
Kjønnsforskjeller i bruksmønster og helse blant intravenøse heroinmisbrukere i Oslo

KLINIKK OG FORSKNING

ANNE LINE BRETTEVILLE-JENSEN

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Dannevigsveien 10
0463 Oslo

Kjønnsforskjeller blant intravenøse heroinmisbrukere i Oslo er undersøkt med henblikk på forbruksmønster og finansieringsmåter. Funnene er knyttet til registrerte forskjeller i ulike helseindikatorer.

Artikkelen er basert på data samlet inn gjennom 1 840 intervjuer av heroinmisbrukere som oppsøkte Sprøytebussen i Oslo i perioden 1993 – 97. Analyser av materialet indikerer at det eksisterer store kjønnsforskjeller mellom aktive sprøytenarkomane. Kvinner oppgir å injisere oftere enn menn og de injiserer i gjennomsnitt mer heroin per injeksjon. Kvinner har også en annen finansieringsstruktur der blant annet prostitusjon oppgis som inntektskilde av over halvparten.

Sammenholdt med tall for ulike helseindikatorer kan det synes noe paradoksalt at kvinner har lavere risiko for å dø av overdose/forgiftning og lavere risiko for å bli smittet av hepatitt A og B enn mannlige sprøytenarkomane. De kvinnelige misbrukerne ser på den annen side ut til å ha høyere risiko for å bli HIV-smittet og for å pådra seg seksuelt overførbare sykdommer.

Injeksjonsmisbruk innebærer forhøyet risiko for sykdommer og tidlig død (1 – 4). Den økte risikoen er relatert til hva og hvor mye som brukes av rusmidler, til hvordan man inntar stoffene, til hvordan misbrukernes tilværelse er med hensyn til mat, bolig, generelt helsestell o.l. og til hvordan misbruket finansieres.

I Norge regner man med at omtrent 30 % av de misbrukende er kvinner (5, 6). Enkelte teorier vektlegger at det er forskjellige faktorer som leder kvinner og menn inn i misbruket, mens andre teorier legger de samme faktorene til grunn for hvorfor man begynner, men hevder at de har ulik betydning for kjønnene.

Det er påvist signifikante forskjeller mellom kjønnene for en rekke variabler knyttet til oppstart og til avslutning av rusmiddelavhengighet. Kvinner ser blant annet ut til å utvikle avhengighet raskere enn menn (7) og søke behandling tidligere enn menn (8). Skandinaviske studier kan tyde på at kvinner har noe bedre nytte av behandling enn menn (9).

Også som aktive misbrukere er forskjellene mellom kvinner og menn store, noe som blant annet reflekteres i ulikheter i hvilke og hvor mye rusmidler som brukes og i hvordan misbruket blir finansiert. Jeg går i denne artikkelen inn på slike kjønnsforskjeller blant injiserende heroinmisbrukere i Oslo og knytter funnene til registrerte forskjeller i ulike helseindikatorer.

Materiale og metode

Datagrunnlaget for de følgende analysene er intervjuer foretatt ved Sprøytebussen i Oslo. I Sprøytebussen deler man ut sprøyter og kondomer gratis i HIV-forebyggende hensikt. Siden juni 1993 er mellom 50 og 100 injiserende stoffmisbrukere blitt intervjuet hvert kvartal, og ved utgangen av 1997 var 1 840 intervjuer blitt gjennomført.

