



SERAF-RAPPORT 2010 NR 2

# HVOR MANGE DØR HVOR AV HVA?

HVA SIER POLITISTATISTIKKEN 2009?  
RAPPORT TIL KRIPOS

TORMOD BØNES OG HELGE WAAL



**POLITIET**  
KRIPOS

## Innhold

Innledning .....	3
Materialet .....	3
Obduksjoner .....	4
De ”andre” dødsfallene .....	4
Kjønnfordeling.....	5
Alder .....	5
Nasjonalitet.....	6
Når inntraff dødsfallene?.....	6
Funn av opioider .....	7
Funn av sentralstimulerende midler.....	9
Funn av benzodiazepiner .....	9
Funn av alkohol.....	10
Overdosestatistikk.....	11
Vurdering av listen over overdosedødsfall for 2009,.....	12
Forslag til rapportering fra listen.....	13
Overdosedødsfall i Norge 2009. Politistatistikken. D-seleksjon .....	14

## Innledning

Det er etablert et samarbeid mellom Kripas ved Tormod Bønes og SERAF v/ Helge Waal for gjennomgang av politiets statistikk for overdosedødsfall 2009. Siktepunktet er på den ene siden bedømmelse av rapporteringen og på den annen forslag for hvorledes statistikken bør rapporteres i fremtiden. Materialet er aidentifiserte lister for rapporteringene fra politidistriktene bearbeidet i Kripas.

## Materialet

Rapporten omfatter 250 dødsfall. Tabell 1 viser at Kripas har bedømt 184 (73,6%) som overdosedødsfall, dvs. forgiftninger forårsaket av inntak av illegale rusmidler. 66 (26,4%) er bedømt til å ha andre årsaker.

Tabell 1 Oversikt over innrapporterte dødsfall fra de ulike politidistriktene

Politidistrikt	Overdose		
	Ja	Nei	Total
Agder	4	5	9
Asker og Bærum	5	1	6
Follo	3	0	3
Gudbrandsdal	1	0	1
Haugaland Sunnhordland	1	1	2
Hedmark	2	1	3
Hordaland	9	6	15
Midtre Hålogaland	1	0	1
Nordmøre Romsdal	1	0	1
Nordre Buskerud	6	0	6
Nord Trøndelag	4	0	4
Oslo	73	43	116
Rogaland	9	0	9
Romerike	6	3	9
Salten	1	0	1
Sogn Fjordane	1	1	2
Søndre Buskerud	10	3	13
Sør-Trøndelag	5	0	5
Telemark	10	0	10
Troms	2	0	2
Vest-Finnmark	2	0	2
Vestfold	3	0	3
Vest-Oppland	8	1	9
Østfold	17	1	18
Total	184	66	250

Oslo har alene 73 (39,6%) av overdosedødsfallene. Det er også mange i distriktene rundt Oslo: Asker og Bærum, Romerike, Vest-Oppland, Søndre Buskerud, Telemark, Vestfold og Østfold; til sammen 59 dødsfall, ytterligere 32%.

Vestlandsregionen med Rogaland og Hordaland har til sammen 19 dødsfall. Det var ingen dødsfall i Helgeland, Sunnmøre og Øst-Finnmark politidistrikter.

## **Obduksjoner**

Kripos har innhentet 56 obduksjonsrapporter. Mange av de andre rapportene inneholder imidlertid svært detaljerte opplysninger om påviste stoffer. Det tilsier at ytterligere 157 av rapportene må være bygget på toksikologiske undersøkelser. Til sammen 213 (85,2%) antas derfor å ha slikt grunnlag. Denne vurderingen er imidlertid skjønnsbasert. Et minimum på 37 (14,8%) er rapportert på grunnlag av politiopplysninger alene.

