstimulerende rusmidlene som flest rapporterer at de har brukt.

I 2025 oppga rundt 8 % av personer i alderen 16–64 år at de hadde brukt kokain noen gang. Dette var en liten nedgang fra 2024, da andelen nådde et toppunkt på om lag 9 %. Bruken hadde økt gradvis siden rundt 2020, etter å ha ligget stabilt på omtrent 4–5 % i årene etter 2013, se figuren «Utvikling i bruk av sentralstimulerende rusmidler, 2013–2025» nedenfor.

Bruken av ecstasy/MDMA fulgte et lignende mønster som kokain, men på et lavere nivå. Tilsvarende andel var om lag 2 % i 2013 og om lag 6 % i 2025. Trenden i bruk av amfetaminer har vært mindre entydig, men viser også en tendens til en svak økning over tid, med høyest andel i 2024 og 2025 (om lag 4 % i 2013, og om lag 6 % i 2024 og 2025), se figur.



Nivået på bruk av sentralstimulerende rusmidler de siste 12 månedene ligger lavere enn for "noen gangs bruk", se figuren.

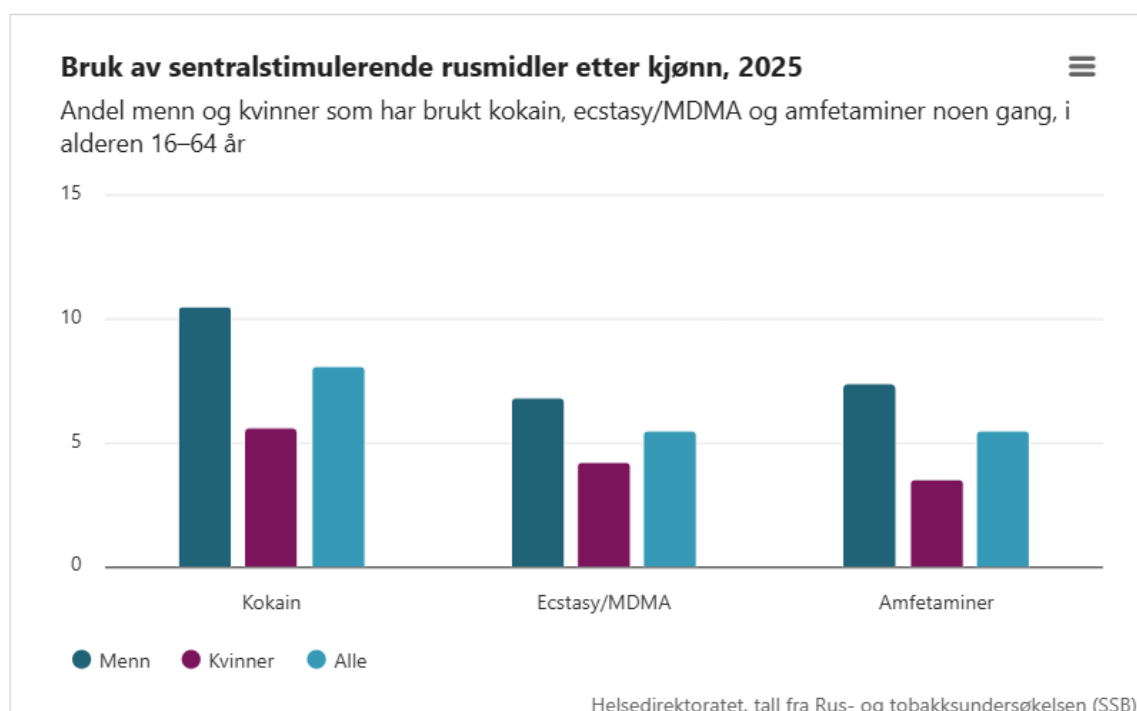


Selv om andelen av antall brukere varierer mellom rusmidlene, peker utviklingen i perioden fra 2013 og frem til 2025 samlet sett i retning av en økende livstidsprevalens.

Kjønnsforskjeller i bruk av sentralstimulerende rusmidler i befolkningen

Kjønnsforskjellene for livstidsprevalens av sentralstimulerende rusmidler er betydelige, med 12,5 % blant menn og omtrent 7 % blant kvinner som rapporterer bruk noen gang.

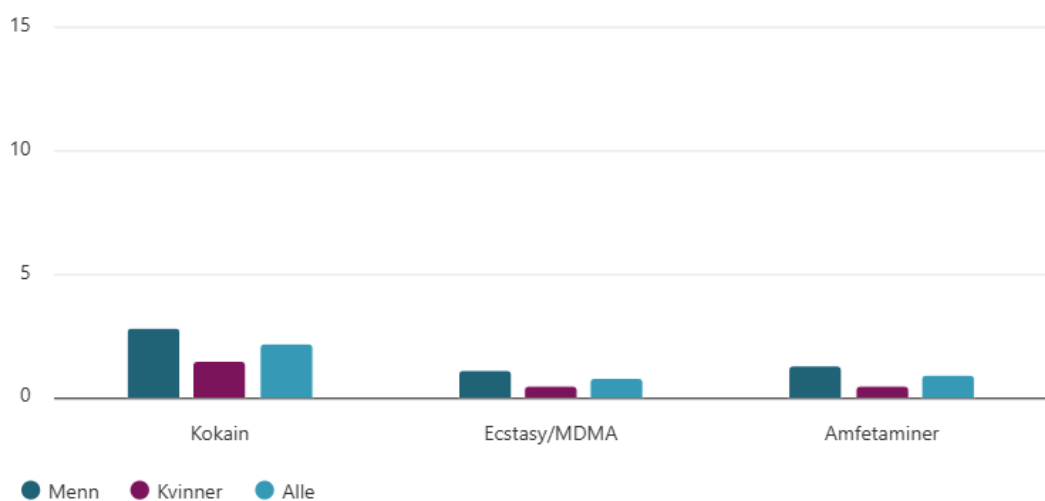
Kjønnsforskjellene for livstidsbruk av kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer i 2025 framgår av figuren nedenfor.



Også for bruk de siste 12 månedene ser vi liknende kjønnsforskjeller som for livstidsprevalens, se figuren under.

Bruk av sentralstimulerende rusmidler de siste 12 månedene etter kjønn, 2025

Andel menn og kvinner som har brukt kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer de siste 12 månedene, i alderen 16–64 år



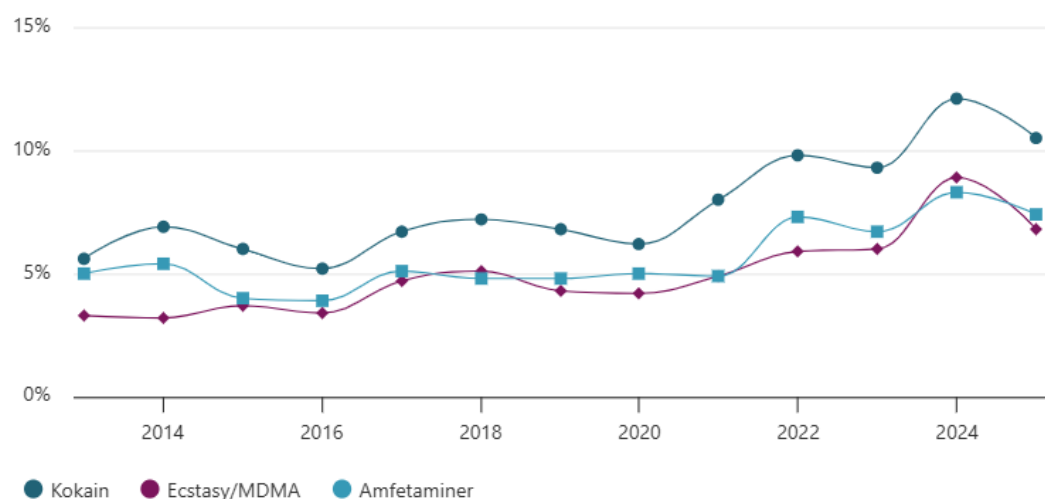
Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

Utviklingen fra 2013 til 2025 viser at kjønnsforskjellene i bruk av sentralstimulerende rusmidler har vært stabile over tid. Menn rapporterer gjennomgående høyere bruk av kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer enn kvinner gjennom hele perioden.

Blant menn var andelen som oppga å ha brukt kokain noen gang om lag 6 % i 2013 og omtrent 11 % i 2025. Bruken av ecstasy/MDMA og amfetaminer viser et tilsvarende mønster, med relativt stabil prevalens i første del av perioden og indikasjoner på noe økning mot slutten, se figur.

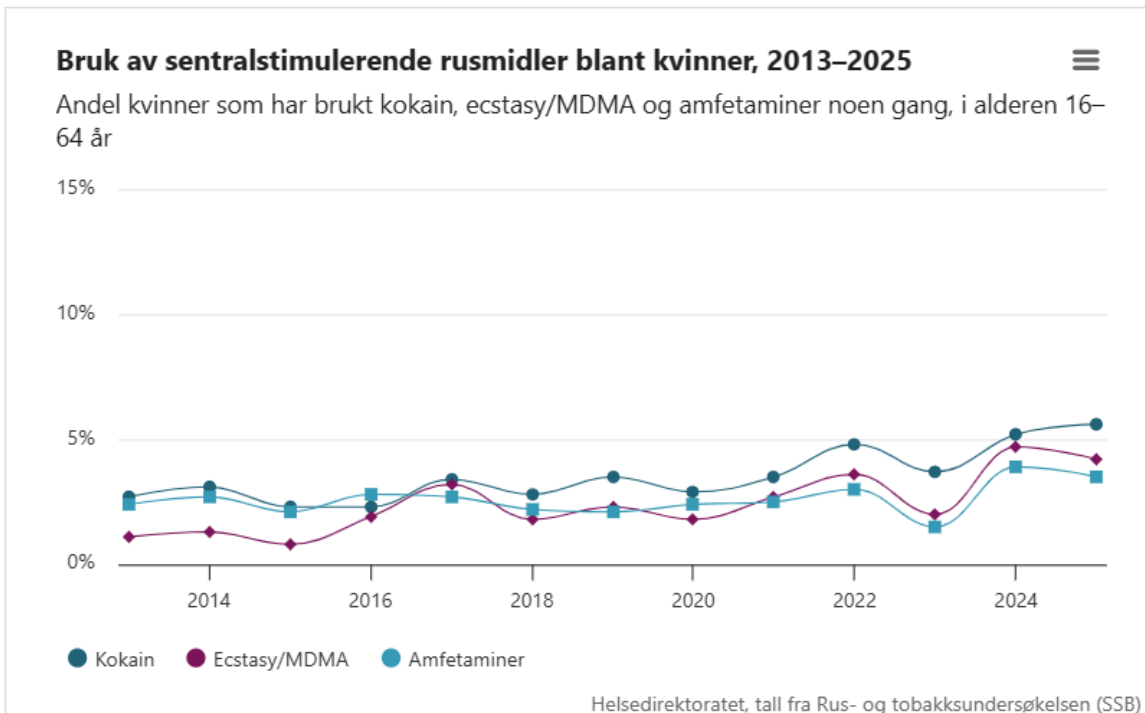
Bruk av sentralstimulerende rusmidler blant menn, 2013–2025

Andel menn som har brukt kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer noen gang, i alderen 16–64 år



Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

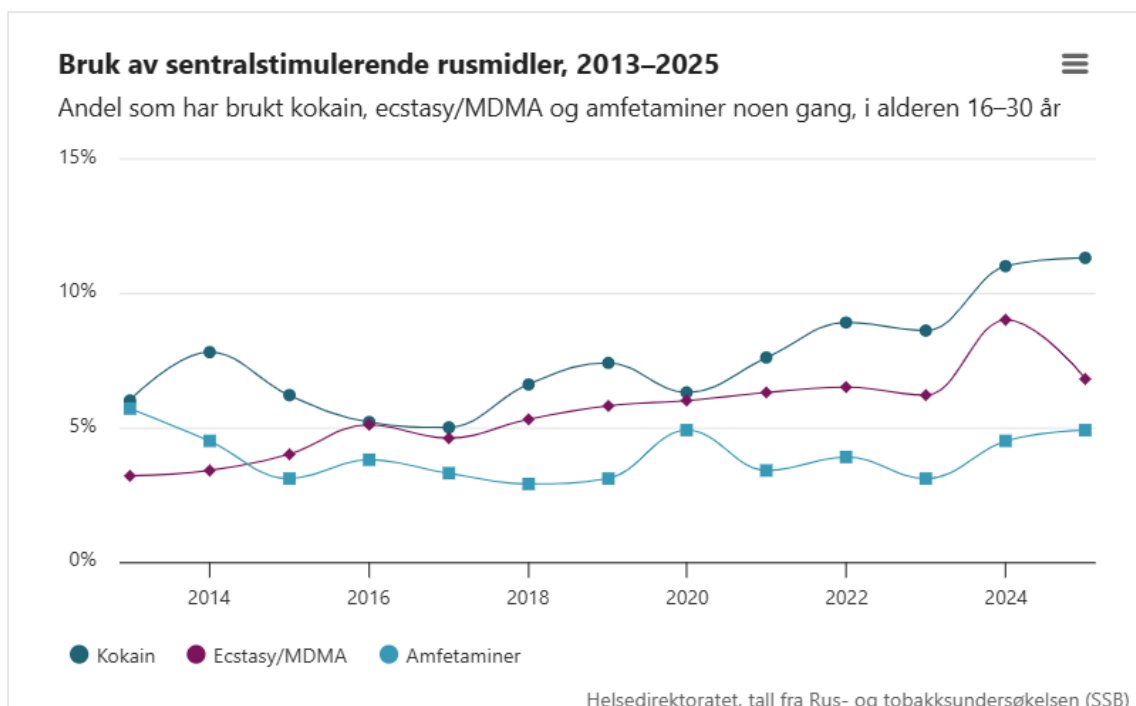
Blant kvinner har bruken av kokain vært relativt stabil i første del av perioden, men med lavere andel enn menn (målt som livtidsprevalens), fra rundt 3 % i 2013 til cirka 6 % i 2025. Bruken av ecstasy/MDMA blant kvinner har vært lav, men noe varierende med en økning fra om lag 1 % i 2013 til cirka 4 % i 2025. Bruken av amfetaminer blant kvinner viser en liknende utvikling som ecstasy/MDMA, se figur.



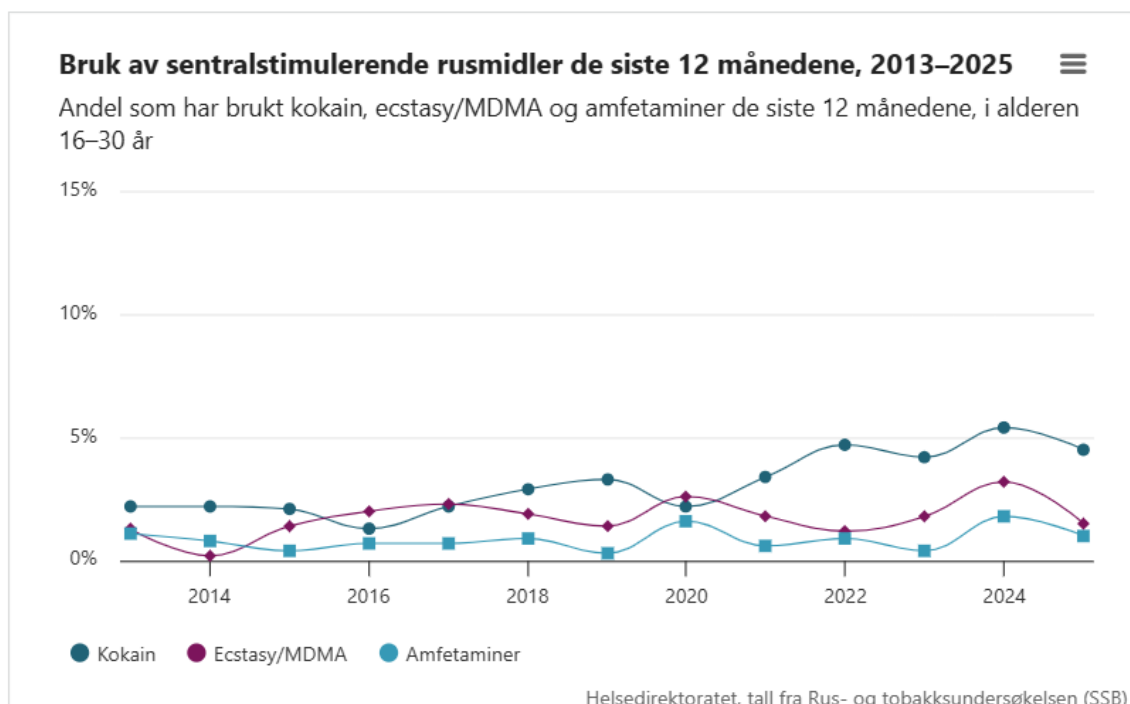
Bruk av sentralstimulerende rusmidler blant unge voksne

Bruken av sentralstimulerende rusmidler blant unge voksne (16 til 30 år) var i 2025 høyere enn i den samlede voksne befolkningen (16 til 64 år). Unge voksne har også tidligere rapportert høyere bruk enn når man ser på den samlede voksne befolkningen.

Blant unge voksne i alderen 16 til 30 år viser andelen som oppgir å ha brukt sentralstimulerende rusmidler noen gang, en tendens til en svak, men jevn økning over perioden fra 2013 til 2025, med mindre svingninger mellom enkeltår. Kokainbruk noen gang økte fra om lag 6 % til om lag 11 % i perioden. Rapportert bruk av ecstasy/MDMA og amfetaminer ligger noe lavere. Helhetsbildet kan tyde på økende bruk av sentralstimulerende rusmidler blant unge voksne, særlig de siste årene, se figur.



