

Hasjbruk hos unge voksne

Sammendrag

Bakgrunn. Selv lavfrekvent bruk av cannabis kan sannsynligvis gi økt risiko for alvorlige sinnslidelser, blant annet schizofreni. I Norge har man hatt begrenset kunnskap om cannabisbruken, særlig i den voksne befolkningen.

Materiale og metode. Et representativt utvalg unge kvinner og menn har, fra de var i tenårene i 1992 til de var blitt unge voksne i 2005, ved fire anledninger besvart et spørreskjema om bruk av cannabis. De ble også spurt om foreldrenes utdanning og sosiale klasse, om egen utdanning og posisjon på arbeidsmarkedet, om de har mottatt sosialhjelp eller trygd og om inntekt. I tillegg er ulike mål på samliv og familieetablering undersøkt.

Resultater. Ved 15–16 års alder var det under 10 % som hadde erfaringer med bruk av cannabis, men en god del debuterte med stoffet gjennom siste del av tenårene og også opp gjennom 20-årene. Da de var i utgangen av 20-årene, var det 40 % av mennene og 29 % av kvinnene som en eller annen gang hadde brukt cannabis, og 18 % av mennene og 8 % av kvinnene hadde brukt cannabis siste år (begge forskjeller mellom kjønn $p < 0,0001$). I tenårene var det ikke signifikante forskjeller mellom kjønnene når det gjelder cannabisbruk. Bruk i tenårene var ikke forbundet med sosial marginalitet og lav sosial klasse hos foreldrene, men i løpet av 20-årene ble cannabisbrukerne i økende grad unge, enslige menn med avbrutt utdanning som sto utenfor arbeidsmarkedet.

Fortolkning. Bruken av hasj har festet seg i et nokså stort omfang i grupper av unge voksne. Særlig er den utbredt i marginale og sårbare grupper av menn. Det kan tenkes at den utbredte cannabisbruken vil kunne ha konsekvenser for forekomsten av alvorlige sinnslidelser.

Willy Pedersen

willy.pedersen@sosiologi.uio.no
 Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1096 Blindern
 0317 Oslo

De siste årene er det publisert en serie nye, longitudinelle, populasjonsbaserte studier som tyder på selv lavfrekvent bruk av cannabis kan gi økt risiko for psykose og schizofreni, også kontrollert for andre risikofaktorer. Den hittil grundigste oversikten ble nylig publisert i *The Lancet* (1). I gjennomsnitt var det 40 % økt risiko (oddsratio 1,4) for psykose etter bruk av cannabis noen ganger. Ved mer omfattende bruk økte oddsratioen til 2,1. I Norge har det vært liten oppmerksomhet rundt disse funnene.

Cannabis ble introdusert i Vesten i 1960-årene. I introduksjonsfasen var bruk av stoffet assosiert med hippietid, politisk aktivisme og gjennombrudd av nye musikkformer som pop og rock. Det var en økning i bruken i europeiske land i 1990-årene, en økning som kanskje er bremsset opp de siste årene (2). Også i Norge var det en kraftig økning i bruken det siste tiåret av det 20. århundre (3). Vi har imidlertid forholdsvis få studier om cannabisbruk i den voksne befolkningen og vet lite om kjennetegn ved de voksne brukerne. Best data har vi hatt om aldersklassen 15–20 år, fra de årlige surveyundersøkelsene til SIRUS. De siste årene har andelen norske ungdommer som rapporterer bruk av cannabis vært noe fallende, og i 2006 var det 13 % som rapporterte å ha brukt stoffet noen gang (4).

I en annen SIRUS-studie har man også innhentet data fra aldersklassen 21–30 år. Her har andelen som noen gang har brukt cannabis økt fra 22 % til 34 % fra 1998 til 2006 (5). Et problem med disse studiene er lav og fallende responsrate, noe som kan antas å innebære en underestimert bruk. En fersk studie blant studenter ved Universitetet i Oslo viste at hele 42 % en eller annen gang hadde prøvd hasj og at 15 % hadde brukt stoffet siste år (6). Flere studier viser dessuten at andelen rusede sjåførere med tetrahydrocannabinol (THC) i blodet har økt (7), noe som er en indikasjon på økt bruk av cannabis i grupper med rusmiddelproblemer.