## **De "andre" dødsfallene**

Tabell 2 Oversikt over antatte dødsårsaker

	Antall	Prosent
Uspesifisert "overdose"	3	1.2
Medikamentforgiftning	21	8.4
Ulykke	1	.4
Selvdrap	15	6.0
Traume	2	.8
Infeksjon	4	1.6
Diabetisk koma	1	.4
Hjertelidelse	3	1.2
"Narkotikabruk"	4	1.6
Usikkert, ukjent	3	1.2
Blodpropp	1	.4
Alkoholforgiftning	4	1.6
Blodtap	3	1.2
Kols	1	.4
Sum "ikke overdosedødsfall"	66	26.4
Overdosedødsfall	184	73.6
Total	250	100.0

Vi ser at dødsfall forårsaket av medikamentforgiftninger er den største gruppen. De vanligste kombinasjonene er benzodiazepiner og antidepressiver, ofte sammen med antihistaminer, noen ganger alkohol. I noen tilfeller er opioider involvert; i syv tilfeller kodeinholdige midler (paracetamol+kodein), i ett tilfelle dextropropoxifen, ett tilfelle morfinholdig hostesaft, ett tilfelle morfin (Dolcontin<sup>®</sup>) og i ett tilfelle fentanyl (Durogesic<sup>®</sup>). Det dominerende inntrykket av alle er at årsaken ligger i høyt inntak av legale legemidler.

En annen gruppe er ulykker, selvdrap og traumer; ulykker og traumer kan slås sammen. Når selvdrapene er utført med medikamenter, kan dette være vanskelig å skille fra overdoser. Det antas at det i alle disse tilfellene foreligger konkrete opplysninger om selvdrapss hensikt. I fire tilfelle ble det påvist kodein, i to tilfeller metadon, og i ett tilfelle hver av følgende stoffer: amfetamin/metamfetamin, fentanyl, kokain og oxycontin (opioid). Mange av tilfellene var imidlertid selvdrap med voldsomme midler. I tre tilfeller kunne det reises tvil; ett med metadon, ett med fentanyl og ett med oxycontin.

10 tilfeller hadde for usikre opplysninger til at de ble inkludert som overdosedødsfall. Tre var "Usikre/ukjente og tre var uspesifisert "overdose". Her kunne det være ønskelig med nærmere opplysninger. Det samme gjaldt 4 tilfeller hvor "narkotikabruk" var angitt som dødsårsak. Bruk er ikke noen dødsårsak, men det må antas at slike dødsfall har sammenheng med bruken slik at disse tilfellene i alle fall ville være å inkludere i begrepet "narkotikarelaterte dødsfall".

På den annen side er det også noen av tilfellene vurdert som overdosedødsfall som best hadde vært klassifisert annerledes. Dette gjelder i alle fall ett dødsfall fra Østfold hvor det er påvist svært høy promille sammen med et benzodiazepin. Dette hører under alkoholbetingete dødsfall.

## ***Kjønnsfordeling***

Tabell 3 Kjønnsfordeling

		Overdoser	Ikke overdoser	Total
Kjønn	Kvinne	40 21.7%	25 37.9%	65 26.0%
	Mann	144 78.3%	41 62.1%	185 74.0%
Total		184 100.0%	66 100.0%	250 100.0%

Tabellen viser at noe over 1/5 av overdosedødsfallene var kvinner. Andelen av de andre dødsfallene var vesentlig høyere. Dette kan ha sammenheng med at dette i stor grad var dødsfall knyttet til overforbruk av og selvmord med medikamenter. Kjønnsandelen blant de som har regelmessig bruk og avhengighet av illegale rusmidler finnes vanligvis omtrent som i overdosegruppen.

## ***Alder \****

Tabell 3. Aldersfordeling

	N	Minimum	Maksimum	Snitt
Overdoser	184	18	60	38.2
Ikke overdoser	66	23	76	47.6
Alle	250	18	76	40.6

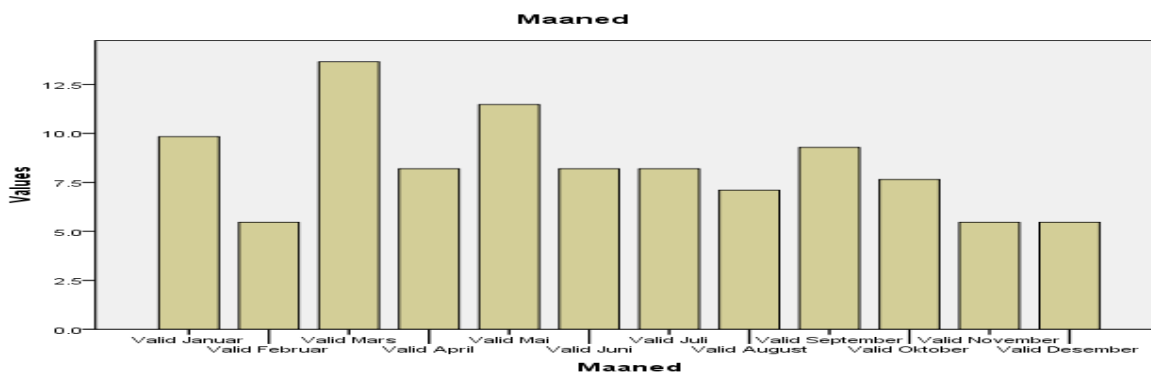
Tabell 3 viser at gjennomsnittsalderen var nesten 40 år blant de som var død i overdose og nesten 50 år blant de andre. Den yngste var 18 år og den eldste 60, altså en stor aldersspredning i den første gruppen og 23 år og 76 i den andre. 58 av overdosedødsfallene og 6 av de andre dreiet seg om personer under 30 år.