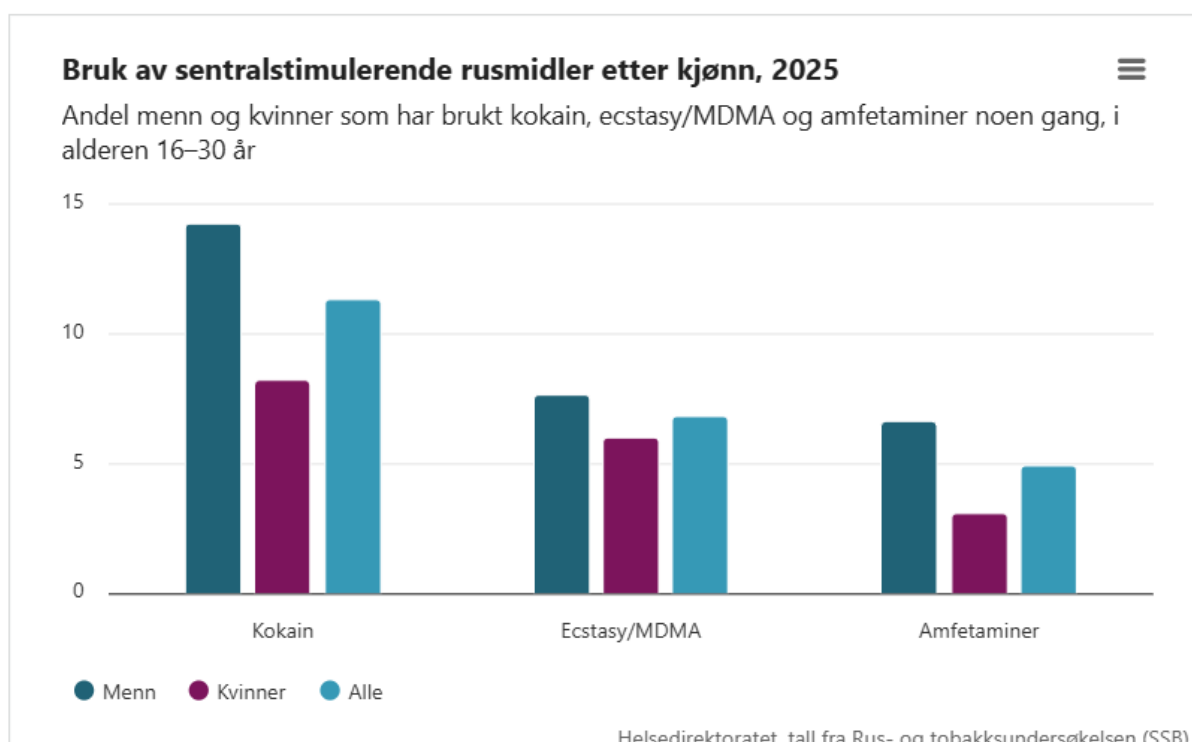
Nivået på bruk de siste 12 månedene ligger i perioden noe lavere enn livstidsbruk, se figur. Sammenliknet med tilsvarende bruk i hele befolkningen, er bruken blant unge voksne noe høyere.



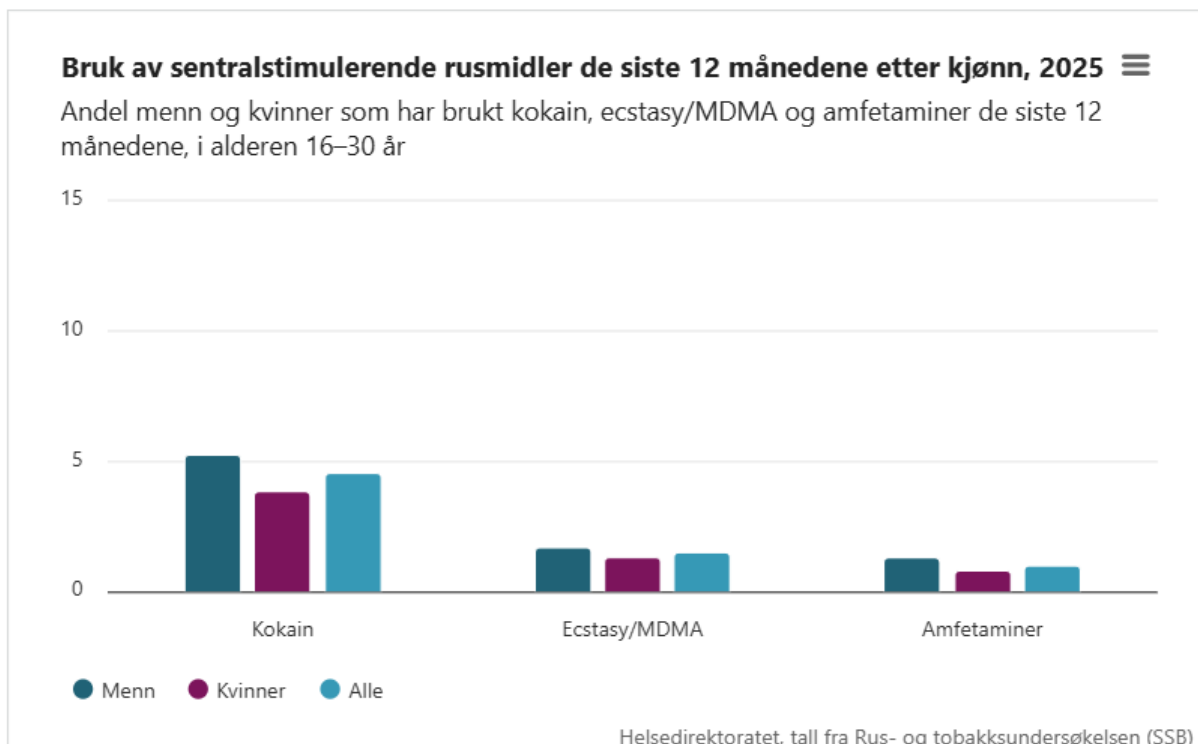
Kjønnsforskjeller i bruk av sentralstimulerende rusmidler blant unge voksne

I likhet med den voksne befolkningen, var kjønnsforskjellene i bruken av sentralstimulerende rusmidler blant unge voksne betydelig. Dette gjelder særlig for kokain og amfetaminer. For kokain var livstidsprevalensen 14 % for menn og 8 % for kvinner i 2025. For amfetaminer var tilsvarende tall henholdsvis 7 % (menn) og 3 % (kvinner).

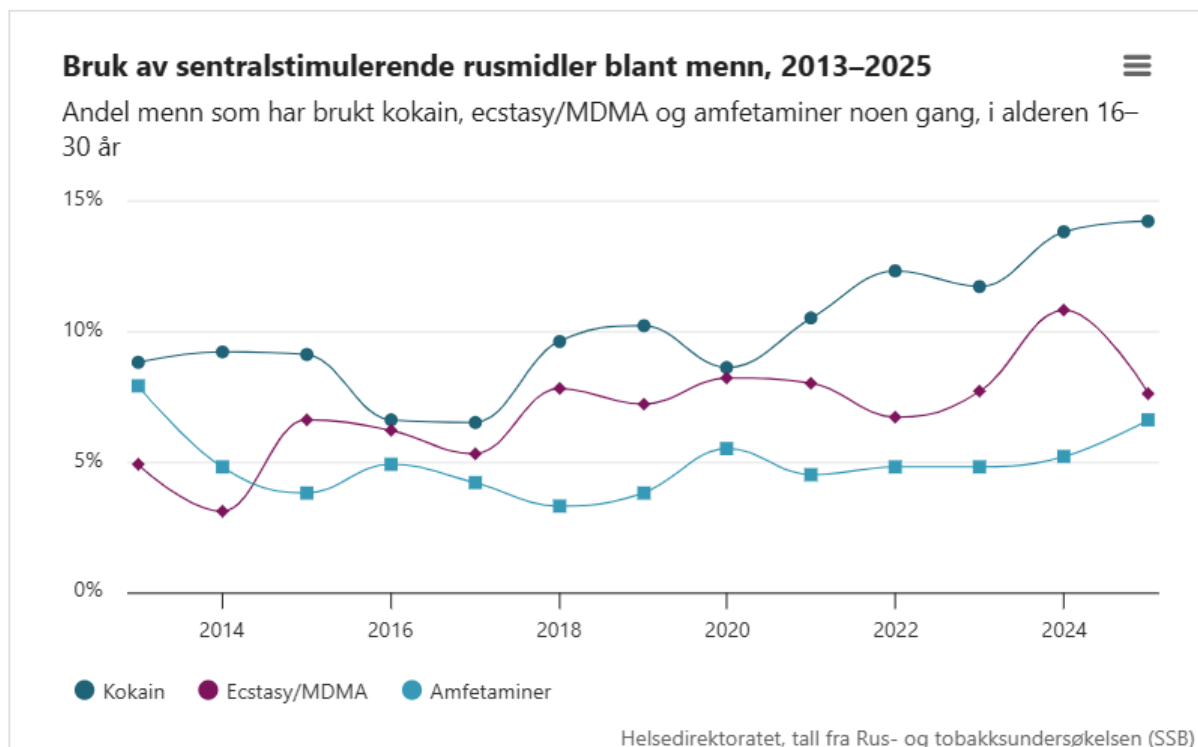
Også livstidsprevalensen for ecstasy/MDMA varierte med kjønn i 2025, men forskjellene fremstår som moderate, med om lag 8 % blant menn og 6 % blant kvinner, se figur nedenfor.



Bruk av sentralstimulerende rusmidler siste 12 måneder i aldersgruppen 16 til 30 år fulgte samme mønster som livstidsbruk, med høyest bruk av kokain og høyere andel menn enn kvinner, se figur nedenfor.



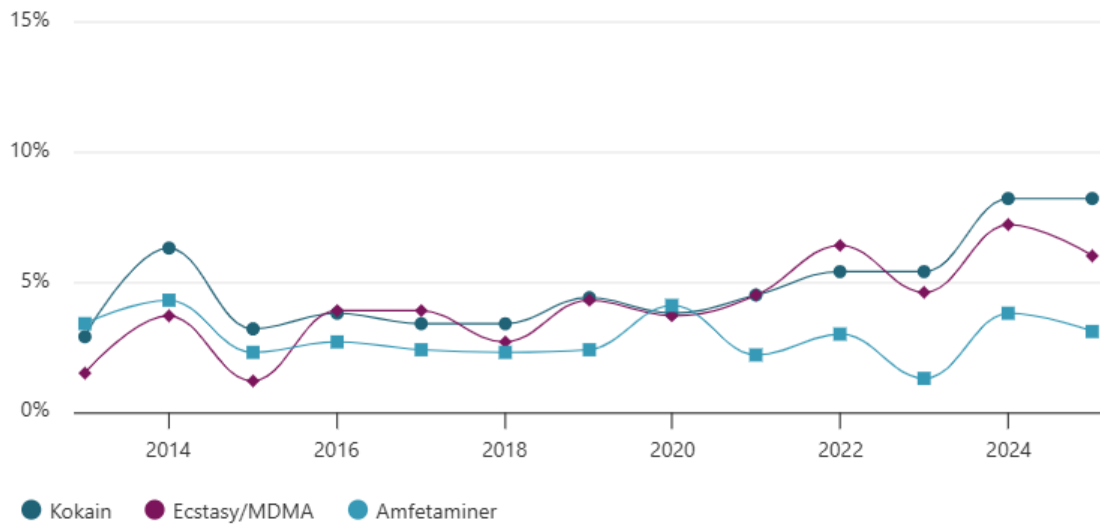
Fra 2013–2025 var andelen som oppga bruk av sentralstimulerende rusmidler høyere for unge menn enn for kvinner i samme aldersgruppe, se figurene nedenfor. Prevalensen for denne aldersgruppen ligger høyere enn i befolkningen (16–64 år) generelt, i likhet med det en ser for siste år.



Bruk av sentralstimulerende rusmidler blant kvinner, 2013–2025



Andel kvinner som har brukt kokain, ecstasy/MDMA og amfetaminer noen gang, i alderen 16–30 år

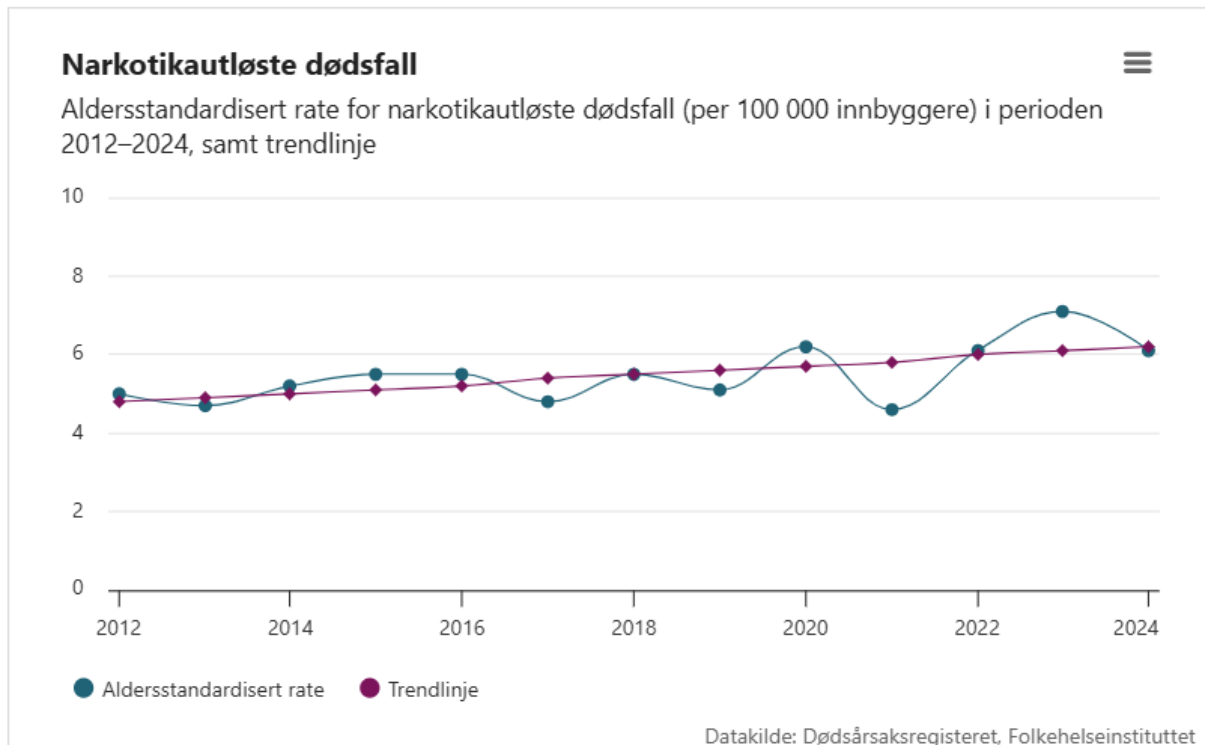


Helsedirektoratet, tall fra Rus- og tobakksundersøkelsen (SSB)

5. Narkotikautløste dødsfall i Norge

I 2024 ble det registrert 342 narkotikautløste (overdoser) dødsfall i Norge. Til tross for at det var færre narkotikautløste dødsfall i 2024 (n = 342) enn i 2023 (n = 391) er det en signifikant økning i antall narkotikautløste dødsfall per år, siden 2012.

Aldersstandardisert rate for narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbyggere i 2024 var 6,1. Til sammenlikning var den i 2023 7,1 per 100 000 innbyggere. De aldersstandardiserte ratene fra 2012–2024 viser i likhet med antall døde per år også en stigende trend, vist i figur under.



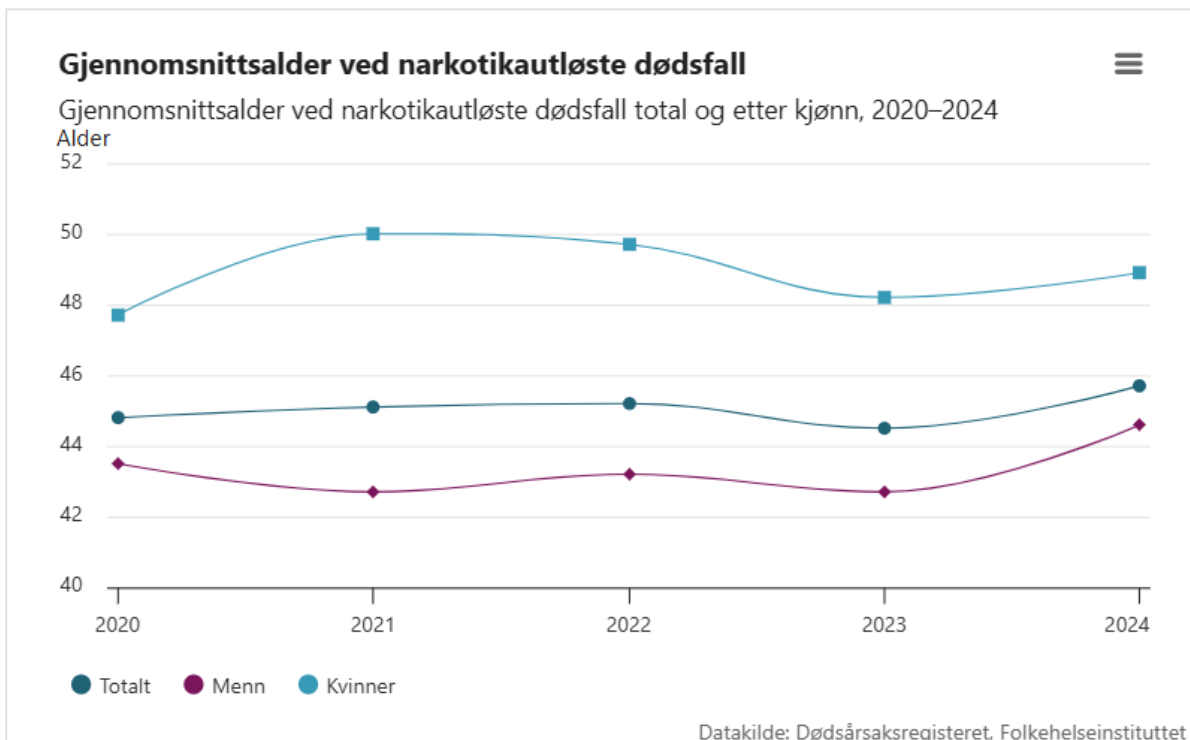
2012 er brukt som referanseår. Det var da arbeidet knyttet til å utvikle en overdosestrategi begynte. Den første overdosestrategien ble iverksatt 2014, men arbeidet begynte 2012.