Cannabis ble i sin tid altså introdusert av politisk engasjerte og subkulturelt orienterte unge mennesker (8). Politisk opposisjon og spesielle musikkpreferanser fortsatte lenge å

være et kjennetegn på brukerne, i alle fall i yngre aldersklasser, også her i landet (9, 10). Derimot vet vi altså lite om kjennetegn ved voksne brukere. En hypotese kan være at bruk av stoffet i denne gruppen er et mer marginalt fenomen enn det er i ungdomsgruppene.

Vi ønsket å undersøke bruken av cannabis i den vanlige, uselekterte befolkningen. Vi brukte et representativt utvalg som er fulgt fra tidlig i tenårene til slutten av 20-årene. Vi spør: Hvor mange på de ulike alderstrinn har noen gang brukt cannabis? Er det høy stabilitet i bruken? Er det bestemte kjennetegn ved de yngste hasjbrukerne hva angår deres foreldres sosiale klasse og utdanning? Hvilken sammenheng er det mellom cannabisbruk og utdanning og posisjon på arbeidsmarkedet hos de unge voksne brukerne?

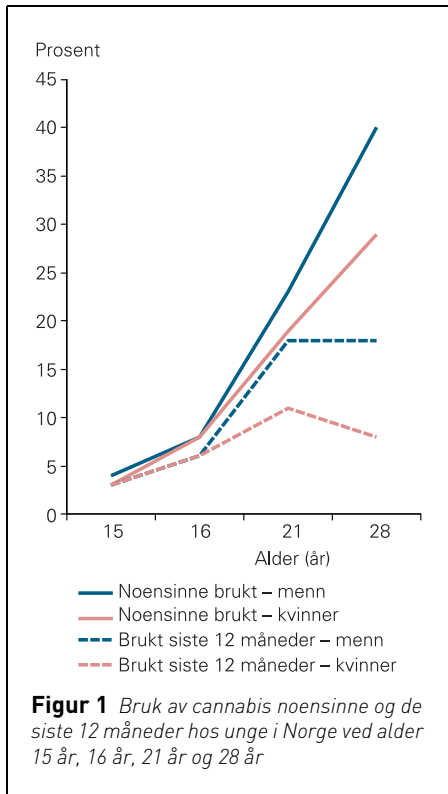
Materiale og metode

Studien er basert på Ung i Norge longitudinell, som er beskrevet inngående tidligere (11). Den første datainnsamlingen (T1) foregikk i 1992. Deltakerne var elever ved 67 norske skoler som var trukket ut slik at de skulle være representative for den norske populasjonen av skoleungdommer. De fylte ut et spørreskjema i klasserommet, over to skoletimer. Responsraten var 97 %. Vi valgte ut de elevene som gikk i 7. klasse i ungdomsskolen og i 1. klasse i videregående skole for ny oppfølging i 1994 (T2). Fordi studien var planlagt med bare to datainnsamlinger, måtte vi innhente nytt samtykke for en tredje oppfølging, og 90 % gav oss dette. Disse fikk tilsendt et spørreskjema i posten i 1999 (T3), og deretter et nytt i 2005 (T4). Ved T3 fikk vi respons hos 84 %, ved T4 hos 82 %. Dette ga oss et utvalg på 2 819 personer som hadde besvart skjemaet ved alle fire datainnsamlinger og en akkumulert responsrate på 70 % over alle målinger.