Det er naturlig å stille spørsmål ved representativiteten til det foreliggende utvalget i forhold til hele gruppen av injeksjonsmisbrukere. For det første kan det diskuteres hvorvidt Sprøytebussens brukere er representative for injeksjonsmisbrukere generelt og dernest hvorvidt det utvalget som er med her, er representativt for brukerne av Sprøytebussen. Representativiteten til de første 900 intervjuene er blitt diskutert i mer detalj i Bretteville-Jensen & Sutton (10), men summarisk kan man si at det er fem indikasjoner på at et forholdsvis representativt utvalg av injeksjonsmisbrukere i Oslo er kommet med:

- – Sprøytebussen delte i 1997 ut mer enn 1,5 millioner sprøyter og hadde mer enn 103 000 enkeltbesøk (11). Dette indikerer at en stor andel av misbrukerne i Oslo-området benytter seg av Sprøytebussens tjenester, da det er anslått at det finnes ca. 5 000 injeksjonsmisbrukere i Oslo (5).
- – Kjønn- og aldersfordelingen i utvalget stemmer godt overens med det som ellers er antatt for gruppen (5, 12).
- – Misbrukere med et høyfrekvent injeksjonsmisbruk vil sannsynligvis besøke Sprøytebussen oftere enn misbrukere som injiserer sjeldnere. Tyngre misbrukere var imidlertid noe mer tilbøyelig til ikke å ønske å delta i studien, slik at en overrepresentasjon av de førstnevnte trolig ikke er et stort problem.
- – Blant heroinmisbrukere er injeksjon den mest vanlige måten å bruke stoffet på, og funnene som rapporteres her, refererer seg kun til dem som oppgav at de hovedsakelig injiserte heroin.
- – Blant de 900 første intervjuene fant vi at mengden heroin som ble rapportert solgt av bruker-selgerne tilsvarte 94 % av det som brukerne rapporterte å konsumere innenfor samme tidsrom (10).

Da intervjuene er anonyme, er trolig enkelte personer blitt intervjuet mer enn 'n gang i løpet av undersøkelsesperioden. Imidlertid har vi sannsynligvis greid å unngå at samme person er blitt intervjuet flere ganger innenfor den enkelte kvartalsvise innsamling, da enten intervjuerne har gjenkjent dem som nylig er blitt intervjuet eller intervjuobjektene selv har opplyst at de har vært med på undersøkelsen for kort tid siden. To til fire intervjuere arbeidet i Sprøytebussens umiddelbare nærhet på intervjukveldene, og folk ble forespurt om deltakelse i undersøkelsen etter at de hadde besøkt Sprøytebussen. Så mange som mulig ble spurt om å delta. Men misbrukerne kom ofte i gjenger og enkelte av dem hadde det svært travelt. I tillegg var det på enkelte tidspunkter ikke ledige intervjuere. Det var derfor ikke mulig å forespørre alle som oppsøkte Sprøytebussen de kveldene intervjuene foregikk. Enkelte av de spurte ønsket dessuten ikke å delta i undersøkelsen.

Spørreskjemaet som er brukt i undersøkelsen, inneholder spørsmål om respondentenes forbruk av ulike rusmidler i måneden forut for intervjuet, om hvordan de finansierer misbruket sitt og hva de betaler for stoffene. I tillegg var det enkelte spørsmål om bakgrunnsvariabler som alder, utdanning, sprøyte debut, antall pauser i misbruket (utover eventuelle fengselsopphold) og samlet lengde på eventuelle pauser i misbruket. Vi registrerte type, mengde og bruksfrekvens av de ulike legale og illegale rusmidlene, samt inntaksmåte. Respondentene ble også bedt om å oppgi aktuelle inntektskilder, samt gi et anslag over hvor mye de enkelte kildene innbrakte i foregående måned. Den samlede månedlige "gjennomsnittsinntekten" som ble rapportert blant respondentene var 45 000 kroner.

Kjønnsforskjellene som beskrives i det følgende og i tabell 1 – 4 er blitt testet med en t-test for ulikheter mellom gjennomsnitt i uavhengige utvalg (13). I tabell 2 er forskjellene i tillegg blitt testet med en ikke-parametrisk Mann-Whitneys test (14).