Personer i denne gruppen av dødsfall er relativt sett en liten gruppe, selv om hvert eneste dødsfall i denne gruppen er et dødsfall for mye. Antallet vil naturlig variere noe fra år til år på grunn av tilfeldig variasjon. Det er derfor viktig å følge utviklingen over tid, og ikke kun vurdere tallene for enkeltår.

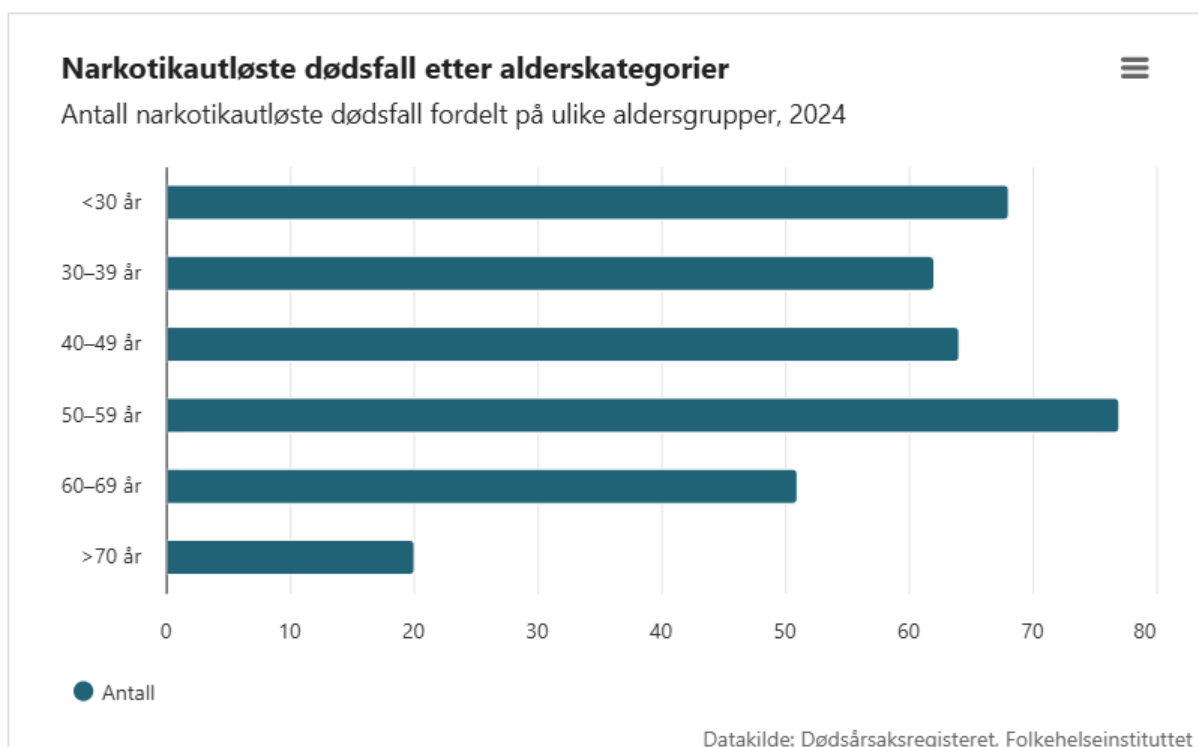
Fra 2012 til 2024 har gjennomsnittlig antall dødsfall ligget på om lag 292 per år. Det høyeste antallet narkotikautløste dødsfall i Norge ble registrert i 2001, med totalt 411 dødsfall.

Aldersfordeling

Gjennomsnittsalderen ved narkotikautløste dødsfall har ligget stabilt på rundt 45 år i perioden 2020–2024. I 2024 var gjennomsnittsalderen 45,7 år. Kvinner har jevnt over noe høyere gjennomsnittsalder sammenlignet med menn; i 2024 var gjennomsnittsalderen 48,9 år for kvinner og 44,6 år for menn.



De fleste av de narkotikautløste dødsfallene i 2024 var i aldersgruppen 50–59 år (n = 77, 23 %). Fordelingen etter aldersgrupper viser at 20 % av dødsfallene (n = 68) var i aldersgruppen under 30 år, mens 6 % (n = 20) var i aldersgruppen over 70 år.



Kjønnforskjeller

Det er kjønnforskjeller i narkotikautløste dødsfall. Av de 342 som døde i 2024 var 25 % kvinner og 75 % menn. For kvinner var det en nedgang fra 2023 på 42 personer, og for menn en tilsvarende nedgang på 7 personer.

Generelt er det registrert høyere andel menn, enn kvinner som dør av narkotikabruk, siden 2012.

Antall og andel narkotikautløste dødsfall totalt og etter kjønn fordelt på ulike aldersgrupper i 2024
(Datakilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet)

Alder	Menn	Kvinner	Totalt
<30 år	55	13	68 (20 %)
30–39 år	48	14	62 (18 %)
40–49 år	46	18	64 (19 %)
50–59 år	61	16	77 (23 %)
60–69 år	36	15	51 (15 %)
>70 år	9	11	20 (6 %)
Totalt	255	87	342 (100 %)

Geografisk fordeling

I 2024 ble det registrert narkotikautløste dødsfall i alle landets fylker. Geografisk fordeling av antall narkotikautløste dødsfall for hvert fylke i 2024 har endret seg noe siden 2023.

I tolkingen av antall narkotikautløste dødsfall er det verdt å merke seg at Oslo, med flest antall dødsfall, også er det fylket med flest innbyggere og Finnmark som har færrest antall dødsfall, er det fylket med færrest innbyggere. Aldersstandardiserte rater for dødsfall per 100 000 innbyggere gir derfor et bedre bilde over forskjellen i dødelighet mellom de enkelte fylkene som vist i figur under.

Antall narkotikautløste dødsfall per fylke i 2024 og 2023, samt endringen mellom årene (Datakilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet)

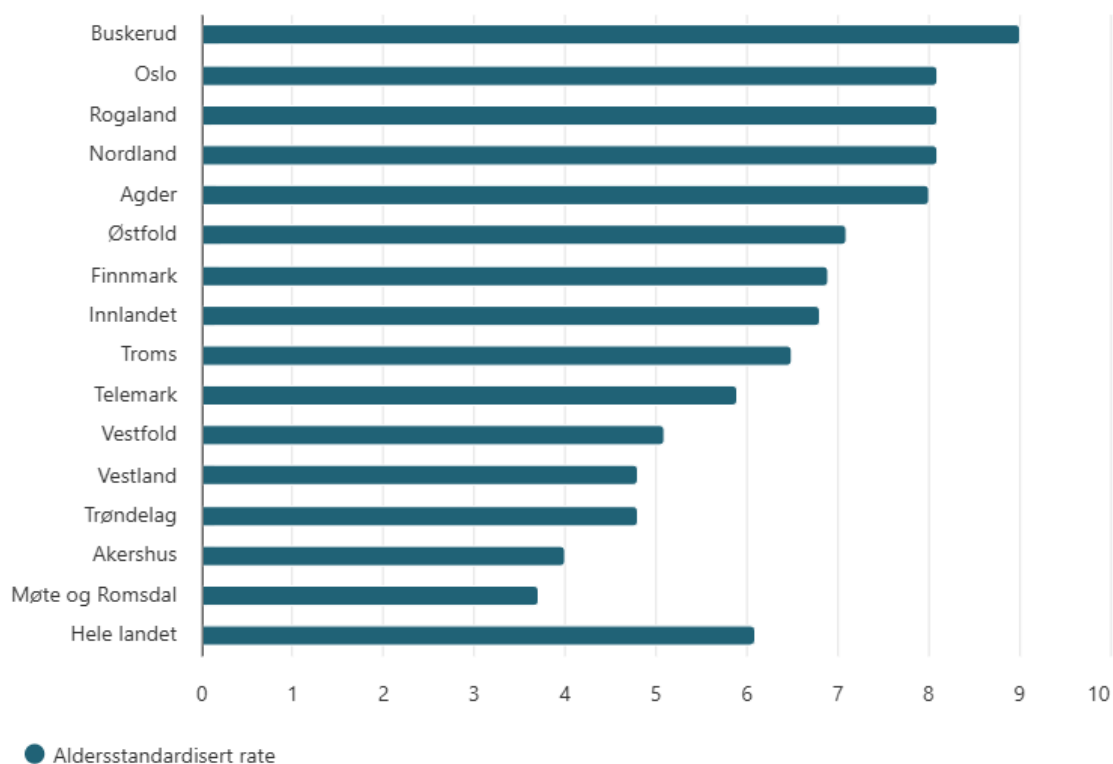
	2024	2023	Endring
Hele landet	342	391	-49
Østfold	22	25	-3
Akershus	28	38	-10
Oslo	56	61	-5
Buskerud	24	20	4
Innlandet	25	29	-4
Vestfold	13	18	-5
Telemark	10	12	-2
Agder	25	24	1
Rogaland	40	42	-2
Vestland	31	59	-28
Møre og Romsdal	10	8	2
Trøndelag	23	26	-3
Nordland	19	12	7
Troms	11	13	-2
Finnmark	5	4	1

Sammenliknet med de andre fylkene, hadde Buskerud den høyeste aldersstandardiserte raten for narkotikautløste dødsfall i Norge i 2024, med 9,0 dødsfall per 100 000 innbyggere som vist i figur under. Den aldersstandardiserte raten i Rogaland, Nordland og Oslo var på 8,1 per 100 000 innbyggere. Møre og Romsdal hadde den laveste raten med 3,7 dødsfall per 100 000 innbyggere.

Narkotikautløste dødsfall etter fylke



Aldersstandardiserte rater for narkotikautløste dødsfall (per 100 000 innbyggere) i 2024 for hvert fylke og hele landet samlet



Datakilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet

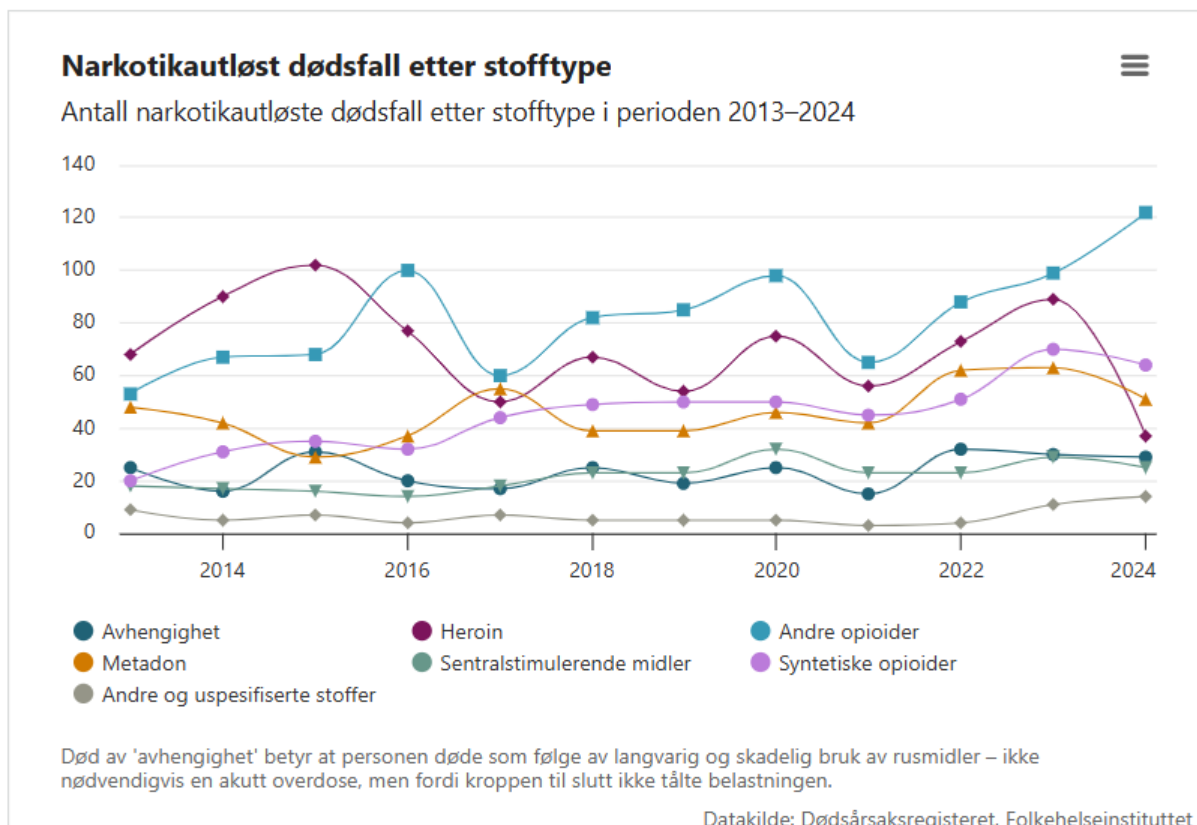
Registrerte dødsårsaker

Flere faktorer fører til overdosedød

Narkotikautløste dødsfall skyldes som regel en kombinasjon av flere faktorer. De som dør utgjør en heterogen gruppe med ulik alder, kjønn, helsetilstand og bruksmønster (Edvardsen et al. 2019¹). Det er sjeldent at narkotikautløste dødsfall skyldes inntak av kun ett enkelt stoff. En studie fra 2020 fant et gjennomsnitt av fire ulike stoffer i de toksikologiske prøvene etter dødsfallet (Simonsen et al. 2020²). For opioidrelaterte dødsfall er det imidlertid uklart om opioidene var illegalt anskaffet, forskrevet som smertestillende eller gitt som substitusjonsmedikament i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (Edvardsen et al. 2019, Folkehelseinstituttet³).

Antall dødsfall etter stofftype

Av de narkotikautløste dødsfallene i 2024, var flest knyttet til andre opioider – som morfin, kodein, oksykodon og lignende (n = 122, 36 %), etterfulgt av dødsfall knyttet til syntetiske opioider, som blant annet protomitazen, buprenorfin, fentanyl og petidin (n = 64, 19 %), og metadon (n = 51, 15 %). Til sammenlikning fra tidligere år var heroin i 2024 ikke lenger blant de tre vanligste stofftypene registrert i forbindelse med narkotikautløste dødsfall, se figur under.



Dødsfall etter stofftype for Oslo, Rogaland og Vestland

Oslo, Rogaland og Vestland var de tre fylkene med høyest antall døde i 2024, henholdsvis 56, 40 og 31, se tabell som viser antall narkotikautløste dødsfall per fylke i 2024 og 2023, samt endringen mellom årene. Det er noen ulikheter i type stoff som forårsaket de narkotikautløste dødsfallene i disse tre fylkene, se tabell under.

I Oslo var hyppigste dødsårsak i 2024 andre opioider (41 %), etterfulgt av heroin (20 %). Om lag 5 % av dødsfallene var som følge av andre syntetiske opioider og stimulanter. I Rogaland var andre opioider (48 %) og andre syntetiske opioider (30 %) hyppigste dødsårsak, etterfulgt av metadon (10 %). I Vestland var andre stoffer hyppigste dødsårsak (26 %), etterfulgt av metadon (19 %). Det var 16 % av dødsfallene i Vestland som skyldtes «avhengighet». Død av «avhengighet» betyr at personen døde som følge av langvarig og skadelig bruk av rusmidler – ikke nødvendigvis en akutt overdose, men fordi kroppen til slutt ikke tålte belastningen.

Antall narkotikautløste dødsfall etter stofftype i 2024 og 2023 for Oslo, Rogaland og Vestland (Datakilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet).

Fylke og år	Oslo 2024	Oslo 2023	Rogaland 2024	Rogaland 2023	Vestland 2024	Vestland 2023
Avhengigheter	8	9	1	3	5	3
Stimulanter	3	3	3	2	2	5
Heroin	11	18	0	4	2	20
Andre opioider	23	18	19	12	4	4
Metadon	8	8	4	9	6	9
Andre syntetiske opioider	3	5	12	12	4	12

Antall narkotikautløste dødsfall etter stofftype i 2024 og 2023 for Oslo, Rogaland og Vestland (Datakilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet).

Fylke og år	Oslo 2024	Oslo 2023	Rogaland 2024	Rogaland 2023	Vestland 2024	Vestland 2023
Andre stoffer	0	0	1	0	8	6

Forgiftningsulykker, selvmord og psykiske lidelser

Narkotikautløste dødsfall deles inn i tre hovedgrupper; forgiftningsulykker, selvmord og psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk. Narkotikautløste dødsfall er i hovedsak forgiftningsulykker.

Av de 342 dødsfallene i 2024 var 266 (78 %) dødsfall forgiftninger uten intensjon, 47 (14 %) forgiftninger med intensjon og 29 (8 %) dødsfall hvor personen var diagnostisert med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk. Denne fordelingen har vært relativt stabil de siste ti årene.

