



16. juni 2018

Sagsnr.
2018-0115361

Dokumentnr.
2018-0115361-15

Sagsbehandler
Karoline Ek Olsen
Niels Nicolai Nordstrøm

Bilag 2. Afrapportering – vidensgrundlag om test af stoffer i nattelivet

1 Indledning

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har på foranledning af Borgerrepræsentationen udarbejdet nærværende vidensgrundlag om hvordan test af stoffer vil kunne forhindre dødsfald og hjælpe personer ud af et evt. misbrug af stoffer.

Baggrunden er Borgerrepræsentationens beslutning d. 22. marts 2018,

1. at Borgerrepræsentationen pålægger Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i samarbejde med Socialforvaltningen og øvrige relevante forvaltninger at udarbejde et forslag om mulighederne for et pilotforsøg med tilbud om test af euforiserende stoffer i nattelivet til politisk drøftelse. Stoffet kan eksempelvis ske i form af mobile laboratorier. Forslaget skal færdiggøres tids nok til, at pilotforsøget kan finansieres i Budget 2019.
2. at Borgerrepræsentationen pålægger Sundheds- og Omsorgsforvaltningen at skabe et vidensgrundlag, som er relevant for Københavns Kommune, om hvordan test af stoffer vil kunne forhindre dødsfald og hjælpe personer ud af et evt. misbrug af stoffer, herunder inddrage allerede eksisterende danske og udenlandske erfaringer.

Vidensgrundlaget er udarbejdet af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Socialforvaltningen har modtaget et udkast til vidensgrundlaget materialet i høring og givet kommentarer. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har endvidere været i kontakt med en række eksterne myndigheder og organisationer, samt potentielle samarbejdspartnere. Her kan bl.a. nævnes Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Center for Rusmiddelforskning, politiet, Retsmedicinsk Institut, Trimbo- instituttet i Holland.

Vidensgrundlaget er udviklet med fokus på forhold i København. Den definerede målgruppe er unge, som bruger feststoffer i nattelivet. Det indebærer, at fokus ikke er på f.eks. de mere udsatte stofbrugere, der

Afdeling for Politik og Ledelse

Rådhuspladsen I
1550 København V

EAN nummer
5798009290304

anvender stofindtagelsesrum og tilbud om test af stoffer v. Mændenes Hjem.

Vidensgrundlaget består af:

- Gennemgang af brug og misbrug af stoffer, samt dødsfald og ulykker, nationalt, regionalt, samt i København. Herunder også kort opsummering om vejen fra brug til misbrug af stoffer samt beskrivelse af målgruppen for tilbud om test af stoffer.
- Ethiske spørgsmål i relation til tilbud om test af stoffer i nattelivet.
- Andre landes løsninger og erfaringer.
- Interessent/aktørinddragelse
- Forslag til løsningsmodeller, og herunder tekniske muligheder og økonomisk ramme.
- Retligt grundlag for test af stoffer i nattelivet i Københavns Kommune
- eksempler på løsninger i andre lande samt forslag til løsninger i København. Slutteligt vil der være en gennemgang af de juridiske aspekter i forhold til etablering af test af stoffer i nattelivet.

Som bilag er endvidere vedlagt et uddybet afsnit om målgrupper og risikofaktorer i forhold til udvikling af misbrug (Bilag 1), samt en oversigt over teknologier til test af stoffer i nattelivet (Bilag 2).

2 Brug og misbrug af stoffer, dødsfald og ulykker

2.1 Brug af hash eller andre euforiserende stoffer blandt unge i nationalt, i Region Hovedstaden og København

2.1.1 Brug af hash og andre stoffer nationalt

Viden om den relevante målgruppes adfærd i forhold til rusmidler er centralt for at kunne vurdere, hvordan et tilbud om test af stoffer i nattelivet kan gavne i forhold til forhindring af dødsfald og forebyggelse af misbrug.

At prøve stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen ud over ungdomsårene¹. Det eksperimenterende brug af stoffer toppe i aldersgruppen 16-19 år, og meget få unge prøver stoffer første gang efter 20-års alderen². Sundhedsprofilen 2017 viser, at debutalderen for hash i Region Hovedstaden gennemsnitligt er 17 år, mens det er 19 år for andre stoffer.

Den primære målgruppe for test af stoffer i nattelivet vil være unge mellem 18 og 25 år, som færdes i nattelivet og har feststoffer som deres eneste eller primære stofbrug.

Hash er det langt mest udbredte, illegale stof, mens feststoffer såsom ecstasy, amfetamin og MDMA er væsentligt mindre udbredt.

Sundhedsstyrelsens rapport fra 2017, ”Narkotikasituationen i Danmark 2017” udspecificerer brugen af stoffer på flere forskellige stof typer nationalt.