Ved T1 var respondentene 13–17 år, med gjennomsnittsalder 15 år (standardavvik 1,7),

Hovedbudskap

- Cannabisbruk har høy utbredelse blant unge voksne
- Særlig unge menn i en sosialt marginal posisjon er brukere
- Nyere studier har avdekket en sammenheng mellom hasjbruk og økt forekomst av psykoser og schizofreni



ved T2 var gjennomsnittsalderen 16 år, ved T3 var den 21 år og ved T4 28 år. En logistisk regresjonsanalyse viste at følgende variabler, målt ved T1, predikerte frafall i løpet av de tre senere oppfølgningene: kjønn (mann), svake skolekarakterer, bosted i by samt antakelsen om at man ved 40 års alder vil ha et manuelt yrke.

Ved alle datainnsamlingene spurte vi: «Har du noen gang brukt hasj eller marihuana?» Hvis svaret var ja, spurte vi om hvor mange ganger de hadde tatt disse stoffene i løpet av de siste 12 månedene.

Landet ble klassifisert ut fra urbanitetsgrad (Oslo, andre større byer, mindre byer, tettsteder, spredtbygde strøk). Vi spurte om foreldrenes utdanning og yrke. Dette ble kodet til fem sosialklasser: høyere administrativ, mellomlag, lavere funksjonærer, arbeider, primærnæringer.

Vi spurte også om mor og far var arbeidsløse eller trygdede og om de mottok sosialhjelp. Ved de to første datainnsamlingene spurte vi om respondentenes skolekarakterer i norsk, matematikk og engelsk. Ved de to siste ble de spurt om de hadde sluttført noen videregående utdanning, og i tilfelle hva slags. I tillegg ble de spurt om ulike inntektskilder, inkludert sosialhjelp, arbeidsløshetsstrygd og uføretrygd. Vi spurte dessuten om samboerskap/ekteskap samt om de hadde fått barn. Ved den siste datainnsamlingen spurte vi også om inntekt.

Sammenheng mellom hasjbruk og disse bakgrunnsvariablene ble undersøkt ved logistisk regresjon i programpakken SPSS. Først gjorde vi bivariate analyser, deretter ble alle variablene som inngår i de ulike tabellene inkludert i multivariate modeller, hvor vi i tillegg kontrollerte for alder.

Resultater

Andelen som har brukt hasj de siste 12 månedene synker noe for kvinner fra 20-årsalderen av (fig 1), mens vi for menn ser en utflatning. Likevel øker livstidsprevalensen kraftig i løpet av 20-årene – hos menn fra 23 % til hele 40 %, hos kvinner fra 19 % til 29 %. I tenårene var det små forskjeller mellom kjønnene, men etter fylte 20 år rapporterer mennene atskillig høyere forbruk enn kvinnene, både i løpet av hele livet og de siste 12 måneder ($p < 0,001$). Vi undersøkte også hvor ofte de aktive brukerne hadde tatt stoffet de siste 12 måneder. Ved 28 års alder hadde 70 % brukt det 1–10 ganger, mens bare 16 % av disse, eller 3 % av hele utvalget, hadde brukt hasj mer enn 50 ganger de siste 12 måneder.

Det var sterk sammenheng mellom hasjbruk ved en bestemt alder og bruk senere i livet. Bare 4 % av 16-åringene som ikke hadde brukt cannabis de siste 12 måneder hadde brukt stoffet de siste 12 måneder da de var blitt 21 (tab 1). Tabellen viser likevel bare moderat høy stabilitet i bruken av cannabis. Mange eksperimenterer med stoffet for så å legge det bak seg.

Vi fant ingen sammenheng mellom bruk

av cannabis i tenårene og skolekarakterer, foreldrenes utdanning og sosiale klasse samt arbeidsløshet, trygd og sosialhjelpsmottak hos mor eller far. Det var heller ingen sammenheng mellom cannabisbruk og bostedsregion eller grad av urbanitet – unntaket er bopel i Oslo-regionen. De som bodde her, hadde mye høyere forbruk enn folk andre steder i landet. Vi gjentok disse analysene for 21-åringene og la i tillegg inn informasjon om respondentenes egen utdanning, om de selv levde av trygd/sosialhjelp og opplysninger om deres samlivssituasjon og om de var blitt foreldre. Fortsatt var det ingen sammenheng med sosiodemografiske kjennetegn ved foreldrene. Derimot var det økt cannabisbruk blant dem som ikke hadde sluttført videregående skole, samt klart økt sannsynlighet hos dem som levde av sosialhjelp/trygd (tab 2).