### Nasjonalitet

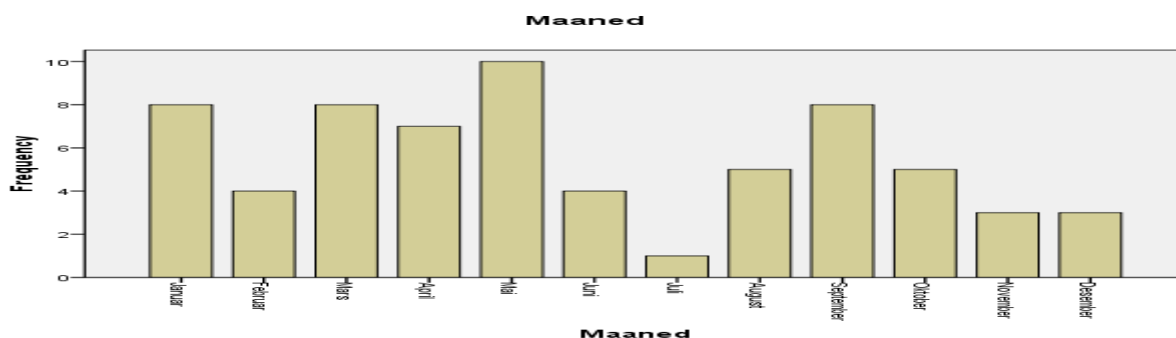
95 % av alle overdosedøde var nordmenn. Det var 3 fra de nordiske landene, 2 fra andre land i Europa, 2 fra Afrika, 1 fra Nord-Amerika og 1 fra Asia. 4 av de andre hadde utenlandsk bakgrunn, derav 3 fra Afrika.

### Når inntraff dødsfallene?

Figur. 1 Dødsfallsfordeling pr måned - Overdosedødsfall



Figur 2 Dødsfallsfordeling – ikke overdosedødsfall



Figur 1 og 2 viser at dødsfallene er nokså jevnt fordelt i alle årets 12 måneder. Januar, mars og mai peker seg noe ut i første og september i annet halvår. Det er nokså likt mønster blant

de som er obdusert og de som ikke er det. Sommermånedene har nokså lavt antall dødsfall som ikke er overdoser.

## Funn av opioider

Overdosedødsfall tilskrives ofte bruk av heroin. En del av dødsfallene stammer imidlertid fra legeforskrevet opioid. Dette kan være videresolgt slik at det blir en del av illegal omsatt opioider. Medikamentet kan være forskrevet som smertelindrende stoff, men det kan også vær forskrevet i et forsøk på avvenning eller som lindrende medikament på grunn av rusmiddelproblemer. Noen leger blir også presset til forskrivning. Illegal import kan også forekomme Det er viktig å få en oversikt over hvor stort problem dette er, men metodeproblemene er store.

Tabell 4 a. Oversikt over hvilke opioider (morfinstoffer) som er påvist. (En sak kan ha funn av flere typer).

	Overdosedødsfall – Norge		Overdosedødsfall - Oslo	
	Antall	%	Antall	%
Heroin	112	60.9	53	72.6
Morfin	52	28.3	7	9.6
Kodein	25	13.6	2	2.7
Metadon	32	17.4	13	17.8
Buprenorfin	5	2.7	2	2.7
Fentanyl	7	3.8	-	-
Andre	10	5.4	3	4.1
Ingen opioider	11	6.0	5	6.8

### 4 b: Saker med funn av bare ett morfinstoff

Bare heroin rapportert	81	44.0	46	63.0
Bare metadon	22	12.0	9	12.3
Bare buprenorfin	3	1.6	1	1,4

Et spesielt problem er at metadon eller buprenorfin fra LAR blir solgt eller gitt til andre. Den doseringen pasienter i LAR er tilvendt, vil kunne være farlig for rusmiddelbrukere som ikke har slik regelmessig tilgang og derfor har en lavere grad av tilvenning. Særlig farlig er det om medikamentet brukes av personer som ikke vanligvis bruker slike stoffer. Tabell 4 viser en oversikt over hvilke morfinstoffer som er påvist hos de avdøde.