Referanser

[1] Edvardsen HME, Clausen T, Arnestad M, Bachs L, Havig SM, Thaulow CH, et al. Opioidrelaterte dødsfall 2000–2017. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a7d0a/contentassets/78fcf872823145b59160728e574579d9/dokumenter/opioidrelaterte-dodsfall-2000-2017.pdf>

[2] Simonsen KW, Kriikku P, Thelander G, Edvardsen HME, Thordardottir S, Andersen CU, et al. Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2017. *Forensic Science International*. 2020;313:110343.

[3] Narkotikabruk i Norge – FHI

6. Injisering av rusmidler

Inntak av rusmidler ved bruk av sprøyte er forbundet med økt risiko for blant annet overdose, og det er derfor viktig å følge med på bruken av injisering av rusmidler som inntaksmetode (Injisering av rusmidler omfatter både injisering av illegale rusmidler (se [Narkotikalistens \(lovdata.no\)](#)) og injisering av forskrevne legemidler brukt på en måte som ikke er forskrevet eller som brukes av andre enn forskrivningen gjelder for). I årene fra 2012 til 2024 økte den aldersstandardiserte raten av narkotikautløste dødsfall i Norge fra 5 til 6.1 personer per 100 000 innbyggere, se kapittelet om [Narkotikautløste dødsfall i Norge](#). Antall dødsfall har gjennom denne perioden variert fra år til år, der gjennomsnittet ligger i underkant av 300 dødsfall per år.

Injisering innebærer også en økt risiko for overføring av blodbårne virus som hepatitt B, hepatitt C og HIV ved bruk av ikke-sterile sprøyter. Inntak gjennom injisering øker i tillegg risikoen for akutte skader som abscesser, hudinfeksjoner, blodforgiftning og blodpropp. Injisering over lang tid kan også gi skader på blodårene, organskader og nevrologiske skader ([EDR 2025 \(euda.europa.eu\)](#), [Store medisinske leksikon 2025 \(snl.no\)](#)). I arbeidet med forebygging av narkotikautløste dødsfall, samt forebygging av sykdom blant brukere av illegale rusmidler, er det derfor viktig å kjenne til omfanget av injisering av rusmidler. I dette kapitlet presenterer vi beregnet antall personer som injiserer rusmidler.

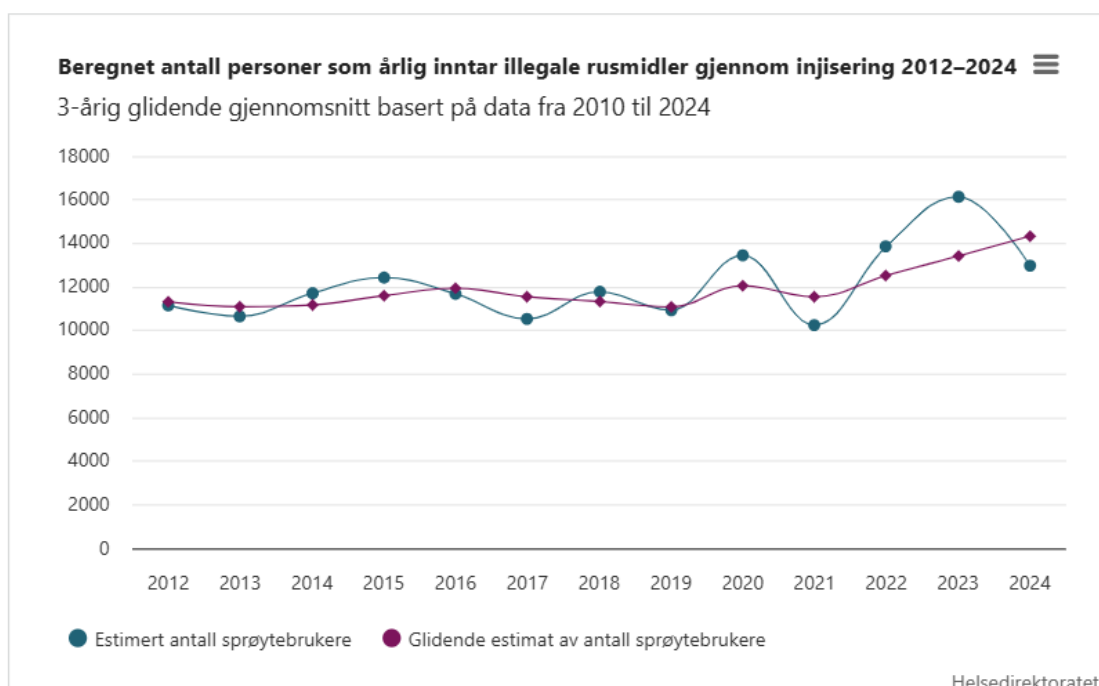
Av rusmidler som injiseres i Norge og Europa for øvrig, har tradisjonelt heroin og amfetamin (illegale) vært de vanligste ([EDR 2025](#)), men i løpet av de siste årene har en sett en nedgang i bruk av heroin og en økning i andre opioider, som morfin, kodein og oksykodon (lovlige medikamenter). Denne utviklingen gjenspeiles også i tallene over narkotikautløste dødsfall.

Beregning av antall sprøytebrukere

Det finnes ikke et register over personer som injiserer rusmidler i Norge, og tallet må derfor beregnes. Beregningsmetoden som er brukt for å beregne tallene som framkommer i denne rapporten kalles Dødelighetsmultiplikatoren (Mortality Multiplier Method). Les mer i [kapittelet om metode](#).

Beregnet antall som injiserer

I perioden 2012 til 2024 er antall personer som bruker sprøyte som inntaksmetode beregnet til å variere mellom om lag 10 500 og 16 000. Beregningene viser at det er betydelige årlige variasjoner, men det vises også en tendens til at det er et økende antall som benytter denne inntaksmetoden, se figur.



7. Illegale rusmidler i avløpsvann

Funn av illegale rusmidler i avløpsvann 2024 og 2025

I avløpsvannprøvene fra 2024 og 2025 er det analysert markører for cannabis, kokain, amfetamin, metamfetamin, ecstasy/MDMA og ketamin. Analysene baserer seg på biomarkører, det vil si enten selve rusmiddelet (modersubstansen) eller nedbrytningsprodukter (metabolitter) som dannes når kroppen bryter det ned etter inntak. De fleste illegale rusmidler skilles ut av kroppen i løpet av få timer.

Den viktigste kilden til rusmidler i avløpsvann er faktisk bruk i befolkningen. Direkte utslipp, som ved for eksempel dumping, vil som regel fremstå som uvanlige topper som avviker fra forventet bruksmønster.

Avløpsvannanalyser gir ikke informasjon om hvor mange eller hvem som har brukt rusmidlene, ei heller hvordan de er inntatt (intravenøst, nasalt, oralt osv.). Analysene viser kun nivåene av ulike rusmidler i avløpsvann og er dermed et indirekte mål på bruk i befolkningen som helhet. Konsentrasjonene av ulike rusmidler kan ikke sammenlignes direkte med hverandre. Rusmidlene har ulike brukerdoser, nedbrytningstid og utskillelsesmønstre. For eksempel har cannabis et mer variabelt og lengre utskillelsesvindu enn andre rusmidler. Det at det i tillegg måles metabolitter for noen rusmidler, mens det for andre analyseres for modersubstansen gjør også sammenligning mellom stoffene vanskelig.

Funn basert på gjennomsnittlige daglige utskillelsesnivåer per innbygger gir et samlet overordnet bilde av hvordan illegale rusmidler avspeiles i avløpsvann over tid og mellom byer. I tillegg til å vise overordnede nivåer kan analysene gi indikasjoner på bruksmønstre og trender gjennom uken. Enkelte rusmidler forekommer typisk i høyere konsentrasjoner i helgene, noe som kan tyde på økt bruk i sosiale sammenhenger og på fest. Et slikt mønster skiller seg fra mer stabil, jevn bruk gjennom uken, som gjerne kan være uttrykk for mer daglig bruk.

Resultatene fra analyser av illegale rusmidler i avløpsvann inngår som en av flere kilder som samlet danner et kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å belyse forekomsten av illegale rusmidler i den norske befolkningen. Analysene gir et øyeblikksbilde av rusmiddelbruken i befolkningen i et gitt område og tidsrom, og resultatene kan bidra i arbeidet med å iverksette målrettede forebyggende tiltak.

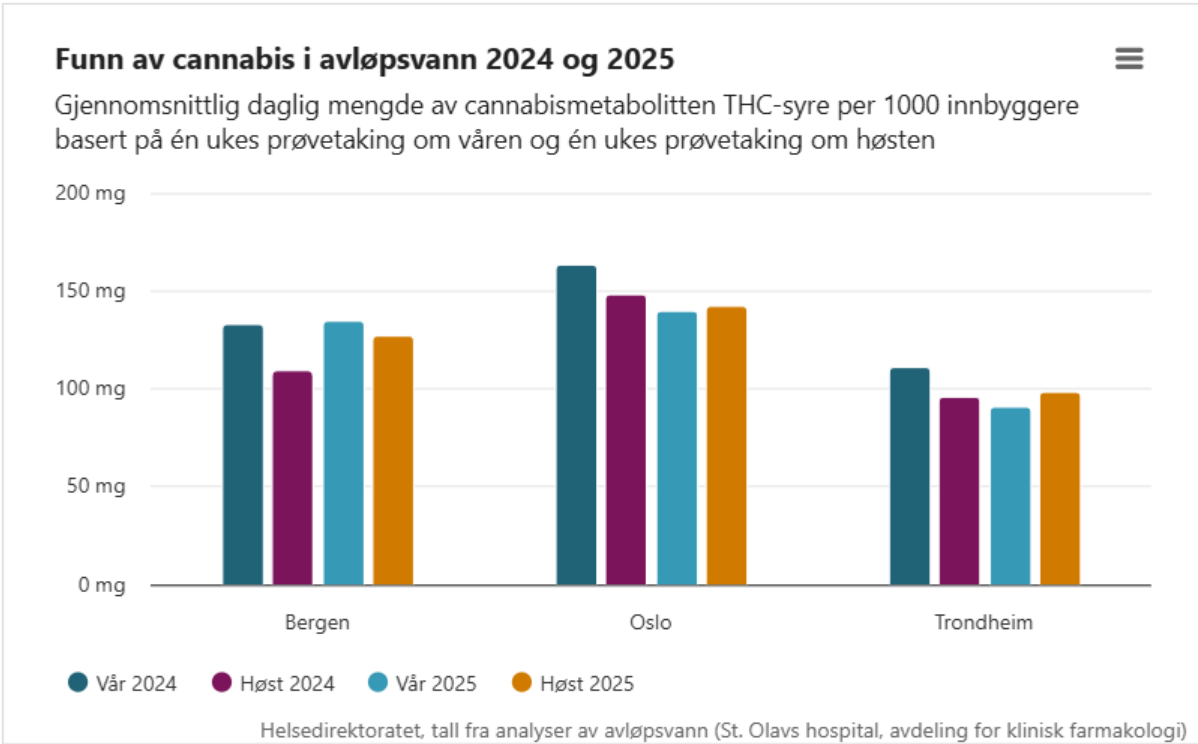
Analysemetoder og statistiske vurderinger er nærmere beskrevet i [metodekapittelet](#).

Cannabis

Når kroppen bryter ned tetrahydrocannabinol (THC), som er det psykoaktive stoffet i cannabis, dannes det metabolitter. I analyser av avløpsvann blir cannabisbruk estimert ved å måle hovedmetabolitten THC-COOH, som så langt er den best egnede biomarkøren. THC-COOH blir her omtalt som THC-syre.

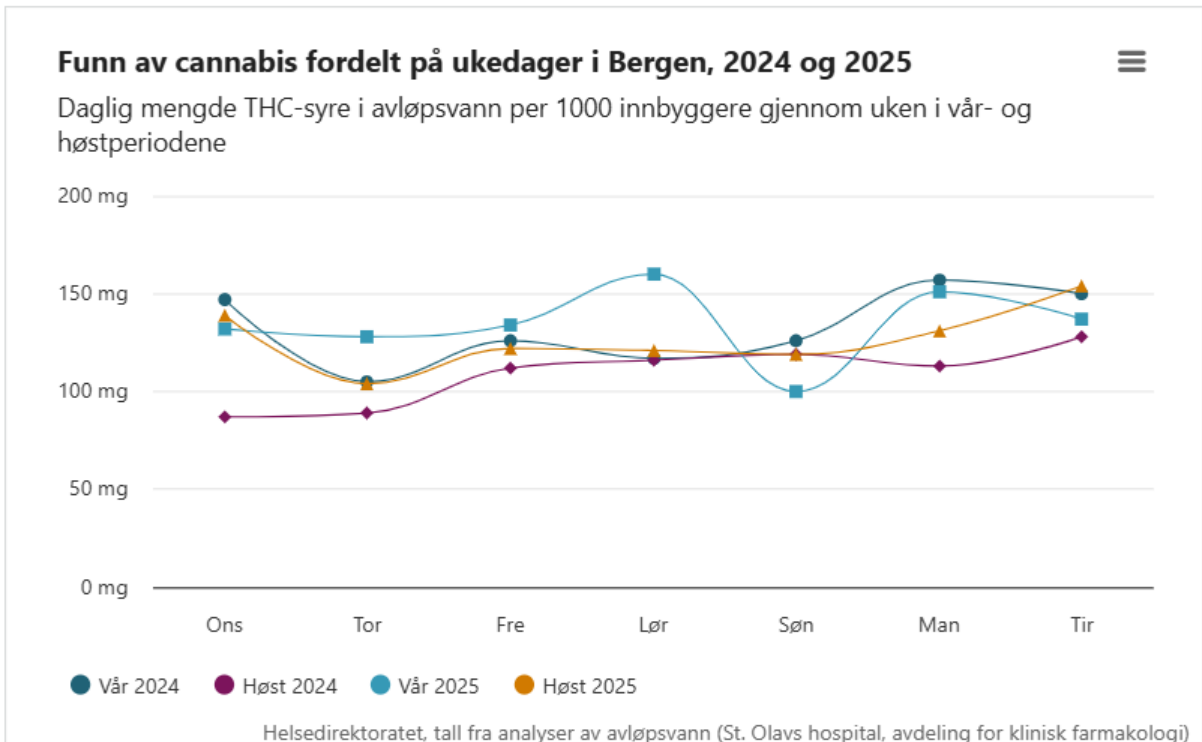
Resultater fra analysene framstilles i figuren nedenfor og viser at cannabismetabolitten THC-syre var stabil fra 2024 til 2025 både i Bergen og Trondheim (vår- og høstdata samlet). I Oslo ble det observert en signifikant nedgang fra 2024 til 2025.

Mengden THC-syre i avløpsvann var høyere i Oslo enn Bergen i 2024 (vår- og høstdata samlet). I 2025 fremkom det ikke lenger signifikante forskjeller mellom disse to byene. For Trondheim viser resultatene et lavere nivå av THC-syre sammenlignet med Oslo begge årene.



Figurene under viser mengde THC-syre målt i avløpsvannet per dag gjennom de ulike prøvetakingsukene.

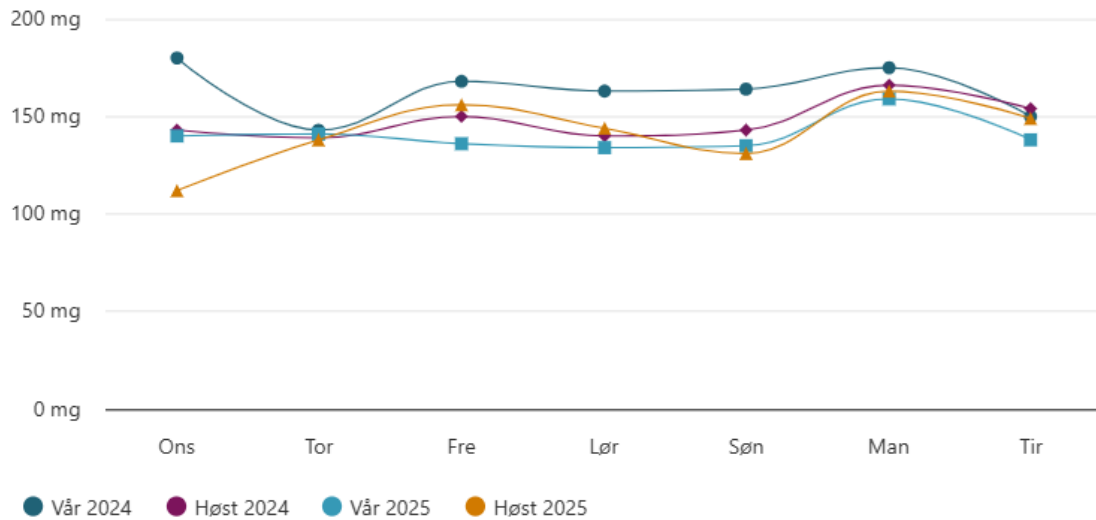
Det ble ikke observert noen klar forskjell mellom hverdag og helg i noen av byene.