Ved 28 år var det ingen generell sammenheng med utdanningsnivået, men den lille gruppen som bare hadde niårig skole, hadde forhøyet risiko for å ha brukt hasj de siste 12 måneder (tab 3). I tillegg fant vi omtrent fordoblet (justert) sannsynlighet for bruk hos personer som var trygdet/levde av sosialhjelp. Det samme mønsteret fant vi for inntekt: Det var flest brukere blant dem med lavest inntekt. Det samme gjaldt enslige, mens hos dem som hadde fått barn, særlig kvinnene, var det redusert bruk. Fortsatt var bopel i Oslo-regionen assosiert med økt bruk. Blant menn i dette området var det hele 56 % som en eller annen gang hadde brukt cannabis ved utgangen av 20-årene, og 30 % hadde brukt stoffet de siste 12 måneder.

Diskusjon

Et hovedfunn i studien er at mange, særlig av de unge mennene, debuterer med cannabis i løpet av 20-årene. Livstidsprevalensen er derfor høyere enn mange har antatt, og i enkelte sårbare grupper fortsetter bruken å være høy. Det er overraskende at hele 30 % av unge menn i slutten av 20-årene bosatt i Oslo har brukt cannabis siste år. I gruppen med lav utdanning og hos dem som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet er andelen som

Tabell 1 Stabilitet i bruk av cannabis de siste 12 måneder hos unge i Norge ved alder 15 år, 16 år, 21 år og 28 år. Resultater fra logistisk regresjon med justering for alder og kjønn

	Bruk – 16 år		Bruk – 21 år		Bruk – 28 år	
	Antall (%)	OR (95 % KI)	Antall (%)	OR (95 % KI)	Antall (%)	OR (95 % KI)
Bruk – 15 år						
Nei 2 628 (97)	109 (4)	Referanse	363 (13)	Referanse	322 (12)	Referanse
Ja 83 (3)	57 (69)	48,4 [28,7–81,4]	38 (46)	6,9 [4,3–10,9]	31 (37)	6,3 [3,0–10,3]
Bruk – 16 år						
Nei 2 654 (94)			329 (12)	Referanse	295 (11)	Referanse
Ja 166 (6)			72 (43)	6,0 [4,2–8,3]	58 (35)	5,0 [3,5–7,1]
Bruk – 21 år						
Nei 2 419 (86)					178 (7)	Referanse
Ja 401 (14)					175 (44)	9,6 [7,5–12,3]

Tabell 2 Sosiodemografiske kjennetegn ved personer som ved 21 års alder har brukt cannabis de siste 12 måneder. Oddsratioer fra logistisk regresjon er justert for de andre variablene i tabellen