Nedenfor ses en tabel, der angiver den procentvise andel af 16-24 årige, som i det pågældende år har brugt hash, amfetamin, kokain og/eller ecstasy³.

| Procent 16-24-årige, som i det pågældende år har brugt hash, amfetamin, kokain og/eller ecstasy | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2000 | 2005 | 2008 | 2010 | 2013 | 2017 |
| Hash | 20,1 | 20,5 | 21,3 | 18,9 | 23,9 | 19,8 |
| Amfetamin | 5,9 | 4,1 | 5,4 | 2,8 | 1,6 | 1,6 |
| Kokain | 2,8 | 3,3 | 5,6 | 2,9 | 2,3 | 4,4 |
| Psilocybinsvampe | 2,2 | 1,0 | 1,1 | 0,7 | 0,8 | 0,8 |
| Ecstasy | 2,3 | 1,5 | 2,3 | 1,1 | 1,0 | 1,6 |
| LSD | 0,6 | 0,6 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,7 |

¹ Narkotikasituationen i Danmark 2017, Sundhedsstyrelsen, 2017.

² Narkotikasituationen i Danmark 2017, Sundhedsstyrelsen, 2017.

³ Data er samlet fra sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet, samt ”Alkohol i Danmark i 2010”, som ligeledes er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet.

| | | | | | | |
|----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Heroin | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 0,1 | 0,4 |
| Ketamin⁴ | | | | | 0,5 | 0,7 |
| GHB (Fantasy)⁵ | | | | | 0,1 | 0,1 |
| Andre stoffer⁶ | 8,0 | 5,3 | 8,0 | 4,3 | 3,9 | 6,3 |

Kilde: Narkotikasituationen i Danmark 2017, Sundhedsstyrelsen, 2017

Som tabellen viser, er det en lille andel af de unge mellem 16-24 år, som har brugt ”feststoffer” såsom amfetamin, ecstasy, GHB og ketamin. Dette er især tilfældet, når der ses på de senere år. Kokain har dog været i fremvækst siden 2013.

ESPAD-undersøgelserne⁷ i Danmark omfatter bl.a. brug af stoffer blandt de 15-16-årige. Generelt er der her lidt mindre andele, der har prøvet stoffer set i forhold til ældre aldersgrupper vist ovenfor, men mønstret er det samme: det mest udbredte stof er hash, og brug af andre stoffer som amfetamin, ecstasy og kokain er på et meget lavere niveau. Den seneste undersøgelse er gennemført i 2015 og viste, at der er sket et positivt fald i det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt de 15-16-årige – herunder også væsentlige og signifikante fald i det eksperimenterende brug af hash, amfetamin og ecstasy.

| Procent 15-16-årige, som nogensinde har prøvet følgende stoffer 1999-2015 | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|
| | 1999 | 2003 | 2007 | 2011 | 2015⁸ |
| Hash | 24,4 | 22,6 | 25,5 | 18,1 | 12,4 |
| Amfetamin | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 2,5 | 0,9 |
| Kokain | 1,1 | 1,8 | 3,2 | 1,9 | 1,8 |
| Heroin⁹ | 1,4 | 1,7 | 0,5 | - | 0,6 |
| Ecstasy | 3,1 | 2,5 | 5,2 | 1,5 | 0,5 |
| LSD | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 0,7 | 1,2 |
| Psilocybinsvampe | 1,8 | 1,5 | 1,1 | 0,7 | 0,5 |

⁴ Ketamin har t.o.m. 2010 været del af kategorien ”Andre stoffer”

⁵ GHB, også kendt som Fantasy, har t.o.m. 2010 været del af kategorien ”Andre stoffer”

⁶ Kategorien omfatter dækker diverse lægemidler m.m. og har t.o.m. 2010 omfattet GHB og ketamin.

⁷ The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) er et europæisk samarbejdsprojekt, der indsamler data om unges forbrug af alkohol og narkotika.

⁸ I ESPAD 2015 spørges ikke kun til ”hash”, men ”marihuana, hash, pot” i samme spørgsmål.

⁹ Injektion og rygeheroin

| | | | | | |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Snifning, f.eks. lightergas | 7,5 | 8,3 | 6,1 | 3,9 | 3,6 |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|

Kilde: ESPAD 1999, ESPAD 2003, ESPAD 2007, ESPAD 2011, ESPAD 2015.

2.1.2 Brug af hash og andre stoffer i Region Hovedstaden og i København

Sundhedsprofilen 2017 viser, at debutalderen for hash i Region Hovedstaden gennemsnitligt er 17 år, mens det er 19 år for andre stoffer.

Sundhedsprofilen 2017 oplyser, at jo yngre man er, når der prøves stoffer første gang, des højere er risikoen for et egentligt forbrug eller afhængighed senere i livet.