Funn av cannabis fordelt på ukedager i Oslo, 2024 og 2025



Daglig mengde THC-syre i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom uken i vår- og høstperiodene

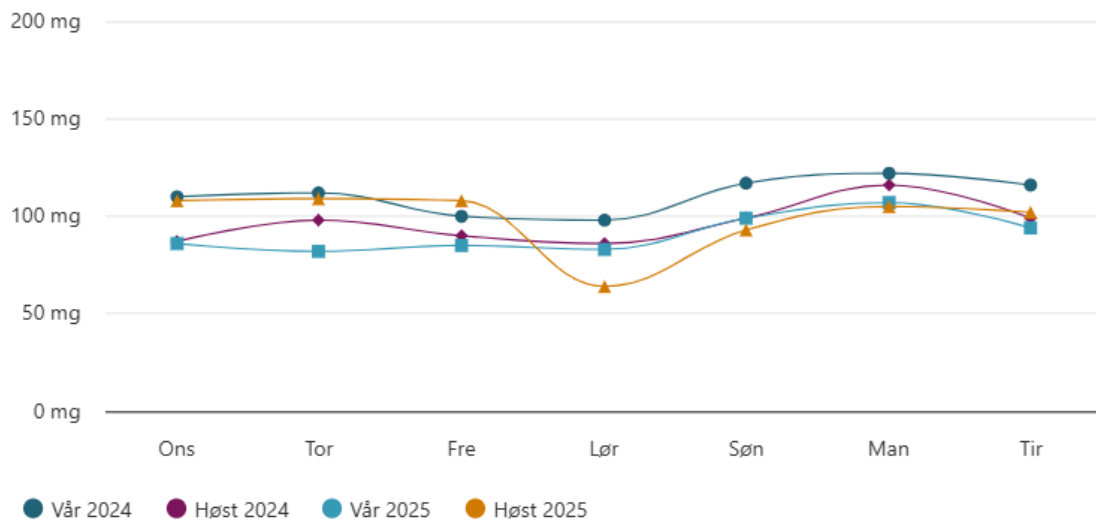


Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

Funn av cannabis fordelt på ukedager i Trondheim, 2024 og 2025



Daglig mengde THC-syre i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom uken i vår- og høstperiodene



Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

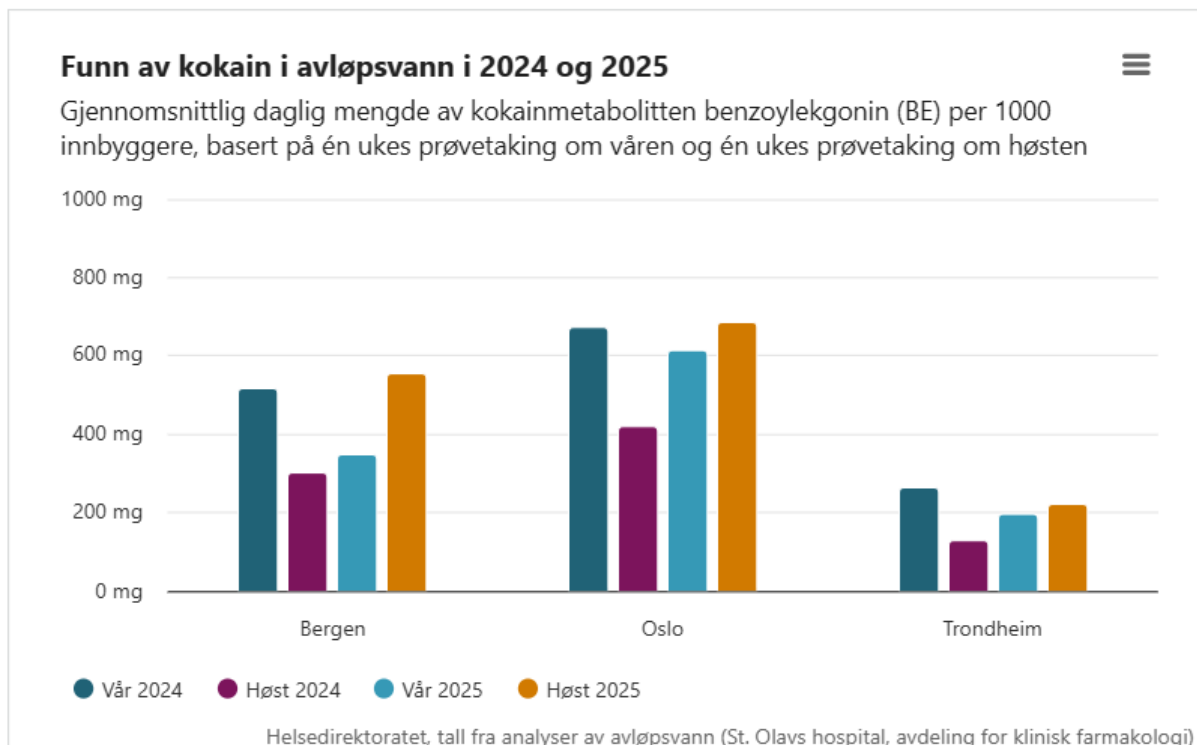
Kokain

I avløpsvannanalyser måles kokain via metabolitten benzoylekgonin (BE), som dannes når kokain brytes ned i kroppen.

Resultater fra analysene framstilles i figuren nedenfor og viser at det var ingen signifikante endringer i gjennomsnittlig mengde av kokainmetabolitten BE fra 2024 til 2025 (vår- og høstdata samlet) i noen av de tre byene.

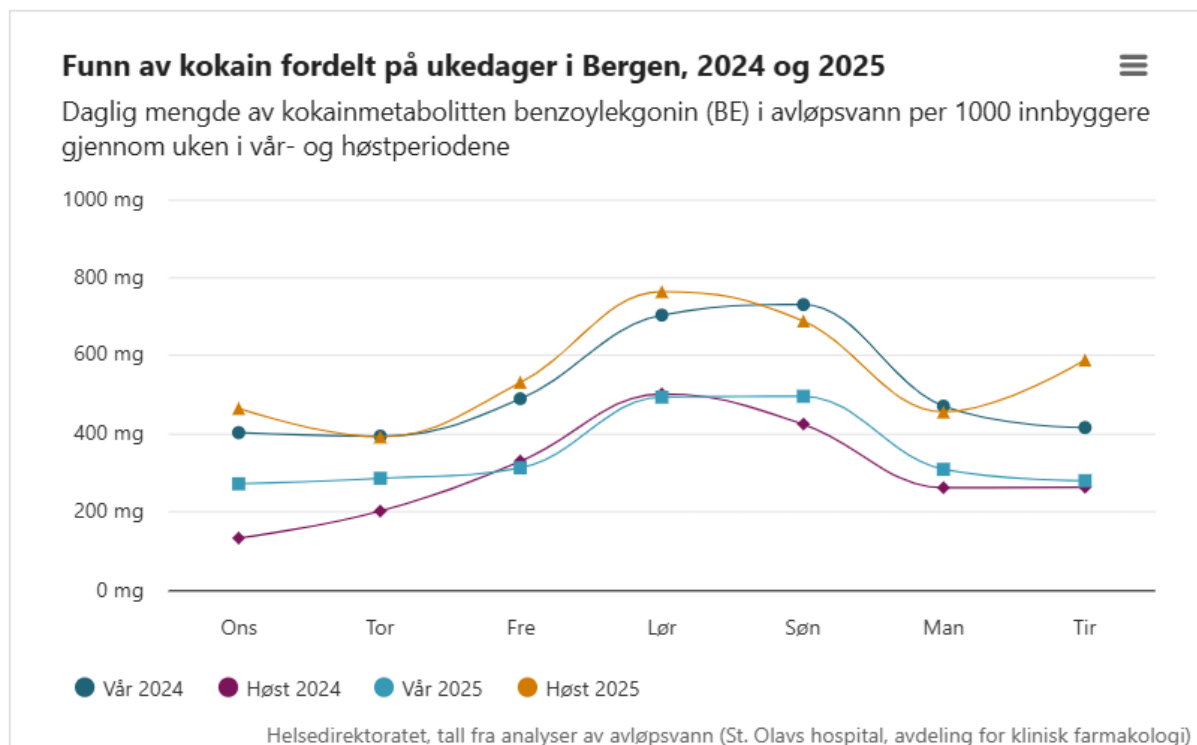
I Trondheim var mengden av BE signifikant lavere enn i Oslo og Bergen både i 2024 og 2025 (vår- og høstdata samlet).

Overordnet ble det funnet mer benzoylekgonin (BE) i Oslo enn i Bergen både i 2024 og 2025 (vår- og høstdata samlet), men forskjellen mellom byene var ikke signifikant.



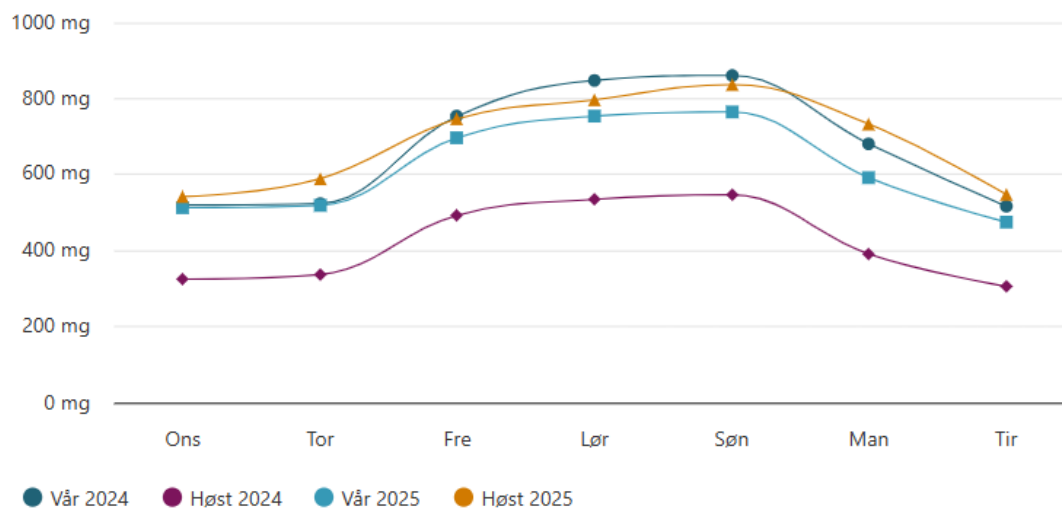
Figurene under viser daglig målt mengde kokainmetabolitt i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom prøvetakingsukene om våren og høsten.

Funn fra analysene indikerer at kokainbruk er mer utbredt i helgene sammenlignet med hverdagene.



Funn av kokain fordelt på ukedager i Oslo, 2024 og 2025

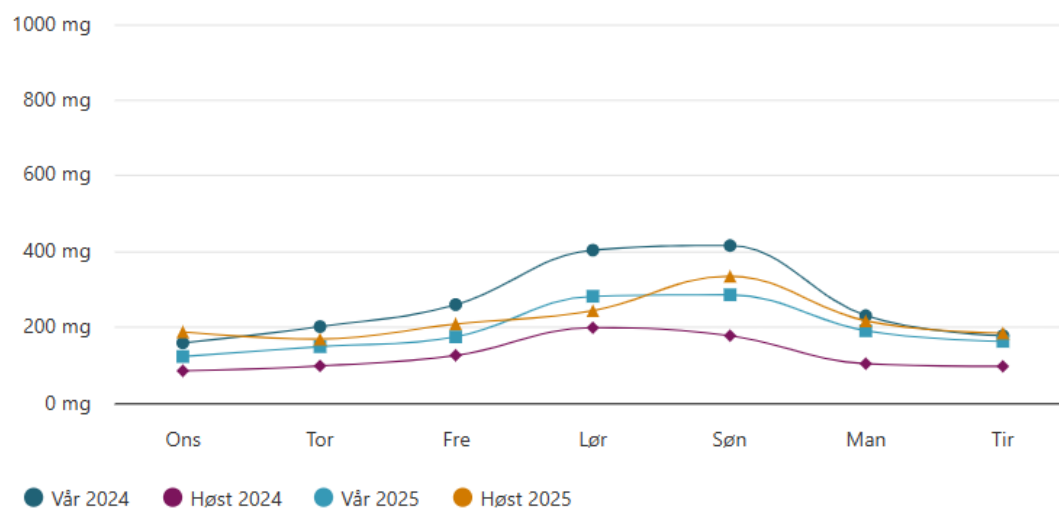
Daglig mengde av kokainmetabolitten benzoylkonin (BE) i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom uken i vår- og høstperiodene



Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

Funn av kokain fordelt på ukedager i Trondheim, 2024 og 2025

Daglig mengde av kokainmetabolitten benzoylkonin (BE) i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom uken i vår- og høstperiodene



Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

Amfetamin og metamfetamin

Amfetamin og metamfetamin er to nært beslektede sentralstimulerende stoffer. Metamfetamin er et mer potent rusmiddel enn amfetamin og dermed knyttet til et mer risikofylt bruk. I Norge er amfetamin det vi finner mest av – både i beslag, bruk og i avløpsvannsanalyser.

Amfetamin

Siden amfetamin ble oppdaget for over 100 år siden, er ulike varianter av stoffet også blitt brukt til behandling av en rekke medisinske tilstander. Amfetamin skiller i stor grad ut i uforandret form i urinen, og det er dermed denne formen (modersubstansen) som måles i avløpsvannet.

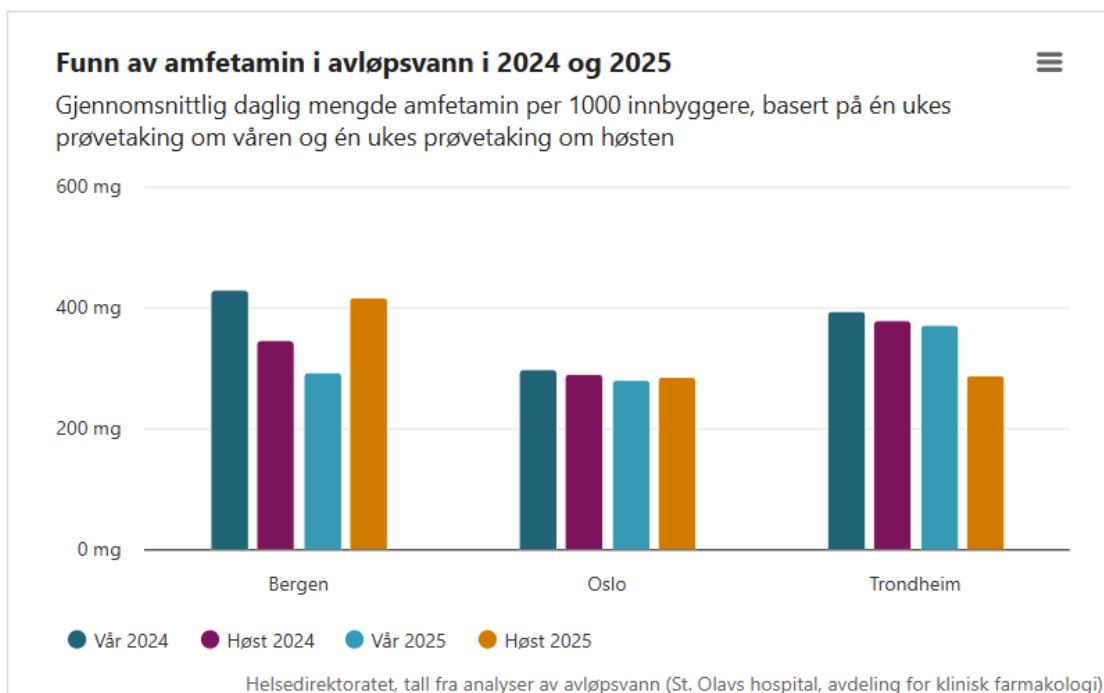
Resultater fra analysene framstilles i figuren nedenfor og viser at det i Bergen var en signifikant nedgang i mengden av amfetamin i avløpsvannet fra våren 2024 til våren 2025. Nivået økte igjen

høsten 2025. Nedgangen i amfetamin fra våren 2024 til våren 2025 sammenfalt med en økning i mengden metamfetamin målt i avløpsvannet våren 2025, se nærmere omtale av dette i avsnittet om metamfetamin senere.

I Trondheim var det en signifikant nedgang i mengden amfetamin fra 2024 til 2025 (vår- og høstdata samlet). Dette skyldes i hovedsak en signifikant nedgang høsten 2025.

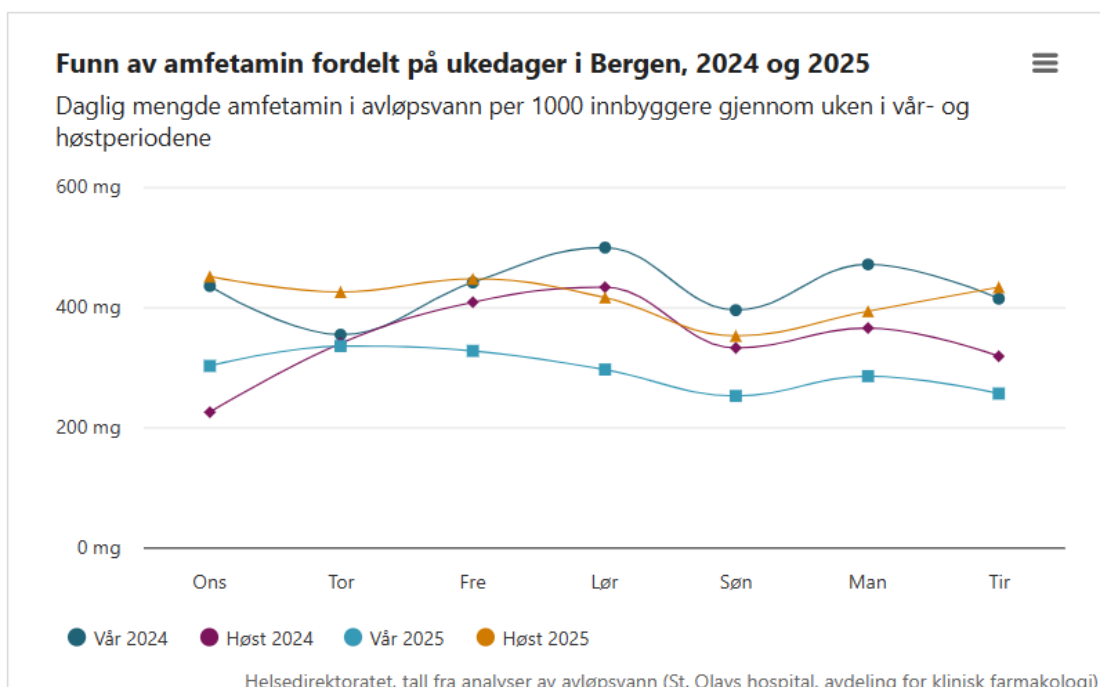
I Oslo holdt nivået av amfetamin seg relativt stabilt begge årene.