Tabell 1

Kjønns- og aldersfordeling blant brukerne av Sprøytebussen i perioden 1993 – 97 i prosent, n = 1 836

Alder (år)	≤ 20	21 – 30	31 – 35	≥ 36	Alle
Antall	81	865	451	439	1 836
Menn (%)	25	58	71	77	64
Kvinner (%)	75	42	29	23	36

Tabell 2

Kjønnsforskjeller i bruksmønsteret for heroin. Antall brukerdager per måned, antall injeksjoner per dag, mengde heroin per injeksjon og månedlig gjennomsnittsforkbruk, n = 1 486 – 1 834

	• Dager per måned • n = 1 834	• Injeksjoner per dag • n = 1 811	• Mengde per injeksjon 1 • n = 1 527	• Månedlig gjennomsnittsforkbruk ¹ • n = 1 486
Kvinner	27,0	3,9	1,53	189
Menn	25,3 ²	3,6 ²	1,38 ³	162 ³
¹ 10 enheter tilsvarer ca. 1 g				
² p < 0,01				
³ p < 0,02				

Resultater

I utvalget er det ca. 36 % kvinner som oppgav at de hovedsakelig injiserte heroin. Kvinneandelen varierte imidlertid mye i ulike aldersgrupper, slik tabell 1 illustrerer.

Vi ser at kvinneandelen blant personer under 21 år er på ca. 75 %, mens den tilsvarende andelen er falt til 23 % for gruppen over 36 år.

Gjennomsnittsalderen blant de intervjuede var 30,7 år (28,5 for kvinner og 31,8 for menn), den yngste var 16 år og den eldste 54 år på intervjuetidspunktet.

Gjennomsnittlig debutalder for sprøytebruk blant respondentene var 18,2 år (17,2 år for kvinner og 18,7 år for menn, p < 0,01). Kvinnene i utvalget hadde i gjennomsnitt signifikant mindre utdanning utover grunnskolen enn menn (1,7 år for kvinner og 2,1 år for menn), mens gjennomsnittlig antall pauser i injeksjonsbruken (tre pauser) og gjennomsnittlig total lengde på pausene (22,8 måneder) ikke varierte signifikant mellom kjønnene.

Blant de injiserende heroinmisbrukerne finner vi signifikante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder hyppigheten i bruken og i mengden heroin som settes i hver injeksjon. Kvinner oppgir både å injisere heroin flere dager per måned, injisere flere ganger per brukerdag og de bruker større doser heroin enn menn per injeksjon (tab 2) (15).

Dataene bekrefter at blandingsmisbruk er svært utbredt blant injiserende heroinmisbrukere. Kun 4,6 % av de intervjuede oppgir å ha inntatt kun heroin i foregående måned, og nesten 30 % rapporterer å ha brukt både hasj, alkohol og piller i tillegg til heroin. Resultatene viser at kvinner rapporterer signifikant mer bruk av piller (hovedsakelig Rohypnol og andre benzodiazepiner), mens menn oppgir et større forbruk av alkohol og cannabis.

De to kolonnene til høyre i tabell 3 viser brukernes gjennomsnittlige antall brukerdager per måned. I tillegg til at flere menn enn kvinner oppgir å ha brukt alkohol og hasj i foregående måned, ser vi av tabellen at menn i gjennomsnitt også har flere brukerdager. Flere kvinner oppgir å ha brukt piller den siste

måneden, men her har vi dessverre ingen opplysning om frekvensen i bruken. Dataene viser imidlertid at forrige døgn som misbrukerne brukte piller, brukte kvinner i gjennomsnitt flere piller enn menn (6,8 i gjennomsnitt per dag for kvinner, mot 5,2 i gjennomsnitt for menn). Rohypnol er det medikamentet flest inntok forrige gang de brukte tablett. Forskjellene mellom kjønnene er signifikante ($p < 0,02$). Kvinners høyere forbruk av heroin og Rohypnol og lavere forbruk av alkohol samstemmer helt med det som er funnet i postmortale blodkonsentrasjoner ved narkotikadødsfall i Norge (16).