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden 2017 har kun rapporteret resultater for målgruppen unge mellem 16 og 34, og grundet stikprøvens størrelse, er euforiserende stoffer kun enten samlet under ét eller opdelt mellem hash og andre stoffer. ”Andre stoffer” omfatter alle andre euforiserende stoffer end hash, dvs. såvel feststoffer som heroin, LSD, svampe, etc.

Hash

I 2017 har 53 % af de unge mellem 16 og 34 år i Region Hovedstaden nogensinde prøvet hash. En større andel af de 25-34 årige har prøvet hash (57%), sammenlignet med de 16-24 årige (47%).

Andre stoffer

I 2017 har 17 % af de unge prøvet andre stoffer, svarende til 81.800 personer. En større andel af de 25-34 årige har prøvet andre stoffer (21%), sammenlignet med de 16-24 årige (13 %).

Af de unge, der har prøvet andre stoffer, har hele 97 % også prøvet hash. Der er således en klar sammenhæng mellem at prøve andre stoffer og at prøve hash, mens det at prøve hash ikke nødvendigvis gør, at man prøver andre stoffer.

En større andel af mænd end kvinder har prøvet hash eller andre stoffer.

Generelt er andelen af unge, som nogensinde har prøvet hash og andre stoffer, størst blandt unge i København og Københavns

nabokommuner, sammenlignet med andre kommuner i Region Hovedstaden.

Ses der på udviklingen over tid, ligger andelen af unge, der nogensinde har prøvet hash eller andre stoffer, nogenlunde stabilt.

| | | 2017 | 2013 | 2010 |
|---|--------------------------------|------|------|------|
| Unge, som nogensinde har prøvet hash | København | 62 % | 59 % | 63 % |
| | Region Hovedstaden, gennemsnit | 53 % | 51 % | 55 % |
| | København | 21 % | 16 % | 21 % |
| Unge, som nogensinde har prøvet andre stoffer | Region Hovedstaden, gennemsnit | 17 % | 14 % | 18 % |

Kilde: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden 2017

Jævnligt brug eller storforbrug i Region Hovedstaden og København. Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden 2017 viser, at der i Region Hovedstaden kun er få, som har et hyppigt brug af hash eller andre stoffer, og der er en større andel af storforbrugere blandt hashbrugerne end brugerne af andre stoffer. Konkret udgør gruppen af storforbrugere af hash en større andel af de nylige brugere (en femtedel dem, der har brugt hash det seneste år¹⁰, har brugt det mindst 20 gange), set i forhold til andre stoffer (en tiendedel af dem, der har brugt andre stoffer det seneste år¹¹, har brugt dem mindst 20 gange).

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har på baggrund af Sundhedsprofilen beregnet, at omkring 5.300 unge københavnere, dvs. 2,3 % af de unge mellem 16 og 34 år, er jævnlige brugere samt storforbrugere af andre stoffer end hash, idet de har brugt denne type stoffer mere end 5 gange det forgangne år.

¹⁰ 21,2 af de adspurgte unge mellem 16 og 34 år har oplyst, at de har brugt hash det pågældende år.

¹¹ 7,9 af de adspurgte unge mellem 16 og 34 år har oplyst, at de har brugt andre stoffer det pågældende år.

Unge i Ro på Rusen

Det samme billede tegner sig også i indsatsen Ro på Rusen, som Københavns Kommune siden 2015 har gennemført på udvalgte københavnske erhvervsskoler, produktionsskoler, CKB (Center for Kompetence og Brobygning i Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen) samt enheder under Københavns Kommunes Ungdomsskole.

Ro på Rusen har de unge som målgruppe og har fokus på dem, der sårbare og/eller er i risiko for eller er på vej ind i et misbrug. Disse unge vil også være målgruppe for et tilbud om test af stoffer i nattelivet.

En evaluering af Ro på Rusen viser bl.a. hvilket stof, de unge, som har henvendt sig til Ro på Rusen med rusmiddelproblemer, har angivet som hovedstof, dvs. det primære stof i deres rusmiddelforbrug. Hovedparten er de unge i Ro på Rusen har angivet hash som deres hovedstof. Det er en meget lille andel af Ro På Rusens brugere, som har haft feststoffer såsom ecstasy, MDMA og amfetamin som hovedstof.

2.2 Narkotikarelaterede dødsfald og ulykker

2.2.1 Dødsfald

Data fra Sundhedsstyrelsen om antallet af narkotikarelaterede dødsfald¹² i København, viser at forgiftninger ved ”feststoffer” såsom MDMA, amfetamin og ecstasy mv. ikke er en udbredt dødsårsag, og at dødsfald primært sker i de ældre målgrupper. Opgørelsen er baseret på Rigspolitiets opgørelser.