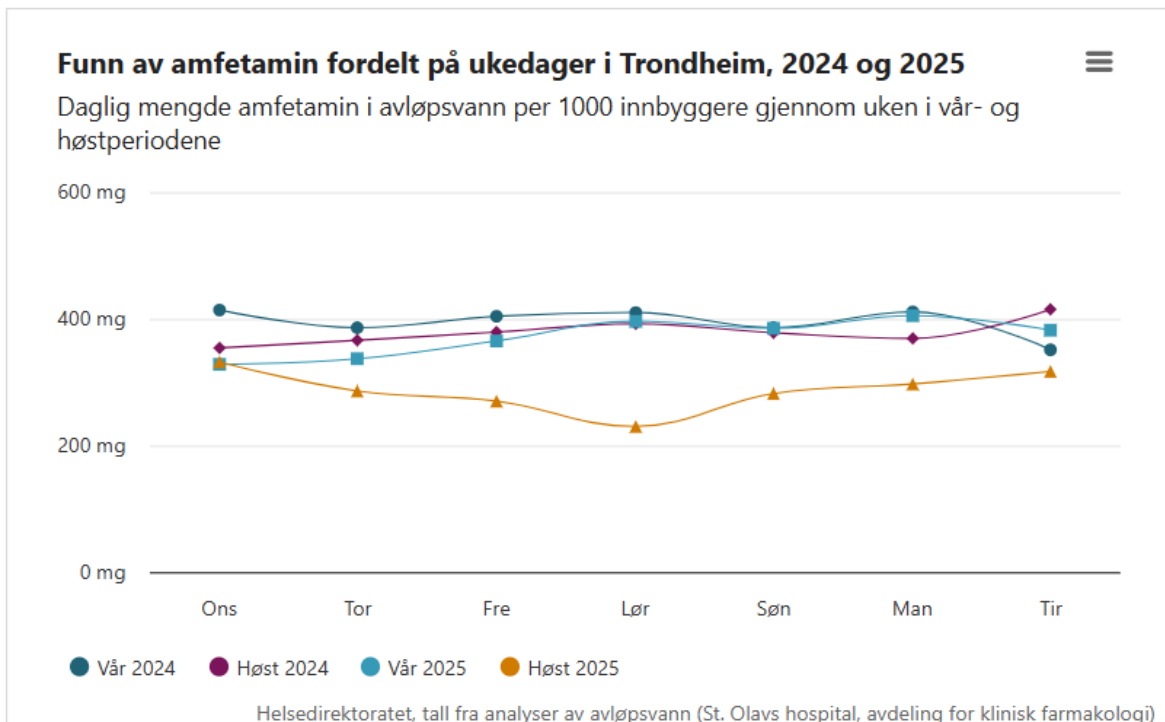
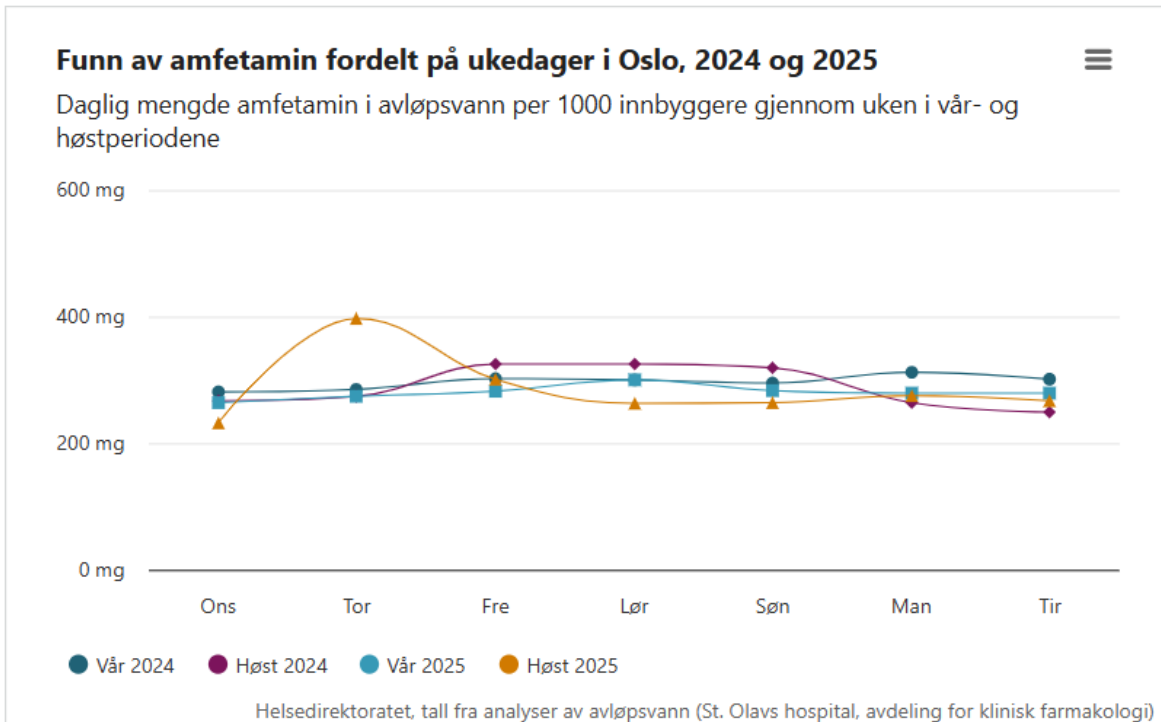
I 2024 hadde Bergen og Trondheim et signifikant høyere nivå av amfetamin i avløpsvannet sammenlignet med Oslo (vår- og høstdata samlet). Det var kun Bergen som hadde et signifikant høyere nivå enn Oslo i 2025.



Figurene under viser mengde amfetamin målt i avløpsvannet per dag gjennom de ulike prøvetakingsukene.

Det ble ikke observert noen klar forskjell mellom hverdag og helg i noen av byene.





Legalt og illegalt amfetamin

Amfetamin i avløpsvann kan komme både fra legemidler og fra illegalt produsert amfetamin. Amfetamin eksisterer i to former, dekstro-amfetamin og levo-amfetamin. Legemidler inneholder nesten bare dekstro-amfetamin, mens illegalt produsert amfetamin som oftest består av en blanding av begge formene. Vi kan foreløpig ikke tallfeste hvor stor andel av den totale amfetaminmengden som stammer fra illegal bruk, men forholdet mellom de ulike amfetaminformene gir likevel nyttig informasjon.

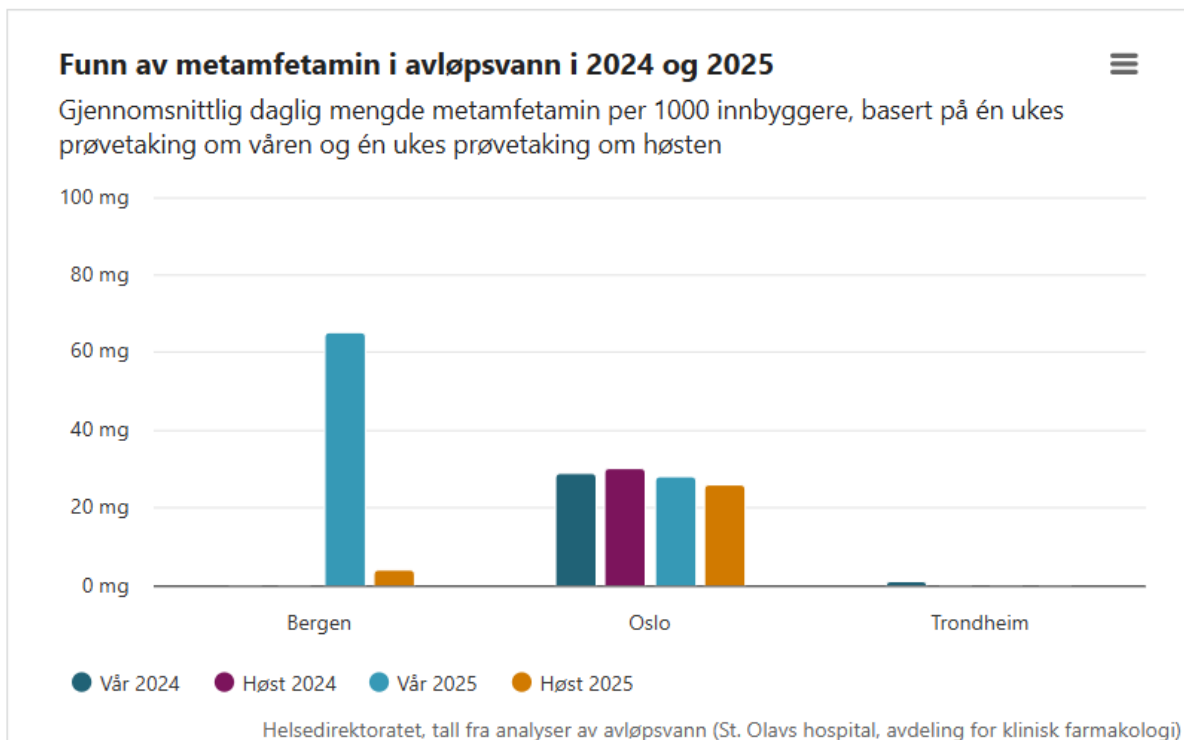
Resultatene fra høsten 2025 viste at andelen levo-amfetamin av total mengde amfetamin var gjennomsnittlig 42 % i Bergen, 43 % i Trondheim og 52 % i Oslo. Dette resultatet indikerer at amfetaminet kommer både fra legalt og illegalt bruk.

Metamfetamin

I likhet med amfetamin er det primærrusmiddelet som måles i avløpsvannet.

Resultater fra analysene framstilles i figuren* nedenfor. Der ser man en tydelig økning i nivåene av metamfetamin våren 2025 som sammenfalt med en nedgang i amfetaminfunn i Bergen samme vår, som vist i figuren over. Økningen var markant sammenlignet med både vår og høst 2024, da det var så lave nivåer av metamfetamin at det ikke kunne måles.

Funn fra analysene kan tyde på at metamfetamin i størst grad benyttes i Oslo.



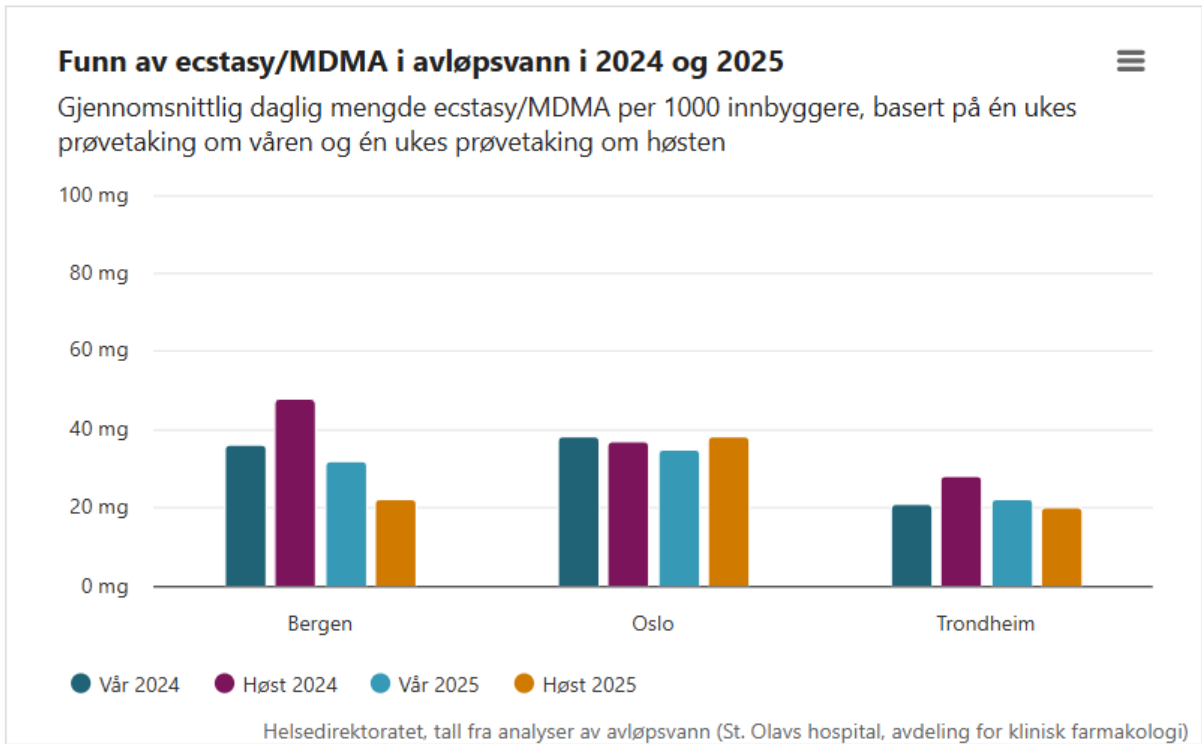
* Merk at figuren for metamfetamin har en annen y-akse enn figuren for amfetamin.

Ecstasy/MDMA

Ecstasy/MDMA er et rusmiddel som hovedsakelig skiller ut av kroppen i sin opprinnelige form. Ecstasy/MDMA påvises derfor i avløpsvann som uomdannet ecstasy/MDMA, og ikke som metabolitt.

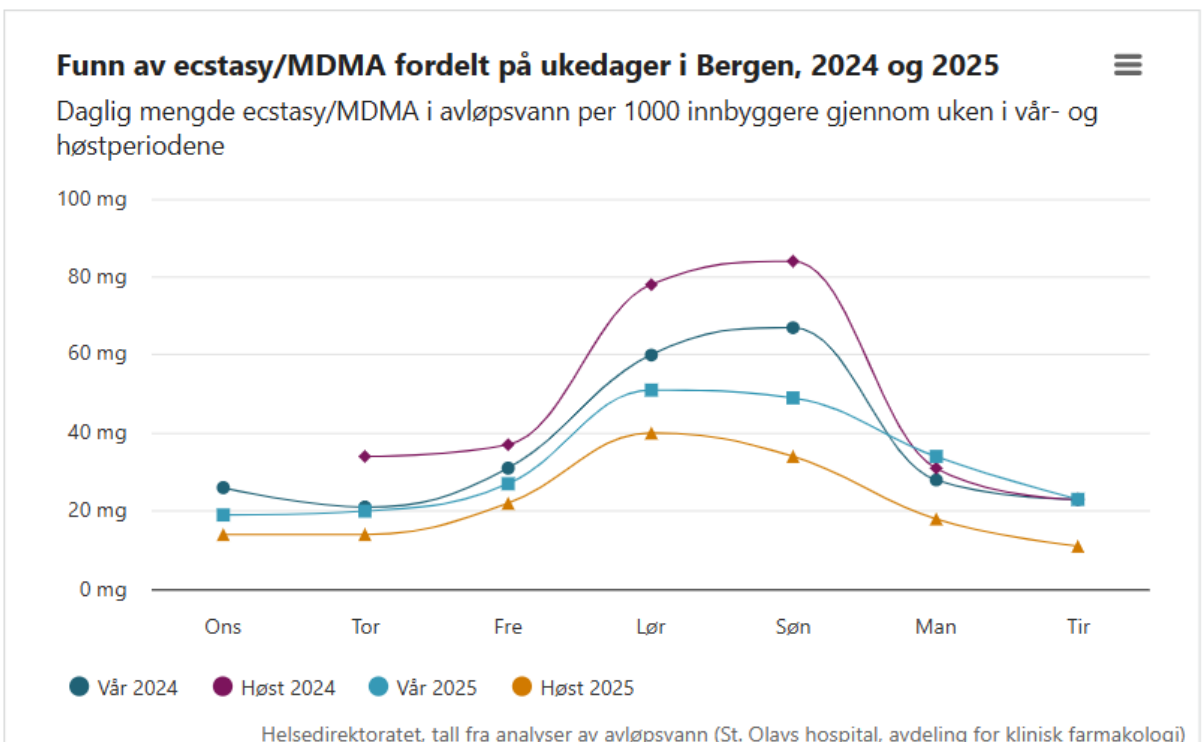
Resultater fra analysene framstilles i figuren nedenfor og viser at nivåene av ecstasy/MDMA i avløpsvann var stabil gjennom 2024 og 2025 i Oslo og Trondheim. Det var riktignok noe mer variasjon i nivåene i Bergen, men forskjellene var ikke signifikante.

I 2025 var mengden av ecstasy/MDMA i avløpsvann signifikant høyere i Oslo enn i Trondheim (vår- og høstdata samlet).



Figurene under viser mengde ecstasy/MDMA målt i avløpsvannet per dag gjennom de ulike prøvetakingsukene. Verdiene for de dagene som ikke vises, var under nedre målegrenser. Dette inkluderer én dag høsten 2024 i Bergen.