	Menn			Kvinner		
	Antall personer (%)	Ujustert OR	Justert OR	Antall personer (%)	Ujustert OR	Justert OR
<i>Bopel</i>						
Resten av landet	1 146 (17)	Referanse	Referanse	1 395 (11)	Referanse	Referanse
Oslo	100 (26)	1,9 (1,1–3,1)	1,9 (1,1–3,9)	178 (18)	2,0 (1,3–3,1)	2,0 (1,2–3,0)
<i>Fullført skolegang</i>						
Allmennfaglig videregående	805 (18)	Referanse	Referanse	1 149 (11)	Referanse	Referanse
Yrkesfaglig videregående	368 (14)	0,7 (0,5–1,0)	0,7 (0,5–1,0)	366 (10)	0,8 (0,6–1,2)	0,9 (0,6–1,3)
Ikke fullført videregående	73 (36)	2,3 (1,4–3,9)	1,6 (0,9–2,8)	58 (22)	2,1 (1,1–4,1)	2,1 (1,0–4,1)
<i>Studie- eller jobbsituasjon</i>						
Jobber/studerer	1 149 (16)	Referanse	Referanse	1 498 (10)	Referanse	Referanse
Trygd/sosialhjelp	97 (43)	3,9 (2,5–6,0)	3,8 (2,4–6,0)	75 (31)	3,7 (2,2–6,2)	3,6 (2,1–6,2)
<i>Samliv</i>						
Samboer/gift	177 (13)	Referanse	Referanse	504 (10)	Referanse	Referanse
Enslig	1 069 (19)	1,4 (0,9–2,2)	1,6 (0,9–2,7)	1 069 (12)	1,1 (0,8–1,7)	1,1 (0,8–1,6)
<i>Barn</i>						
Nei	1 218 (18)	Referanse	Referanse	1 473 (12)	Referanse	Referanse
Ja	28 (21)	1,4 (0,6–3,5)	2,0 (0,7–5,4)	100 (7)	0,6 (0,3–1,3)	0,6 (0,3–1,4)

bruker stoffet atskillig høyere enn dette. Likevel må det påpekes at de fleste i vårt utvalg bruker cannabis på en lavfrekvent måte.

Studien viser videre at rekrutteringsbasen

i løpet av de tidlige tenårene ikke er preget av lav sosial klasse eller sosial marginalitet hos foreldrene. Derimot avtegner det seg med økende alder et mønster hvor unge

voksne som har falt ut av skolen og ikke finner seg til rette i arbeidslivet har økt sannsynlighet for å bli cannabisbrukere. De som ikke etablerer seg i samliv i løpet av

Tabell 3 Sosiodemografiske kjennetegn ved personer som ved 28 års alder har brukt cannabis de siste 12 måneder. Oddsratioer fra logistisk regresjon er justert for de andre variablene i tabellen

	Menn			Kvinner		
	Antall personer (%)	Ujustert OR	Justert OR	Antall personer (%)	Ujustert OR	Justert OR
<i>Bopel</i>						
Resten av landet	1 146 (17)	Referanse	Referanse	1 395 (8)	Referanse	Referanse
Oslo	100 (30)	2,6 (1,5–4,2)	2,5 (1,5–4,2)	178 (12)	1,8 (1,1–2,9)	1,5 (0,8–2,5)
<i>Høyeste utdanning</i>						
Full embetseksamen	223 (14)	Referanse	Referanse	242 (7)	Referanse	Referanse
Noe universitets-/høyskoleutdanning	559 (15)	1,1 (0,7–1,8)	1,3 (0,8–2,1)	935 (7)	0,9 (0,5–1,6)	1,1 (0,6–1,9)
Allmennfaglig videregående	188 (23)	1,9 (1,1–3,1)	1,9 (1,1–3,2)	177 (13)	1,9 (1,5–3,6)	2,0 (1,1–4,2)
Yrkesfaglig videregående	204 (13)	0,9 (0,5–1,6)	1,2 (0,6–2,1)	159 (7)	0,9 (0,4–2,0)	1,3 (0,5–2,7)
Bare 9-årig	72 (46)	5,2 (2,9–9,5)	4,3 (2,3–8,3)	60 (25)	4,1 (1,9–8,8)	4,1 (1,8–9,4)
<i>Studie- eller jobbsituasjon</i>						
Jobber/studerer	1 142 (16)	Referanse	Referanse	1 489 (8)	Referanse	Referanse
Trygd/sosialhjelp	104 (35)	2,6 (1,7–4,0)	1,7 (1,0–2,7)	84 (23)	3,7 (2,1–6,3)	2,1 (1,2–3,8)
<i>Inntekt (kr)</i>						
400 000 +	182 (9)	Referanse	Referanse	71 (4)	Referanse	Referanse
200 000–400 000	675 (14)	1,7 (1,0–2,9)	1,5 (0,9–2,7)	948 (6)	1,3 (0,4–4,4)	1,3 (0,4–4,6)
0–200 000	389 (29)	4,1 (2,4–7,2)	2,8 (2,3–8,3)	554 (14)	3,6 (1,1–11,7)	3,2 (1,0–10,9)
<i>Samliv</i>						
Samboer/gift	706 (11)	Referanse	Referanse	1 095 (5)	Referanse	Referanse
Enslig	540 (27)	2,8 (2,0–3,7)	2,1 (1,5–3,0)	478 (16)	3,6 (2,5–5,2)	2,4 (1,6–3,5)
<i>Barn</i>						
Nei	928 (21)	Referanse	Referanse	952 (12)	Referanse	Referanse
Ja	318 (9)	0,4 (0,3–0,7)	0,6 (0,4–0,9)	621 (3)	0,2 (0,1–0,4)	0,3 (0,2–0,5)