Tabellen viser at det dominerende midlet er heroin, særlig i Oslo. Det er imidlertid et høyt antall andre opioider som er brukt slik at det ikke er enkelt å si hvilket stoff som er viktigst for dødsfallet. En betydelig andel har imidlertid bare påvist heroin, så mye som 63 % i Oslo. Dette kan avspeile at heroin er særlig tilgjengelig i Oslo mens man i andre deler av landet relativt sett bruker mer av andre opioider. Det kan imidlertid også avspeile at andelen som blir rettstoksikologiske undersøkt med avansert teknologi (LS/MS-MS) er høyere i Oslo. Heroin brytes raskt ned til morfin og det kan være vanskelig å skille mellom dette og morfin fra for eksempel Dolcontin. .

Kodein er funnet nesten hos 14 % men i liten grad i Oslo. Kodein er ikke funnet som eneste opioid. Spor av kodein kan finnes i heroin og andre illegalt kjøpte stoffer, men større mengder stammer vanligvis fra analgetika som Paralgin forte. Blandingsforgiftninger med Paralgin forte uten andre opioider er altså ikke inkludert i materialet. Fentanyl er imidlertid et vesentlig funn.

LAR-medikamentene metadon og buprenorfin er også funnet hos en god del. Buprenorfin hos nestene 3 % og metadon hos nesten hver femte, i alt hos 32 døde. Svært mange av disse har imidlertid også brukt andre morfinstoffer. Det er 22 (12,0 %) på landsbasis og 9 (12,3 %) av dødsfallene i Oslo som er uten funn av andre opioider enn metadon. Buprenorfin uten funn av andre opioider, er funnet hos 3 slik at vi må anta at dette midlet også er potensielt farlig selv om andelen er lavere enn ved metadon.

11 dødsfall har skjedd uten påvisning av noen opioider. Tabell 5 viser hvilke stoffer som er påvist i disse. Det er nesten identiske tall blant de obduserte og de andre, og dette viser at tallene stammer fra obduksjonsmaterialet. Vi ser at de vanligste stoffene er amfetamin og metamfetamin er vist hos 6 av 9. I alle disse tilfellene er det påvist både amfetamin og metamfetamin.

Tabell 5. Funn av rusmidler uten noen opioider.

	Norge	
	Antall	%
THC	3	27,3
Amfetamin	6	54.5
Metamfetamin	7	63.6
Diazepam	3	27.3
Etanol	1	9.1

Av de 3 uten funn av sentralstimulerende midler hadde 2 påvist THC og 2 GHB og 2 etanol. Alle hadde brukt diazepam. Én hadde bare THC som illegalt rusmiddel og døde nok først og fremst av alkohol og benzodiazepinbruk.



## Funn av sentralstimulerende midler

Tabell 6 viser at det var påvist amfetamin eller metamfetamin hos omtrent en fjerdedel i Oslo. Landstallene er lavere og dette avspeiler underrapportering der hvor det er ikke er gjennomført obduksjon. Kokain er lite påvist (4,5 %) og alle funnene er gjort i Oslo. Det er bare en som har påvist metylfenidat (Ritalin®). Nær to tredeler har påvisning av minst ett av midlene i Oslo. Dette gjelder nær halvdel blant alle obduserte. Her vil imidlertid laboratoriemetodene kunne gi underrapportering. Samlete er det et klart funn at det er betydelig bruk av sentralstimulerende midler, særlig metamfetamin og noe mindre ofte, amfetamin, blant de som er døde. Dødsfallene er imidlertid svært få uten at det samtidig er bruk av opioider som er den mer direkte årsaken.