Tabell 3

Bruken av andre rusmidler i tillegg til heroin i foregående måned, n = ca. 1 800

	Andel (%) som har brukt rusmidlet siste måned		Antall bruker- dager i forrige måned ¹	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alkohol	45	55 ²	7,3	10 ²
Hasj	71	79 ²	8,7	12 ²
Piller	74	66 ²	-	-
Kokain	8,4	7,0	2,5	3,5
LSD	2,4	2,5	2,1	2,9
Ecstasy	2,6	3,6	2,4	2,7
¹ Gjennomsnittlig antall brukerdager blant dem som oppgir å ha brukt de enkelte stoffene				
² $P < 0,02$				

Bruken av stoffene kokain, LSD og ecstasy er forholdsvis liten blant de intervjuede. Av disse stoffene er kokain det klart mest utbredte. Blant kvinnene er det 8,4 % som oppgav å ha brukt stoffet i løpet av foregående måned, mot 7,0 % av menn. Som tabell 3 viser rapporterte brukerne å ha brukt disse stoffene sjeldnere enn 'n dag i uken i gjennomsnitt.

Ser vi på hvordan misbrukerne finansierer stoffbruken, finner vi store forskjeller mellom kjønnene. Kvinner rapporterer langt oftere å ha inntekter fra prostitusjon, mens menn i større grad finansierer misbruket gjennom vinningskriminalitet (tabell 4). For begge kjønn er stoffsalg en viktig inntektskilde.

Tabell 4

Andelen som rapporterer ulike finansieringskilder fordelt på kjønn, n = 1 816

Finansieringskilder	Kvinner (%)	Menn (%)
Arbeid	6	161
Sosialhjelp/trygd	88	85

Finansieringskilder	Kvinner (%)	Menn (%)
Vinningskriminalitet	19	361
Stoffsalg	43	511
Prostitusjon	53	31
Annet	11	151
1 p < 0,02		

Diskusjon

Helseskadelig atferd blant sprøytenarkomane relaterer seg til hva og hvor mye som brukes av rusmidler, hvordan de inntar stoffene og hvordan de finansierer misbruket sitt. Overdødeligheten blant misbrukere er stor, og de vanligste dødsårsakene blant norske intravenøse stoffmisbrukere er narkotikadødsfall, selvmord og ulykke/drap (1, 2). Det synes naturlig å anta at narkotikadødsfall henger sammen med mengden heroin som er inntatt og kombinasjonen av heroin og andre rusmidler. Tabell 2 viser at kvinner oppgir å bruke mer heroin i gjennomsnitt enn menn. Dessuten oppgir flere å ha brukt piller i forrige måned, og gjennomsnittlig antall piller er høyere for kvinner enn for menn. Rohypnol er det medikamentet som oftest misbrukes blant denne gruppen, og økt kombinasjonsbruk av heroin og Rohypnol har vært 'n hypotese til forklaring av den økningen i narkotikadødsfall man har vært vitne til det siste tiåret. Likevel dør kvinner i mindre grad enn menn av overdoser. Tall fra Statistisk sentralbyrå og Kripas viser at siden 1990 har den gjennomsnittlige kvinneandelen relatert til narkotikadødsfallene vært på 19,8 %. Med en antatt kvinneandel på ca. 30 % tilsier dette at kvinner i mindre grad enn menn er utsatt for narkotikadødsfall.