20-årene har også økt risiko. En enslig mann, bosatt i Oslo-regionen, med avbrutt skolegang og uten fast arbeid som lever på sosialhjelp eller trygd vil ha svært høy sannsynlighet for å være cannabisbruker.

En prioritert oppgave i senere studier vil være å undersøke om bruken av cannabis i seg selv bidrar til at noen kan falle ut av skolen og til senere sosial marginalisering, og hva som i så fall kan være virkningsmekanismene. En longitudinell studie fra New Zealand peker i retning av at cannabisbruk kan ha slike konsekvenser (12). Det er moderat høy stabilitet i bruken gjennom det tidsspennet vi har undersøkt. En betydelig andel eksperimenterer med stoffet for så å legge bruken bak seg. Flertallet har et lavfrekvent bruksmønster, men 16% av brukerne (3% av hele utvalget) rapporterte bruk mer enn 50 ganger siste år ved 28 års alder, noe som indikerer et jevnt forbruk.

Studien er representativ, med bra responsrate, og utgjør det beste grunnlaget vi foreløpig har hatt i Norge for å belyse omfanget av hasjbruk i den unge voksne befolkningen. Likevel er det et akkumulert frafall på rundt 30% over de fire datainnsamlingene. Tidligere analyser viser at frafallet er selektivt, på en måte som innebærer at det sannsynligvis inneholder flere cannabisbrukere enn utvalget vårt. Ikke minst må man anta at jevnt bruk av hasj gjør at man har høy sannsynlighet for å falle ut av studien. Det er altså grunn til å anta at de reelle bruksratene er høyere enn vi her rapporterer. Tidligere studier har vist bra validitet av spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler som har såpass høy prevalens som cannabis har i dette datasettet (13). Men det kan nok stilles spørsmål ved ungdommenes egne rapporter om foreldrenes utdanning og sosiale klasse (14). Dersom data her er for dårlige, kan det tenkes at vi i virkeligheten har et noe klarere mønster av reproduksjon av sosial marginalitet over generasjonene. På den annen side skal man merke seg at heller ikke skolekarakterer i tenårene var assosiert med bruk av hasj. Dette er en indikasjon på at bruk av hasj i de yngste aldersklassene er et atskillig mindre sosialt marginalt fenomen enn det er hos dem som er eldre.

Funnene må, etter forfatterens mening, vurderes som potensielt bekymringsfulle. Et hovedpoeng i flere av de nye studiene der man belyser sammenhengen mellom cannabisbruk og mental helse er jo at selv lavfrekvent bruk synes å kunne gi økt risiko for alvorlige sinnslidelser. I faglitteraturen diskuteres det nå hvor sterk økningen i prevalensen av for eksempel schizofreni må antas å bli i områder der det er mye rekreative bruk av cannabis (15). Resultatet er at narkotikapolitikken på dette området er under revurdering i flere land (16). Gordon Browns regjering har for eksempel berammet en kritisk gjennomgang av den cannabisliberale linjen man har sett i England det siste tiåret.