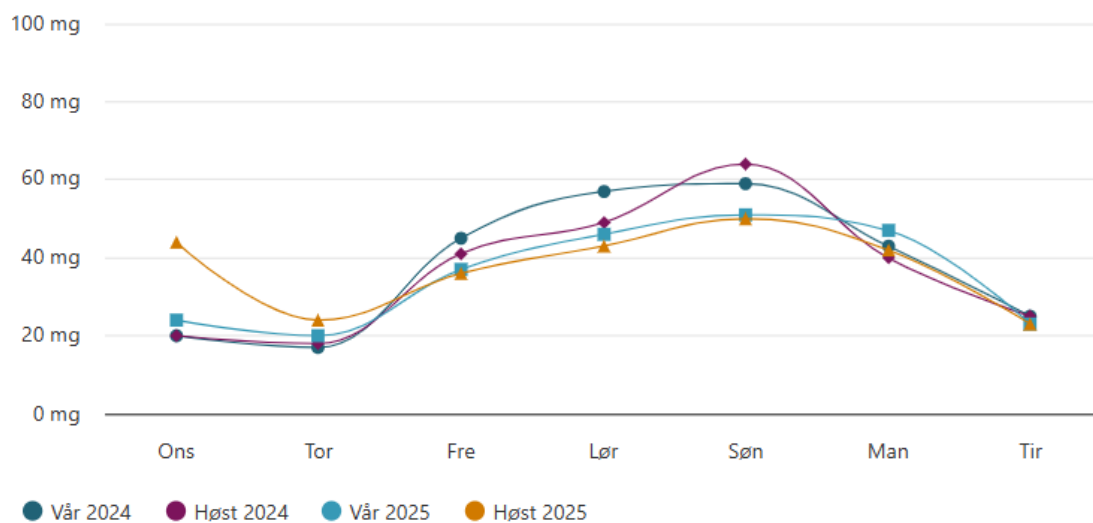
Funn fra analysene indikerer at bruk av ecstasy/MDMA er mer utbredt i helgene sammenlignet med hverdagene.



Funn av ecstasy/MDMA fordelt på ukedager i Oslo, 2024 og 2025



Daglig mengde ecstasy/MDMA i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom uken i vår- og høstperiodene

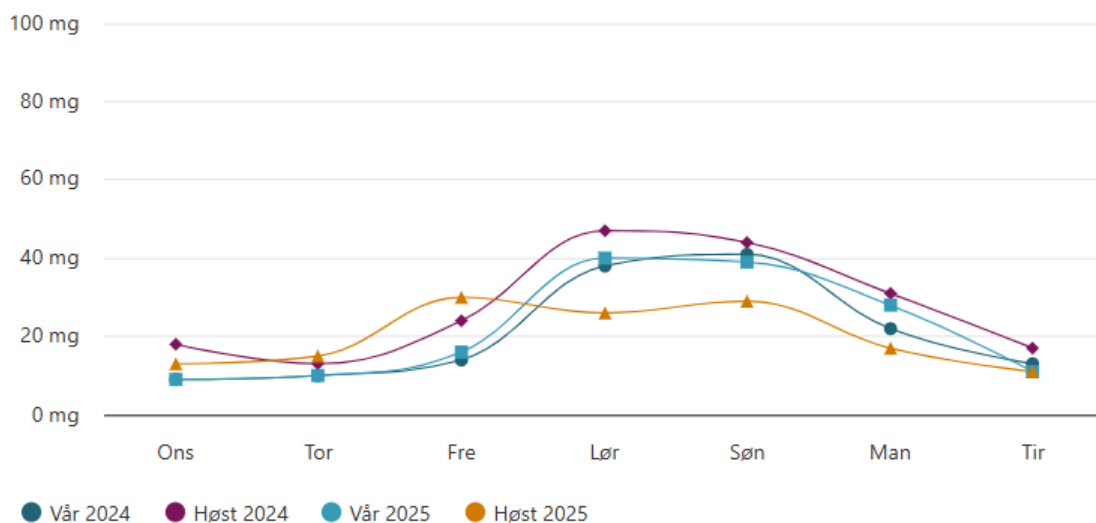


Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

Funn av ecstasy/MDMA fordelt på ukedager i Trondheim, 2024 og 2025



Daglig mengde ecstasy/MDMA i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom uken i vår- og høstperiodene



Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

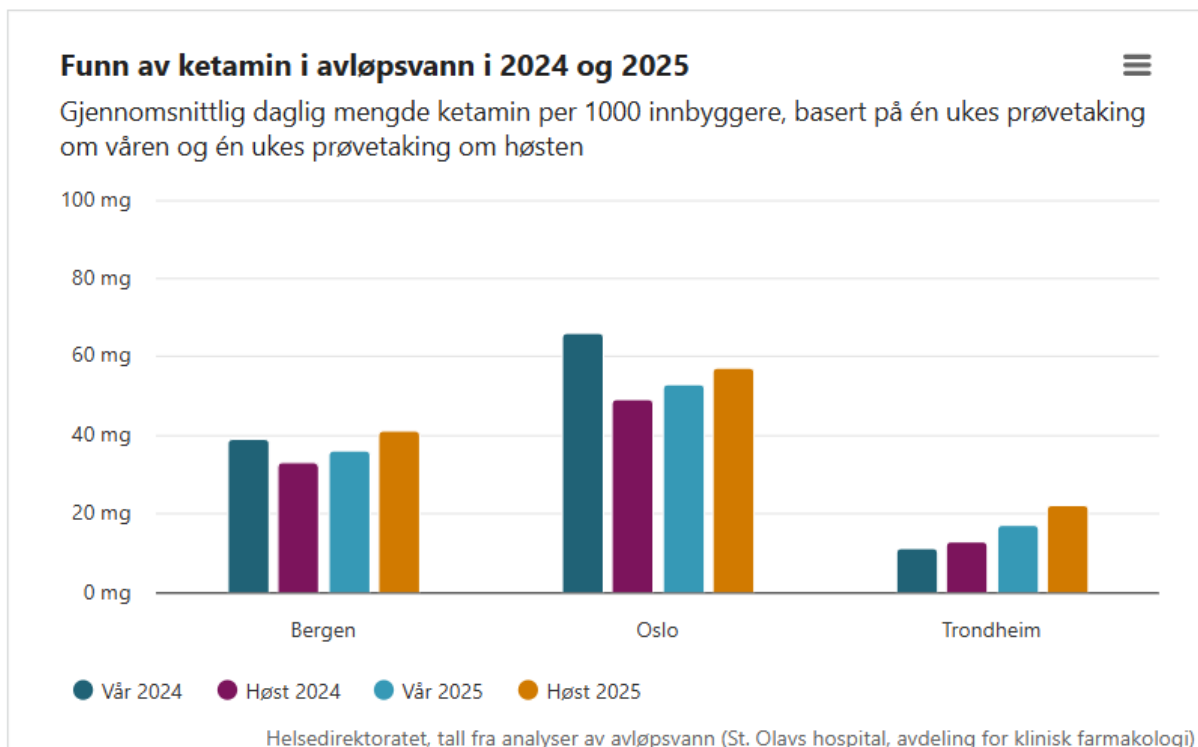
Ketamin

Ketamin har blitt brukt medisinsk i Norge siden 1960-tallet, og bruken av ketamin på ulike medisinske indikasjoner er økende. Norketamin er en hovedmetabolitt av ketamin og kan påvises i avløpsvann. Norketamin kan gi supplerende informasjon om hvordan ketamin brukes. Foreløpig er det modersubstansen, altså ketamin i uforandret form som måles i avløpsvannet.

Resultater fra analysene framstilles i figuren nedenfor og viser at det i både 2024 og 2025 var gjennomgående høyest nivå av ketamin i Oslo, etterfulgt av Bergen og Trondheim.

Nivåene av ketamin var signifikant lavere i Trondheim enn i Oslo og Bergen i 2024 (vår- og høstdata samlet). Det ble observert en signifikant økning i ketaminnivåene i Trondheim fra 2024

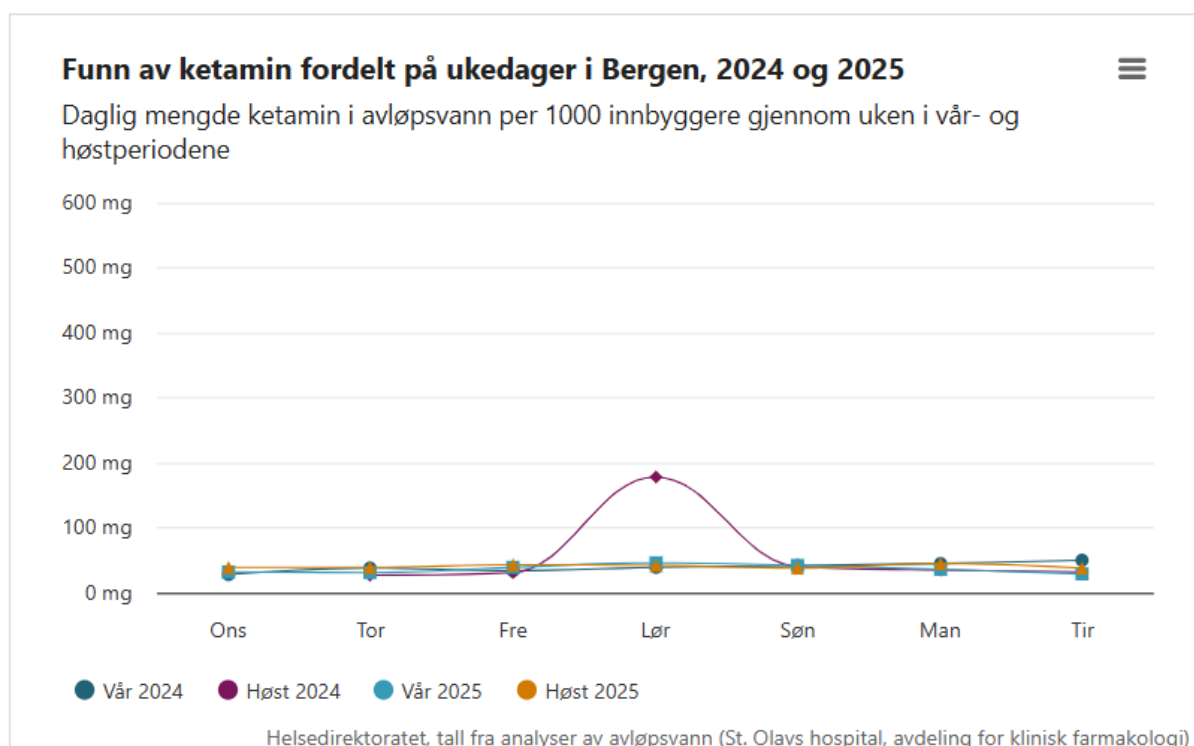
til 2025 (vår- og høstdata samlet). Til tross for økningen var det fortsatt signifikant lavere nivå i Trondheim enn i Oslo. Bergen hadde også signifikant lavere nivåer enn Oslo i 2025.



Figurene under viser daglig mengde ketamin målt i avløpsvannet per dag gjennom de ulike prøvetakingsukene.

Det ble ikke observert noen klar forskjell mellom hverdager og helger i noen av byene.

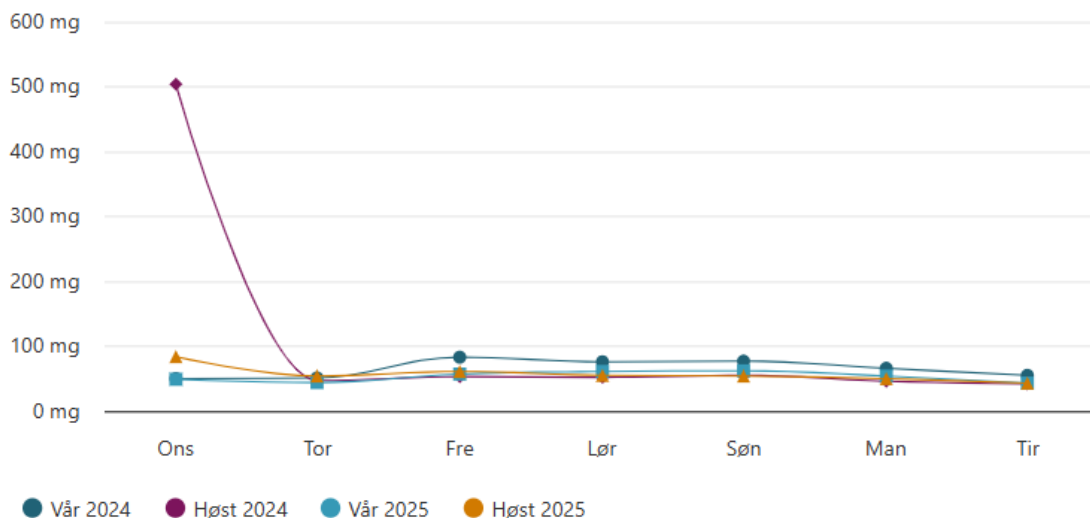
Som figuren viser, ble det høsten 2024 observert svært høye ketaminkonsentrasjoner i enkeltprøver fra Oslo og Bergen. Disse enkeltobservasjonene antas å skyldes dumping av rent stoff i avløpssystemet og ikke et uvanlig høyt forbruk i befolkningen.



Funn av ketamin fordelt på ukedager i Oslo, 2024 og 2025



Daglig mengde ketamin i avløpsvann per 1000 innbyggere gjennom uken i vår- og høstperiodene

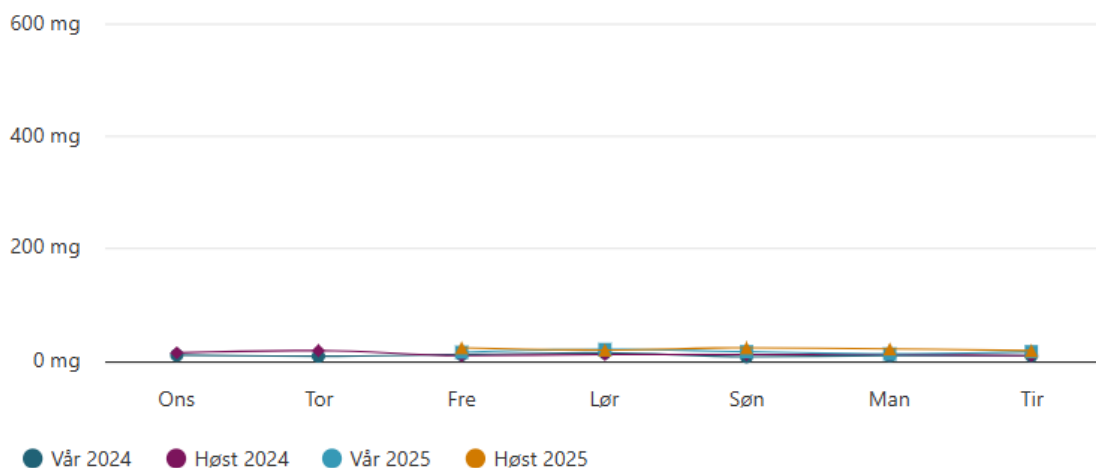


Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

Funn av ketamin fordelt på ukedager i Trondheim, 2024 og 2025



Daglig mengde ketamin i avløpsvannet per 1000 innbyggere gjennom prøvetakingsuken i de ulike prøvetaksperiodene



Ved manglende datapunkt ble ketamin ikke påvist i prøvene.

Helsedirektoratet, tall fra analyser av avløpsvann (St. Olavs hospital, avdeling for klinisk farmakologi)

8. Metode og datakilder

Rusundersøkelsen

Rus- og tobakksundersøkelsen ble etablert i 2012 og datainnsamlingen gjennomføres årlig av Statistisk sentralbyrå (SSB).

Undersøkelsen kartlegger befolkningens bruk av tobakk, nikotinprodukter, alkohol og illegale rusmidler, samt bruk av reseptbelagte legemidler og erfaringer med konsekvenser av egen og andres rusmiddelbruk.

Utvalg, gjennomføring og svarprosent

I 2025 ble det trukket et landsrepresentativt utvalg på 8 000 personer i alderen 16–79 år, fra Folkeregisteret. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 28. april til 6. juli 2025 som en mixed-mode-undersøkelse, der deltakerne enten ble intervjuet via telefon (CATI) eller besvarte en webundersøkelse (CAWI).

Av bruttoutvalget på 7 984 personer (etter 16 avganger) deltok 4 614, noe som gir en svarprosent på 57,8 prosent. Av deltakerne svarte 68 prosent via web og 32 prosent via telefon. Den viktigste årsaken til frafall var manglende kontakt, som utgjorde 26 prosent av bruttoutvalget.

I 2023 svarte omtrent halvparten av deltakerne på undersøkelsen om høsten og halvparten om våren. Dette metodebruddet kan føre til at tallene for 2023 skiller seg noe fra andre år.

Analysene i denne rapporten inkluderer bare personer mellom 16 og 64 år. Personer som er 65 år eller eldre fikk ikke spørsmål om rusmidler før i 2025, og for å kunne sammenligne tall over tid har vi derfor begrenset analysene til dem under 65 år.

Prosentandelene i rapporten er vektet etter alder, kjønn, utdanning og landsdel. Dette gjør resultatene mer representative for den norske befolkningen og gjør det lettere å sammenligne utviklingen mellom år. Vektingen tar hensyn både til forskjeller og til endringer i befolkningens sammensetning, slik at resultatene gir et mer representativt bilde av utviklingen.

Statistiske tester av utvikling over tid i cannabisbruk er justert for alder og kjønn. Det er ikke gjennomført statistiske tester for de andre resultatene.