Hva kan forklare den lavere dødeligheten blant kvinnelige intravenøse stoffmisbrukere? Har kvinner andre strategier ved injisering enn menn? Sjansen for å overleve en overdose/forgiftning er for eksempel betraktelig større dersom man ikke injiserer alene. Vi har ikke tall for dette for norske forhold, men en studie blant injeksjonsmisbrukere fra Sydney, Australia, viser at mens bare 36 % av kvinnene oppgav at de injiserte alene, oppgav 49 % av mennene det samme (17). Analyser foretatt ved Statens rettsstoksikologiske institutt viser dessuten at det er en økning i andelen narkotikadødsfall der man finner alkohol i blodet til de avdøde (16). Dette gjelder menn, og som tabell 3 viser, oppgir også langt flere menn enn kvinner bruk av alkohol i foregående måned. Menn oppgir også større forbruk av cannabis. Det kan med andre ord synes som kombinasjonen av heroin og alkohol/hasj er mer risikopreget enn det man tidligere har antatt. Dersom dødelighetsrisikoen øker med alder og misbrukslengde, kan imidlertid den relativt lave kvinneandelen blant eldre misbrukere, slik tabell 1 illustrerer, bidra til å forklare forskjellene.

Injeksjonsmisbruk øker risikoen for sykdommer som hepatitt A, B og C. Man skulle anta at risikoen for denne type sykdommer, som i hovedsak smitter via sprøytedeling, var mer utbredt blant kvinnelige enn mannlige sprøytenarkomane, med tanke på at kvinner injiserer oftere. Opplysninger fra Statens institutt for folkehelse tyder på at dette ikke er tilfellet. Det er registrert en ny oppblomstring av både hepatitt A og B de siste årene (hepatitt C blir ikke innrapportert på tilsvarende måte, men også her antar man at det har vært en økning i 1990-årene). Men av de 695 sprøytemisbrukerne som ble smittet med hepatitt A i perioden 1996 – 98 var 155 kvinner (22 %). Blant dem som i perioden 1.1. 1992 – 1.4. 1999 ble smittet med hepatitt B, var kvinneandelen på 25 % (tilsvarende 183 av 729 personer). Tallene tyder med andre ord på at kvinner har en lavere risiko for hepatittsmitte, til tross for høyere frekvens av sprøytebruk. Årsaken til fenomenet er ikke kjent, men tallene indikerer at kvinner kan ha andre strategier for sprøytedeling enn menn.

Når det gjelder en helseindikator som HIV-smitte, viser tall fra Folkehelsa at kvinnelige misbrukere er mer utsatt enn mannlige. Frem til og med 1998 var 400 sprøytenarkomane HIV-smittet, og blant disse var det 165 kvinner. Det tilsvarer en andel på 41 %. Ved samleie har kvinner generelt større risiko for smitte enn menn, og mange av de nysmittede kvinnene oppgav at de lever i parforhold med en person som er HIV-smittet (Ø. Nilsen, Folkehelsa, personlig meddelelse). Sprøytedeling er i tillegg en mulig smittekilde for HIV.

Kvinnens og menns ulike måter å finansiere misbruket på vil også kunne medføre ulikheter i sykdomsrisiko. Sosialhjelp/trygd er den inntektskilden som er hyppigst rapportert, men dette utgjør likevel bare en mindre andel av den totale inntekten for misbrukerne. En tidligere gjennomgang av deler av materialet (10) viste at sosialhjelp/trygd bare stod for rundt 7 % av samlet inntekt. Stoffsalg var klart det som bidro mest (42 %), fulgt av vinningskriminalitet og prostitusjon med henholdsvis 23 % og 21 %. Respondentene oppgav at arbeid bidro med i overkant av 3 % og ”annet”, som kunne være arv, gaver, tigging o.l., også var i samme størrelsesorden.

Tabell 4 viser at mer enn halvparten av kvinnene som er intervjuet, oppgav at de helt eller delvis finansierte misbruket med prostitusjon i måneden forut for intervjuet. Seksuelt overførbare sykdommer er generelt et stort helseproblem blant disse. Vi har fått tilgang til data fra Sprøytebussens egne brukerundersøkelser utført i 1994 og i 1997. Disse dataene viser at 65 % av de prostituerte rapporterte å ha hatt kjønnssykdom (n = 145), mens tilsvarende andel var 48 % blant dem som oppgav at de ikke prostituerte seg. 19 % var blitt behandlet for kjønnssykdommer i løpet av de siste tre årene. Chlamydia var det som hyppigst ble rapportert blant de prostituerte (54 %), fulgt av gonoré (17 %).