Våre data avdekker at bruk av cannabis i voksen alder ofte er knyttet til sosial marginalitet. Likevel har store grupper med høy utdanning som står sentralt i det norske samfunnet nå erfaringer med cannabis (6). Stoffet står dessuten i en særstilling blant de illegale rusmidlene, ved at det tradisjonelt har hatt en subkulturell og politisk opposisjonell legitimeringsbasis (8). Dette finner man i liten grad når det gjelder stoffer som amfetamin, ecstasy eller heroin. Hasjliberale holdninger i ressurssterke grupper utgjør fortsatt et aspekt ved diskursen rundt dette stoffet, selv om stoffet i eldre aldersklasser altså særlig har nedslag i mer sårbare grupper.

I andre land har vi sett en intens debatt om de mulige helseskadene forårsaket av dette stoffet. Flere steder økes den primærforebyggende innsatsen. Helsevesenet rustes opp for å behandle misbruk. Det synes rimelig at det også i Norge bør være økt oppmerksomhet om dette. Både i arbeidsmarkedsetaten og i behandlingsapparatet vil man etter hvert måtte regne med å møte mange klienter og pasienter som er hasjbrukere – særlig i Oslo-regionen. Det er også grunn til å peke på at det hasjforebyggende arbeidet i yngre aldersklasser har vært lavt prioritert i mange år.

De data som er lagt frem her, viser altså at hasjbruk er mer utbredt enn mange har trodd. Fra et folkehelseperspektiv kan det tenkes at dette på sikt kan ha nokså alvorlige konsekvenser.

Jeg takker Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) for anledning til å bruke datasettet Ung i Norge longitudinell i analysene. Studien er støttet av Norges forskningsråd under Rusmiddelforskningsprogrammet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370: 319–8.
2. The state of the drug problems in Europe. Lisboa: EMCDDA, 2006.
3. Pedersen W. Bittersøtt. Ungdom, sosialisering og rusmidler. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
4. Bye E, Hauge R, Horverak Ø et al. Rusmidler i Norge. Oslo: SIRUS, 2006.
5. Lund MØ, Skretting A, Lund KE. Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Oslo: SIRUS, 2007.
6. Tefre E, Amundsen A, Nordlund S et al. Studenter og rusmidler – bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo. Oslo: SIRUS, 2007.
7. Christophersen A, Skurtveit S, Mørland J. Rusede sjåførere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1841–43.
8. Pedersen W. En rev bak øret. Den sosiale konstruksjonen av cannabis. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 2003; 3: 25–49.
9. Pedersen W, Skrondal A. Ecstasy and new patterns of drug use. *Addiction* 1999; 94: 1695–706.
10. Pedersen W. Adolescents initiating cannabis use: cultural opposition or poor mental health? *J Adolesc* 1990; 13: 327–39.
11. Strand N, von Soest T. Young in Norway – longitudinal. Documentation of design, variables and scales. Oslo: NOVA, 2006.
12. Fergusson D, Horwood L, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 2002; 97: 1123–35.
13. Skog OJ. The validity of self-reported drug use. *Br J Addict* 1992; 87: 539–48.
14. Ulveseter G, Tosheim T. Helseforskjeller blant ungdom – betydningen av sosial bakgrunn. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2007; 10: 116–26.
15. Anthony JC, Degenhardt L. Projecting the impact of changes in cannabis use upon schizophrenia in England and Wales: the role of assumptions and balance in framing an evidence-based cannabis policy. *Addiction* 2007; 102: 515–6.
16. Acevedo B, Common R. Governance and the management of networks in the public sector – drugs policy in the United Kingdom and the case of cannabis reclassification. *Public Management Review* 2006; 8: 395–414.

Manuskriptet ble mottatt 19.9. 2007 og godkjent 24.3. 2008. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.