Tabell 6. Funn av sentralstimulerende midler

	Alle		Oslo	
	Antall	%	Antall	%
Amfetamin	34	18.6	17	23.3
Metamfetamin	39	21.3	34	25.8
Kokain	6	3.3	6	4.5
Metylfenidat	1	.5	1	.8
Ett eller flere	54	29.5	45	61.6

## Funn av benzodiazepiner

Benzodiazepinpreparater medfører alene liten fare for dødsfall. De brukes imidlertid svært ofte som ledd i bruk av ulike opioider og ofte sammen med alkohol. Dette medfører en additiv effekt med økte dempning, både av respirasjonen og av svekket bevissthet.

Tabell 7 viser hvilke slike preparater som er påvist. Vi ser at antallet er det samme blant de obdusert som i hele materialet. Dette betyr at alle funn er gjort ved obduksjon men benzodiazepinpreparater ikke er rapportert hos de andre. I 10 tilfeller er det rapportert at pasienten har brukt ”medikamenter” og i to tilfeller pregabalin som er et antiepileptisk middel med beslektet virkning. Samlet konklusjon er at frekvensen av benzodiazepinfunn blant de som er obdusert bør antas for hele materialet. Vi ser da at 6 av 10 har brukt ett eller flere slike preparater i Oslo og noe flere i landet for øvrig.

De stoffene som er funnet oftest er diazepam, klonazepam og alprazolam i denne rekkefølgen. Flunitrazepam (Rohypnol®), Flunipam® som tidligere var svært ettertraktet, er lite brukt etter at det ble definert som A-preparat i 2003. Rohypnol ble dessuten avregistrert i 2004. Den store ulovlige innførsel av Rohypnol ble også sterkt redusert i årene som fulgte. Det er også påfallende at oxazepam er lite påvist på tross av at dette er det midlet som oftest anbefales når pasienter med rusproblemer trenger benzodiazepinpreparater. Årsaken er i første rekke at midlet skal ha lavest rusvirkning. Dette kan være en forklaring på lav andel.

”Andre” benzodiazepiner er i hovedsak nitrazepam (Mogadon<sup>®</sup>, Apodorm<sup>®</sup>). Dette ser ut til å ha en relativt omfattende bruk.

Tabell 7 Påviste benzodiazepinpreparater

	Overdosedødsfall Norge		Andre dødsfall		Overdosedødsfall Oslo	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Alprazolam	19	10.4	1	1,5	13	17.8
Diazepam	48	26.2	15	22,7	17	23.3
Flunitrazepam	4	2.2	1	1,5	0	0
Klonazepam	34	18.6	7	10,6	23	31.5
Oxazepam	4	2.2	4	6,1	3	4.1
Andre	14	7.7	8	12,2	8	11.0
Zopiklon	5	2.7	4	6,1	-	-
Zolpidem	-	-	4	6,1	-	-
Ett eller flere	95	51.6	34	51,5	44	60.3

Det viktigste funnet er at de som dør svært ofte har brukt benzodiazepiner sammen med opiat. Dette bør være en klar advarsel mot å forskrive slike midler til personer med rusmiddelproblemer. Vi ser også at diazepam er det mest brukte midlet på landsbasis og blant de dødsfallene som ikke er overdosebetinget. Men vi ser også at alprazolam og enda mer klonazepam skiller seg ut blant overdosedødsfallene, særlig i Oslo hvor andelen kromatografisk undersøkt er høyest og bruksmiljøet kan sees som mest destruktivt. ”Andre” benzodiazepiner er i hovedsak nitrazepam.

## Funn av alkohol

Tabell 8 Påvist alkohol

	Overdoser Norge		Ikke overdoser		Oslo	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Alkohol	17	9,2	8	12,1	11	15.1
Alkohol med opioider	16	9,2	0	0	11	16.2
Alkohol med benzodiazepin	12	12,6	3	8,8	7	15.9
Alkohol med sentr. stim	2	3,7	2	22,2	2	7.1
Alkohol med TH C	5	15,6	1	16,7	1	5.9

Nær 1/10 del av overdosedødsfallene har påvist alkohol, noe flere blant dødsfallene i Oslo. Tabellen viser også at det særlig er blant de overdosedødsfallene hvor det er påvist opioider og benzodiazepiner at det også påvises alkohol. Dette bekrefter antakelsen av at en betydelig andel av de som dør etter å ha tatt opioider, også har brukt benzodiazepin og alkohol. Det påvises også hyppig alkohol ved undersøkelsen av andre dødsfall, da særlig hyppig sammen med sentralstimulerende midler. Tallene er imidlertid svært små.