Også andre sykdommer kan knyttes til injeksjonsmisbruket. Depresjon, angst og andre psykiske lidelser er hyppig rapportert blant misbrukerne (3). For enkelte kan slike lidelser være medvirkende til at de begynner med stoff, men de kan også være et resultat av et omfattende stoffmisbruk. Kvinnelige stoffmisbrukere rapporterer noe oftere depresjon, angst og selvmordsforsøk (3, 4) enn mannlige misbrukere. I studien til Lauritzen og medarbeidere (3) rapporterer menn signifikant større problemer med voldelig atferd.

Konklusjon

Dataene presentert i denne artikkelen tyder på at norske kvinnelige sprøytenarkomane injiserer oftere enn menn og at de injiserer mer heroin per injeksjon. Årsakene til dette kan være biologiske (kvinner trenger kan hende mer heroin enn menn for å oppnå samme rusnivå) eller sosiale (kvinner kan for eksempel ha mer å "medisinere" bort – de kan være mer stigmatisert, ha større psykiske belastninger, flere problemer i forhold til barn, partnere eller foreldre osv.). Uansett årsak ser ikke den høyere injeksjonsfrekvensen og det større forbruket ut til å resultere i en høyere risiko for narkotikadødsfall eller sykdommer som vanligvis smitter via sprøytedeling (hepatitt A eller B). Derimot har kvinnelige sprøytenarkomane økt risiko for HIV og seksuelt overførbare sykdommer.

LITTERATUR

1. Eskild A, Magnus P, Samuelsen SO, Sohlberg C, Kittelsen P. Dødeligheten og dødsårsaker blant intravenøse stoffmisbrukere i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1331 – 3.
2. Rossow I, Kielland KB. Dødeligheten blant stoffmisbrukere i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1050 – 4.
3. Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift* 1997; 14: 43 – 63.
4. Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction* 1999; 94: 209 – 19.
5. Bretteville-Jensen AL, Ødegård E. Injeksjonsmisbrukere i Norge. Rapport nr. 4/99. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1999.
6. Skog O-J. Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Rapport nr. 1/90, Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1990.
7. Anglin D, Hser Y, McGothlin W. Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987; 13: 59 – 71.
8. Hser Y, Anglin D, Booth M. Sex differences in addict careers. 3. *Addiction. Am J Drug Alcohol Abuse* 1987; 13: 231 – 51.
9. Ravndal E. Virker behandling? Stockholm: Nordnark., 1993.
10. Bretteville-Jensen AL, Sutton M. The income-generating behaviour of injecting drug-users in Oslo. *Addiction* 1996; 91: 63 – 79.

11. Årsrapport for AIDS-INFO-bussen 1997. Oslo: Olafiaklinikken, Ullevål sykehus, 1998.
 12. Skretting A, Ervik R, Øie KE. AIDS-informasjonsbussen i Oslo. En intervju-undersøkelse av brukerne. Rapport nr. 2/93. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1993.
 13. Bhattacharyya GK, Johnson RA. Statistical concepts and methods. New York: John Wiley, 1977.
 14. Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric statistics for behaviour sciences. 2. utg. New York: McGraw-Hill, 1988.
 15. Bretteville-Jensen AL. Gender, heroin consumption and economic behaviour. Health Economics 1999; 8: 378 – 89.
 16. Teige B. Narkotikadødsfall – epidemiologi. Rettsmedisin 1998; nr. 3: 63 – 5.
 17. Dwyer R, Richardson D, Ross MW, Wodak A, Miller ME, Gold JA. Comparison of HIV risk between women and men who inject drugs. AIDS Education and Prevention 1994; 6: 379 – 89.
-

Publisert: 30. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.