Styrker og svakheter

Styrker ved Rus- og tobakksundersøkelsen er at den:

- er stor og landsrepresentativ
- gjennomføres årlig og dermed egner seg til trendanalyser
- dekker hele voksenbefolkningen 16–79 år (for denne rapporten har vi tatt med opp til 64 år)
- innhenter informasjon om både tobakk, nikotin, alkohol og illegale rusmidler

Samtidig har undersøkelsen noen kjente begrensninger. Som i andre befolkningsundersøkelser er det sannsynlig at tunge brukere av både alkohol og illegale rusmidler er underrepresentert, og enkelte grupper har lavere svarvillighet. Selvrapporing kan innebære både under- og overrapportering. Undersøkelsen baserer seg på et skjema som består av forhåndsdefinerte spørsmål med begrenset muligheter for å fange nye rusmidler som kommer på markedet. Se dokumentasjonsrapport (SSB) for mer informasjon om metoden og spørreskjemaet som er brukt i undersøkelsen; [Rusundersøkelsen 2025 – SSB](#)

Dødsårsaksregisteret

Selv om Dødsårsaksregisteret regnes som en sentral og pålitelig kilde til informasjon om dødelighet i Norge, finnes det viktige begrensninger som særlig gjelder rusrelaterte dødsfall. Det kan ta flere måneder før dødsårsaken fastslås i enkelte av tilfellene, noe som gjør at foreløpige tall ofte er ufullstendige og senere oppdateres. Endelige tall forekommer derfor sent året etter dødsfallene har funnet sted. I tilfeller der dødsattesten mangler detaljer, kan dødsårsaken bli klassifisert som uspesifisert eller med ukjent hensikt. Det er også utfordringer knyttet til å fastslå om en overdose var utilsiktet, tilsiktet eller av ukjent intensjon, noe som kan påvirke klassifiseringen. I tillegg oppgis det ikke alltid hvilke rusmidler som var involvert i dødsfallet, og i tilfeller med kombinasjonsbruk registreres ofte bare én substans, noe som kan føre til underrapportering.

Registeret har allikevel flere styrker. Det bygger på legeerklæringer og eventuelle obduksjonsrapporter, og benytter ICD-10 for å kode dødsårsaker, noe som sikrer standardisering og internasjonal sammenlignbarhet. Ved rusrelaterte dødsfall styrkes datagrunnlaget ytterligere av at mange slike dødsfall underlegges rettsmedisinsk obduksjon og toksikologiske analyser, noe som gir økt presisjon i fastsettelsen av dødsårsak og involverte rusmidler. Når data fra Dødsårsaksregisteret kombineres med informasjon fra andre helseregistre, som Norsk pasientregister og Legemiddelregisteret, gir det et mer helhetlig bilde av forløpet før dødsfallet og kan bidra til bedre forståelse av risikofaktorer og forebyggingsmuligheter. Slike koblinger skjer ikke automatisk, og det må godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) før man kan sette data fra ulike registre i sammenheng med hverandre.

Aldersstandardiserte rater

Befolkningsmengden og befolkningssammensetningen endres fra år til år. Hvis vi skal sammenlikne trender over tid eller se på forskjeller mellom geografiske områder, må det justeres for befolkningsstørrelse og alderssammensetning. Når vi gjør dette, kaller vi det aldersstandardiserte rater og vi får dødsfall per 100 000 innbyggere. I figur om Narkotikautløste dødsfall, vises trendlinje. Trendlinjen er estimert med lineær regresjon av Helsedirektoratet basert på data fra Dødsårsaksregisteret.

Tidligere har Dødsårsaksregisteret benyttet Eurostat sin standardpopulasjon for å lage aldersstandardiserte rater for narkotikautløste dødsfall. Nå har registeret endret til å benytte middelbefolkningen i Norge i 2024 fra Statistisk sentralbyrå som standardpopulasjon for å beregne aldersstandardiserte dødelighetsrater. Alle ratene i denne artikkelen har benyttet aldersstandardiserte rater fra middelbefolkningen i Norge. [Les mer om dette hos dødsårsaksregisteret \(fhi.no\)](#).

Andel obduserte

I 2024 ble 39 av de 342 (11,4 %) tilfellene av narkotikautløste dødsfall ikke obdusert. Det kan komme endringer i antall tilfeller som er obduserte i 2024. I 2023 var det 7,4 % som ikke ble obdusert, og i 2022 og 2021 var det 7 %. Det var høyest andel ikke-obdusert blant de med dødsårsak psykiske lidelser/avhengighet (F-koder). Totalt 26 av 29 (90 %) tilfeller i denne gruppen ble ikke obdusert i 2024.

Definisjon av dødsårsak ved narkotikautløste dødsfall

Dødsårsaksregisteret koder dødsårsakene etter ICD-10 som er Verdens helseorganisasjon sin internasjonale sykdomsklassifisering. ICD = International Classification of Diseases. Det som presenteres i denne statistikken er den underliggende dødsårsaken.

Utvalget av dødsårsaker inkludert i definisjonen til narkotikautløste dødsfall er gjort i henhold til definisjonen til Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikaavhengighet (EUDA). Definisjonen ligger blant annet til grunn for europeiske sammenligninger av narkotikautløste dødsfall i den årlige publikasjonen Europeisk narkotikarapport. [Se nærmere informasjon om definisjon i dødsårsaksregisterets statistikkbank \(fhi.no\)](#).

Datagrunnlag

Tallene som vises i denne artikkelen, er dødsfall hos personer som på dødstidspunktet var bosatt i Norge. Dødsårsaksregisteret er kilden for tallene, publisert som en artikkel 28. oktober 2025. Grunnlaget for dødsårsaksstatistikken er dødsmeldinger fra leger. Mer informasjon om registerets datagrunnlag finnes i artikkelen om [dødsårsaksregisteret \(fhi.no\)](#). Alle figurer og tabeller er utarbeidet av Helsedirektoratet.

Metode for beregning av antall sprøytebrukere

Beregningsmetoden som er brukt for å beregne tallene som framkommer i denne rapporten kalles Dødelighetsmultiplikatoren (Mortality Multiplier Method) og er utarbeidet av Ellen Amundsen i Folkehelseinstituttet. Denne metoden er en av flere metoder som [EUDA \(europa.eu\)](#) foreslår i sine retningslinjer for beregning av antall sprøytebrukere eller personer som bruker rusmidler på en risikofylt måte. Ulike land bruker forskjellige metoder, noe som gjør at beregnede tall ikke kan sammenliknes direkte. Dersom datagrunnlaget er tilstrekkelig godt og antagelsene ligger nær de faktiske forholdene, vil likevel anslagene være pålitelige. Faktorene som er brukt i beregningene i denne rapporten er:

- Oppdaterte tall fra Dødsårsaksregisteret (DÅR) om narkotikautløste dødsfall.
- Indikatorer på omfang av risikofylt bruk av psykoaktive substanser innen hver dødsårsak for narkotikautløste dødsfall, basert på et gjennomsnitt fra registerstudier i perioden 2010 til 2018.
- Omfang av injisering av psykoaktive substanser basert på en spørreundersøkelse fra 2013 på gateplan.

Dødsrater for narkotikautløste dødsfall er beregnet i samme gateplanundersøkelse. Dødsraten ble beregnet både for de som injiserte psykoaktive substanser og de som ikke injiserte slike substanser.

Hver av faktorene som inngår i beregningen av antall sprøytebrukere er beheftet med usikkerhet. Denne usikkerheten kan føre til tilsynelatende endringer fra år til år som ikke er reelle, og derfor presenterer vi 3-årig glidende gjennomsnitt for å beregne antall personer som bruker sprøyte som inntaksmetode for rusmidler i Norge for årene 2010 til 2024. Et glidende gjennomsnitt jevner ut tall som varierer mye fra år til år. Det beregnes ved å ta gjennomsnittet av flere etterfølgende år, f.eks. tre år, og flytte perioden ett år fram for hvert nytt punkt. Slik blir det lettere å se den underliggende trenden i utviklingen.

Estimert antall som presenteres her inkorporerer heller ikke nyere endringer i rusbehandling eller introduksjonen av nye psykoaktive substanser, ettersom det tilgjengelige grunnlagsmaterialet er utilstrekkelig oppdatert.

Analyser av avløpsvann

På oppdrag fra Helsedirektoratet har avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs Hospital i Trondheim samlet inn og analysert avløpsvann for spor av rusmidler fra Oslo, Bergen og Trondheim i 2024 og 2025.

Metoden for måling av rusmidler i avløpsvann innebærer å analysere avløpsvann for å identifisere og kvantifisere tilstedeværelsen av ulike rusmidler. Dette gjøres ved hjelp av avanserte kjemiske analyser, som massespektrometri, som kan oppdage selv små mengder av rusmidler og deres metabolitter. Analysene er gjennomført ved St. Olavs Hospital, avdeling for klinisk farmakologi.

Det finnes mer avanserte metoder som kan anslå hvor mye av et rusmiddel befolkningen faktisk bruker basert på data fra avløpsvannanalyser. I denne rapporten presenteres imidlertid primært mengder normalisert til befolkningen, som gir et godt grunnlag for å sammenligne nivåene av et stoff mellom byer og følge utviklingen over tid.

Avløpsvannsprøvene analysert for illegale rusmidler er hentet fra renseanleggene VEAS og Bekkelaget i Oslo, Ladehamneren og Høvringen i Trondheim og Holen og Knappen i Bergen. Prøvene representerer ikke nødvendigvis hele bybefolkningen, da avløpssystemenes geografiske område ikke alltid er helt dekkende. Selv om avløpssystemene ikke helt følger bygrensene er resultatene presentert som hhv Oslo, Bergen og Trondheim.

Analyser av rusmidler i avløpsvann har tidligere blitt gjennomført årlig i Oslo ved VEAS renseanlegg i perioden 2011–2021, den gang i regi av Norsk institutt for vannforskning (NIVA). Disse analysene ga verdifull innsikt i bruksmønstre over tid, men ble ikke videreført i 2022 og 2023. Etter to års opphold ble det i 2024 besluttet å gjenoppta analysene, og samtidig utvide omfanget til også å inkludere Bergen og Trondheim. 2024 markerer derfor et nytt nullpunkt for måling, og gir grunnlag for en mer helhetlig og geografisk bred kartlegging av rusmiddelbruk i Norge gjennom avløpsvannsanalyser.

Prøvetaking

Vannprøvene er hentet fra to renseanlegg i hver by og dekker til sammen en bakgrunnspopulasjon på 1,26 millioner innbyggere (ca. 22 % av landets befolkning). Det ble tatt analyser av avløpsvann i 7 dager vår 2024 og 2025, og 7 dager høst 2024 og 2025.

Funnene representerer et vektet gjennomsnitt fra anleggene basert på innbyggertall. At tallene er vektet betyr at man har tatt hensyn til for eksempel befolkningsgrunnlaget. På den måten får man et mer rettferdig bilde av den samlede rusmiddelbruken i hver enkelt by.

Beregningene baserer seg på estimert bosatt befolkning i avløpssonene. Faktiske befolkningsendringer gjennom døgnet eller uken (for eksempel pendlere eller besøkende) kan påvirke beregningene noe, og slike variasjoner kan være større i enkelte byer.

Det tas prøver av innløp (urenset kloakk) ved renseanlegget. En automatisk prøvetaker settes opp til å samle inn delprøver fra innløpet i en 24-timers periode. Delprøvene slås sammen til én samleprøve for døgnet. Det vil si at variasjon i løpet av døgnet ikke kommer frem i dataene. Prøvetakingen gjøres såkalt mengde-proporsjonal, som innebærer at det tas mer prøve av innløpet i perioder hvor det forventes høyere vannmengder til anlegget (eksempelvis morgen). Denne prøvetakingsprosessen gir mest representative prøver for døgnet.

Avløpsvannprøvene blir hentet ut i såkalte normaluker i mars/april og september/oktober, noe som vil si at man unngår helligdager og andre eventer som kan påvirke funnene, så langt det lar seg gjøre. Det er hentet ut en samleprøve for hvert døgn i syv dager i hver periode. Funnene er oppgitt i milligram per 1000 innbygger pr dag (mg/1000 p/dag) og er statistisk testet.

I perioder med regnvær blandes nedbør med kloakk som fortynner rusmiddelkonsentrasjonen i avløpsvannet. Metodikken som benyttes for å måle rusmidlene er likevel sensitiv nok til å måle fortynnede avløpsvannprøver (ned til 5 – 20 ng/l vannprøve avhengig av stoff).

Datoer for prøvetaking

Datagrunnlaget omfatter syv påfølgende ukedager (onsdag til tirsdag) om våren og høsten 2024 og 2025. Datoer for prøvetaking er listet nedenfor.

Datoer for prøvetaking

Sted	Vår 2024	Høst 2024	Vår 2025	Høst 2025
Oslo – Bekkelaget	17.–23. april	4.–10. september	2.–8. april	17.–23. september
Oslo – VEAS	10.–16. april	18.–24. september	2.–8. april	17.–23. september
Bergen – Holen	10.–16. april	11.–17. september	12.–18. mars	10.–16. september
Bergen – Knappen	10.–16. april	11.–17. september	12.–18. mars	10.–16. september
Trondheim – Ladehammeren	17.–23. april	11.–17. september	26. mars – 1. april	8.–14. oktober
Trondheim – Høvringen	17.–23. april	11.–17. september	26. mars – 1. april	8.–14. oktober

Analyser

Den målte konsentrasjonen av rusmiddelmarkør (mg/L) blir multiplisert med den registrerte vannmengden som nådde anlegget under prøvetaking (L/dag) for å gi en total mengde av rusmiddelmarkør per dag (mg/dag). Daglig mengde deles på innbyggertallet i avløpssonen (per 1000 innbygger). Dataene som presenteres er dermed mengden rusmiddelmarkør i kloakken per 1000 innbyggere per dag. Disse mengdene relateres til hvor mye som slippes inn til kloakken og er derfor ikke et mål på inntatt mengde rusmiddel.

Det er samlet inn prøver fra to renseanlegg i hver by. Dataene som presenteres for hver by består av et vektet gjennomsnitt fra de to anleggene, hvor vektningen er basert på innbyggertall.

Beregninger av reseptbelagt og illegal bruk av amfetamin

Amfetamin som påvises i avløpsvann kan stamme både fra reseptbelagte legemidler, brukt i behandling av for eksempel ADHD, og fra ulovlig produsert amfetamin brukt som rusmiddel. Den totale amfetaminmengden i avløpsvannet sier ikke noe om hvor stor andel som kommer fra legale eller illegale kilder.

For å skille mellom kildene ble det i 2025 gjennomført analyser som måler forholdet mellom de to formene av amfetamin, dekstroamfetamin og levoamfetamin. Dekstroamfetamin dominerer i legemidler, mens illegalt amfetamin ofte inneholder omtrent like mye av de to formene. Forholdet mellom dekstroamfetamin og levoamfetamin uttrykkes som enantiomerfaktoren (EF). EF angir hvor stor andel av den totale amfetaminmengden som består av levoamfetamin. Siden levoamfetamin i liten grad forekommer i legemidler, kan EF gi en indikasjon på hvor stor andel av amfetaminet som stammer fra illegalt produsert amfetamin i avløpsvannet.

En lav EF, nær null, indikerer at amfetaminen hovedsakelig kommer fra medisinsk bruk, mens en EF på omtrent 0,5 eller høyere kan indikere at amfetaminen stammer fra både legale og illegale kilder. Analysene gir dermed et kvantitativt grunnlag for å vurdere kilden til amfetamin i de ulike byene.

Statistiske tester

Dataene for hver by ble gruppert inn i år-samlet (totalt to år) eller prøvetakingsperiode (vår/høst for hvert år, totalt fire perioder). Forskjeller mellom gruppene ble undersøkt ved hjelp av Kruskal-Wallis test. Når testen viste signifikant forskjell ($p \leq 0,01$), ble parvise sammenligninger gjennomført med Dunn post-hoc test.

I sammenligning mellom byer ble dataene gruppert inn i år-samlet hvor datasett inneholdt både høst og vår data. Dette ble gjort av to årsaker 1) øke mengden datapunkter i hver gruppe og 2) forenkle fortolkningen.

Analysene inkluderer undersøkelsen av tidstrender i hver by, både for hele året samlet og mellom de fire ulike prøvetagningsperiodene.

Det er ikke gjennomført statistiske tester for å vurdere eventuelle ukestrender, som forskjeller mellom hverdag og helg. Årsaken er at datagrunnlaget består av for få målepunkter (observasjoner) til at slike analyser ville gitt pålitelige resultater.

Europeisk samarbeid – SCORE-nettverket

Analysene av avløpsvann i Norge sendes til SCORE (Sewage analysis CORe group Europe) nettverket. SCORE er et internasjonalt nettverk som samler forskningsmiljøer innen analyser av avløpsvann (wastewaterbased epidemiology (WBE)). Norge deltar i dette samarbeidet, som samordner årlige overvåkingskampanjer for å kartlegge bruk av illegale rusmidler basert på felles metodikk for innsamling, analyse og rapportering av data. I Norge gjennomføres det to innsamlinger av avløpsvann per år, én om våren og én om høsten.

Resultater fra analysene av avløpsvannet som samles inn hver vår publiseres sammen med data fra andre europeiske land gjennom European Union Drugs Agency (EUDA).

Resultater fra analyser av høstprøvene er nasjonalt initiert og er ikke omfattet av EUDA sin sperrefrist. Norge bidrar på den måten både til det europeiske sammenligningsgrunnlaget og til å samtidig formidle oppdaterte nasjonale funn uavhengig av måletidspunktene for EU.

SCORE-nettverket publiserer årlige avløpsvanndata fra en rekke europeiske byer, samt byer fra andre deler av verden.

Mindre avvik mellom tallene i denne rapporten og EUDAs rapport for vår 2025 kan forekomme, da beregningene er basert på ulike avgrensinger av syvdagersperioden (onsdag–tirsdag i denne rapporten og tirsdag–mandag i EUDAs rapport).

Det er også viktig å merke seg at vi i denne rapporten vurderer endringer basert på vår- og høstdata samlet for hvert år (med noen få unntak). I rapporten fra EUDA presenteres og sammenlignes derimot kun vårdata fra 2024 med vårdata fra 2025. EUDA-rapporten benytter heller ikke statistiske metoder for å vurdere om en endring er reell; de markerer endringer utelukkende dersom gjennomsnittet avviker med mer enn 10 % fra året før.

For utfyllende forklaringer angående måling og fortolkning av rusmidler i avløpsvann henvises det til EUDA [Frequently-asked questions \(FAQ\): wastewater-based epidemiology and drugs \(euda.europa.eu\)](https://euda.europa.eu).