## Overdosestatistikk

Dødsfallsstatistikk er et relativt komplisert område. De grunnleggende begrepene er ”underliggende” dødsårsak som står for den sykdommen eller de ytre omstendighetene som startet prosessen som førte til dødsfallet. Den ”umiddelbare” dødsårsaken er den som direkte førte til det og er relativ til den underliggende. Statistikk som tar utgangspunkt i den underliggende dødssaken vil ofte være avhengig av svært godt kjennskap både til den avdøde og til den tilstanden det dreier seg om. Også da vil bedømmelsen bygge på antakelser. Bruk av narkotika vil ofte være en underliggende dødsårsak uten at den direkte årsaken er bruken.

Overdosedødsfall er et flertydig begrep. Et viktig begrep er ”over all mortality” som er den samlede mortalitet i en gruppe, i dette tilfelle rusmiddelbrukere. Dette omfatter forgiftningsdødsfall, selvmord, mord og ulykker, bruksrelaterte sykdommer som infeksjoner, livsstilsrelaterte sykdommer og psykiske sykdommer. Det er bare mulig å studere denne om man har en definitiv kohort, følger en definert gruppe i et aktuelt tidsrom.

Et annet begrep er ”drug induced deaths” – dødsfall direkte forårsaket av rusmiddelbruken. Dette omfatter forgiftningsdødsfall, selvmord, mord og ulykker når det er bruken av rusmidlet som er årsaken. EMCDDA vektlegger dette begrepet i sine rapporteringer. Norske rapporteringer til EMCDDA bruker dette begrepet og bygger på dødsårsaksstatistikken i SSB hvor det trekkes ut dødsfall med et definert sett diagnostiske koder.

Overdosedødsfallene bør avgrenses til forgiftningsdødsfall hvor illegale rusmidler er årsaken eller en vesentlig del av årsaken. Politistatistikken bygger på innrapporteringer til Kripos fra de ulike politidistriktene. Dette vil si de tilfellene politiet har fått kjennskap til gjennom meldinger om mistenkelige dødsfall eller meldinger om dødsfall blant kjente rusmiddelbrukere hvor det ikke er sykdommer som er årsaken. Dette omfatter ikke systematisk alle dødsfall etter ulykker men det omfatter i de fleste, kanskje alle dødsfall som skyldes (mulige eller sikre) selvmord eller mord. Dette vil si at politistatistikken dreier seg om overdosedødsfall i betydningen forgiftningsdødsfall. Kripos trekker derfor ut de dødsfallene hvor det er direkte opplysninger om suicidal hensikt slik det fremgår av denne rapporten. I den grad forgiftningsdødsfall ikke blir kjent for politiet, kan antallet bli for lavt. I Norge antas dette lite sannsynlig både fordi politiet har god oversikt over den populasjonen som bruker sterke illegale rusmidler og fordi politiet har godt samarbeid med helsevesenet. Det er mulig at dødsfall i grupper med liten kriminalitetsaktivitet og evt. høyere sosial status kan bli gitt andre navn eller ikke innrapportert slik som f.eks. dødsfall etter bruk av kokain hvor den direkte dødsårsaken er hjerterytmeforstyrrelse eller cerebral blødning. Det omfatter dessuten ikke de tilfeller av antatt selvmord, ulykker eller drap. Av disse årsakene kan tallene bli vesentlig lavere enn antallet narkotikaforårsakete dødsfall som i SSB-rapportene.

Tallene kan bli for høye dersom statistikken omfatter dødsfall etter uhell eller villete forgiftninger med legemidler eller alkohol hvor illegalt rusmiddelbruk ikke har vært noen sentral del av bildet. Dette kan være personer med depresjon, høyt alkoholforbruk og tilgang til medikamenter som dør enten villet eller tilfeldig etter kombinasjoner av medikamenter og alkohol. Her bør det utøves et skjønn ved innrapporteringen. Kombinasjoner av alkohol, Paralgin Forte og antidepressiver vil være en typisk kombinasjon som ikke bør inkluderes. Det samme gjelder alkohol og benzodiazepin uten bruk av illegale midler. Det kan drøftes om personen skal inkluderes om det påvises THC uten andre midler. Slike dødsfall bør neppe inkluderes siden THC verken alene eller sammen med andre stoffer har reell dødsrisiko. I den foreliggende statistikken, ser det ut til at slike forhold ikke har ført til overrapportering av mer enn ett, kanskje to dødsfall. Det er imidlertid nokså mange dødsfall hvor sikkerheten for utført toksikologisk undersøkelse er usikker.

Et grensetilfelle er der hvor en person har brukt morfinholdige legemidler som er registrert i Norge. Det som taler i mot å inkludere slike dødsfall er at et betydelig antall med kroniske smertetilstander og evt. terminale sykdommer behandles med slike midler, til dels sammen med antidepressiver. Noe utvikler alkoholproblemer og en god del tristhetstilstander og samlet kan slike tilstander føre til forgiftningshandlinger som er helt uavhengig av "narkotikaproblemene". I praksis er det vanskelig å skille dette ut uten kjennskap til personen. Viktigere er det imidlertid at heroin ikke sjelden bare påvises som morfin uten avanserte laboratoriemetoder. Det er også viktig at det er betydelig sambruk av ulike opioider i rusmiddelbrukende grupper, og det som fører til dødsfallet kan være midler som er legale når de forskrives som smertebehandling men ofte omsettes illegalt. Dette gjelder midler som morfin, fentanyl, oxycodon, hydromorphone og en del andre. I praksis er det riktigst å inkludere dødsfall med disse med mindre det er spesifikke opplysninger om smertebehandling eller terminal lidelse.

Midler som metadon og buprenorfin brukes legalt i LAR. De – særlig metadon- gir imidlertid potensielt betydelig risiko for dødsfall, spesielt om de sambrukes med benzodiazepiner. Det er viktig å registrere om det skjer slike forgiftningsdødsfall i LAR. Enda viktigere er det at det er en reell lekkasje av disse medikamentene som omsettes illegalt. Dødsfall hvor disse er involvert skal derfor være med. Unntaket er der hvor dødsårsaken ikke er forgiftningen men ulykker, infeksjoner og lignende. En del slike dødsfall innregnes imidlertid i begrepet narkotikarelaterte dødsfall, dvs. der hvor det er mulig selvmord eller mord..

### ***Vurdering av listen over overdosedødsfall for 2009,***

Listen omfatter 184 dødsfall utvalgt fra 250 innrapporterte dødsfall. Det foreligger obduksjonsrapporter fra 56, altså en femtedel av alle dødsfallene. Rapportene inneholder imidlertid opplysninger som gjør at Kripas har bedømt flertallet til å bygge på toksikologiske undersøkelser som enten kan ha foregått i et helseforetak eller i et rettsmedisinsk laboratorium. Bare det siste gir tilnærmet full sikkerhet. Det foreligger altså en reell usikkerhet. Det er imidlertid ikke gitt at SSBU som bygger på legenes innsendte dødsårsaksmeldinger er sikrere.

Det er rapport knyttet til 116 dødsfall fra Oslo politidistrikt. 73 (62,9%) av disse er vurdert som overdosedødsfall. I resten av landet er 111 (82, 8%) av 134 innrapporterte dødsfall vurdert på denne måten. Andelen hvor Kripas bygger på obduksjonsrapporter er større i Oslo og opplysningene ikke sjelden mer utfyllende. Antakelsen om toksikologisk undersøkelse

bygger i stor grad på at det er angitt spesifikt stoff som f.eks. heroin. Det er derfor mulig at den reelle andelen overdosedødsfall utenfor Oslo derfor er lavere enn det er vurdert. Det er for eksempel mulig at andelen som er tilskrevet heroin er noe for høy mens rapporteringen om andre opioider og ikke-opioide rusmidler er for lav i disse områdene. En del av opplysningen styrker en antakelse om slik skjev rapportering, men det kan også vel være at situasjonen knyttet til de ulike dødsfallene og den bruken av rusmidler som har forårsaket dødsfallet, er reelt annerledes.

Av overdosedødsfallene er det bare 11 hvor det ikke er påvist opioid. I to av disse er dødsfallet knyttet til funn av GHB som gir grunn til å ta dem med. Av de andre er det ett tilfelle hvor det bare rapporteres alkohol og diazepam (mann født i 1970 fra Østfold). Dette tilfellet er en feilrapportering og bør tas ut. I de andre er det rapportert funn av sentralstimulerende midler som begrunner inklusjon.

Listen inneholder altså bare ett tilfelle som bør strykes. Det kan i tillegg drøftes et tilfelle med dextropropoksyfen, diazepam og flunitrazepam (kvinne født i 1959 fra Østfold). Dette er et grensetilfelle som for enkelthetsskyld foreslås inkludert siden den omfatter et opioid. Det er ingen tilfeller av kodein (fra Paralgin forte) sammen med psykofarmaka og alkohol, evt. benzodiazepiner slik det vil forventes ved dødsfall som ikke er knyttet til bruk av illegale midler. Det er et tilfelle uten noen informasjon om middel brukt. Dette er imidlertid en pasient behandlet på et vel renommert sykehus hvor familien har motsatt seg obduksjon, og det må forventes at legene der har dekning for bruk av begrepet overdose.

### ***Forslag til rapportering fra listen***

Rapporteringen bør standardiseres, forslagsvis slik at den passer med en mal brukt internasjonalt. EMCDDA har to rapporteringstyper; B-seleksjon og D-seleksjon. B-seleksjon bygger på rapportering fra dødsårsaksregistrene og er derfor ikke aktuell. D-seleksjon er rapportering som bygger på spesielle registre slik som politiets innrapportering til Kripas.

D-seleksjon skal omfatte alle forgiftningsdødsfall enten dette er ulykker/uhell, selvmord eller mord når dødsfallene er forårsaket av opiater, cannabis, amfetamin/kokain, hallusinogener eller sniftestoffer. GHB er ikke direkte omtalt men bør naturlig inngå. Det er ikke avgjørende om de aktuelle stoffene er på narkotikalistene og heller ikke om de er godkjent som legemiddel.

Med denne definisjonen vil alle uten ett av dødsfallene bli inkludert slik det er beskrevet ovenfor. Dødsfallene skal deles inn i opioider alene bortsett fra metadon, metadon alene uten andre opioider, blandingsmisbruk med opioider, blandingsmisbruk uten opioider og ukjent type.

Det er hensiktsmessig om det rapporteres spesielt om funn av sentralstimulerende midler alene og sammen med opioider. Benzodiazepiner alene, inngår ikke i D-seleksjonen. Det er dessuten svært lite sannsynlig at noen dør av slike midler alene uten sammen med alkohol, antidepressiver eller andre slike midler. For politistatistikkens formål bør det avgjørende være om det er funnet midler av de typene D-seleksjonen omfatter. THC alene vil neppe gi noen dødsfall.

## Overdosedødsfall i Norge 2009. Politistatistikken. D-seleksjon

Med seleksjon D vil politistatistikken gi 183 overdosetilfeller i landet, Det var 73 overdosetilfeller i Oslo. Tabell 9 gir en oversikt over fordelingen med de kategorier det rapporteres etter.

Tabell 9. Politirapporterte overdoser i Norge. De som er rapportert fra Oslo vises særskilt. Kategoriene svarer til seleksjon D i EMCDDA-retningslinjene

	Alle N=184		Oslo N=73	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ikke overdosetilfelle	1		1	
Bare opiater, ikke metadon	147	79,9	58	79,5
Blanding med opiater	172	93,5	68	93,2
Blanding uten opiater	9	4,9	4	5,6
Ukjent type	1	0,5	1	1,4

Rapporten viser imidlertid tydelig den dominerende plassen opioider har. Nesten 95% av dødsfallene involverer opioider. Om vi trekker fra de hvor metadon er involvert, blir andelen lavere men fortsatt gjelder det 8 av 10 dødsfall. Metadon ble funnet uten at det var andre morfinstoffer i 22 av tilfellen og Buprenorfin – Subutex/Suboxone i ytterligere ett dødsfall. I 23 overdosedødsfall var altså et LAR-medikament det eneste opioid (12%). Dette går bare indirekte frem fra den foreslåtte rapporteringen. Om det ønskes særlig vekt på eller analyse av forekomsten av heroin, må det analyseres spesielt på dette slik det også er gjort i rapporten.

D-seleksjonen viser ikke involvering av alkohol eller benzodiazepinpreparater. Dette må rapporteres særskilt slik det er gjort i denne rapporten. Blandingsbegrepet omfatter alle sentralstimulerende og hallusinogene stoffer. Det samme gjelder THC og løsningsmidler og ”nyere” stoffer slik som GHB. Bruken av GHB alene og bruk av buprenorfin uten andre opioider har også klinisk og politisk interesse. Det foreslås spesifikk rapportering av dette.