I 2016 var der i alt 38 narkotikarelaterede dødsfald, hvor personen havde bopæl i København på dødstidspunktet. 22 af disse var personer over 50 år. De resterende 16 er næsten ligeligt fordelt mellem aldersgrupperne de 35-49-årige (9 personer) og de 20-35-årige (7 personer).

Ud af de 20-35-årige, var omkring halvdelen af dødsfaldene blandt unge under 30 år. Der har ikke været unge under 20 år med bopæl i København, som i 2016 er døde af stoffer. De sidste fire år har der været mellem 0 og 4 dødsfald blandt unge under 20 år, nærmere præcisering kan ikke gives pga. anonymitet.

¹² Her defineret som dødsfald grundet forgiftning med illegale, euforiserende stoffer, og omfatter ikke selvmord og afledte ulykker såsom trafikulykker og vold.

Blandt de unge under 30, som er døde af stoffer og havde bopæl i København på dødstidspunktet, var der ikke nogen i 2016, som analyser ved Retsmedicinsk Institut påviste havde amfetamin, GHB eller ecstasy i kroppen, mens adskillige derimod havde metadon, tramadol, benzodiazepin, kokabenz og/eller cannabis i blodet.

Mønstret for dødsårsager er det samme i København som i resten af landet; dem, der dør af stoffer, har et blandingsbrug af stoffer. For dødsfald i København har der i gennemsnit kunnet konstateres 4,5 forskellige slags stoffer i kroppen på afdøde. Det vil sige, at dødsårsagen ikke skal tilskrives et enkelt stof, men at det snarere har været kombinationen af stofferne samt alkohol, der har været dødbringende, end det enkelte stof alene.

Ud af de 38 dødsfald, er der ingen, der er fundet døde i nattelivet, f.eks. på barer. Der findes ikke data på, hvor og hvornår stofferne er taget, så det kan ikke udelukkes, at de stoffer, som har udløst dødsfaldet, er taget i nattelivet. De fleste er fundet døde i egen bopæl, mens andre er døde på bosted, herberg eller lignende, samt for en enkelt persons vedkommende på et offentligt toilet.

Der er således begrænset grundlag for at forebygge dødsfald ved forgiftninger med feststoffer blandt unge; dødsfaldene sker primært blandt brugere af hårdere stoffer, som må forventes at være mere udsatte grupper end de unge, der bruger feststoffer rekreativt. Endvidere indebærer dette udbredte blandingsmisbrug, at dødsårsagen ikke nødvendigvis kan knyttes til et enkelt stof, men snarere til kombinationen af stoffer samt alkohol.

2.2.2 Ikke-dødelige forgiftningsulykker og indlæggelser

Hvis sygehuskontakter og indlæggelser sættes i fokus frem for dødsfald, tegner der sig følgende billede: en del unge kommer hvert år i kontakt med sundhedssystemet grundet forgiftninger med stoffer. Det er særligt feststoffer, som medfører forgiftninger blandt de unge,

Antallet af sygehuskontakter som følge af forgiftninger med euforiserende stoffer har været stigende siden 2007. I ”Narkotikasituationen i Danmark 2017” angives det, at mens der i Danmark i 2007 var 1.345 forgiftninger, var tallet i 2015 steget til 2.484. I 2016 er der registeret 2.346 forgiftninger, men pga.

manglende indrapporteringer fra forskellige hospitaler det år, er dette tal usikkert¹³.

Som det følgende skema viser, har stigningen i forgiftninger primært sit ophav i en vækst i forgiftninger med andre opioider¹⁴ end heroin, samt forgiftninger med kokain. Endvidere har der også været en markant vækst i forgiftninger med amfetamin og cannabis, mens der ikke har været nævneværdig vækst i antallet af forgiftninger med ecstasy eller andre feststoffer.

| Udvikling i antal sygehuskontakter som følge af forgiftninger med euforiserende stoffer, udvalgte stoffer | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------|
| | 2007 | 2015 | 2016 |
| Andre opioider end heroin | 243 | 745 | 757 |
| Kokain | 149 | 313 | 341 |
| Amfetamin | 171 | 249 ¹⁵ | 247 |
| Cannabis | 97 | 270 | 206 |

Narkotikasituationen i Danmark 2017 viser også, at der i antallet af sygehuskontakter og indlæggelser som følge af forgiftninger med stoffer er sket et fald i andelen af unge under 30 år; fra 46 % i 2015 til 33 % i 2016. Unge under 20 år udgjorde 15 % (353) af sygehuskontakt eller indlæggelser som følge af forgiftninger i 2016¹⁶. Ses der på udviklingen over en længere periode, kan det konstateres, at der i perioden 2007-2016 er sket et skift, således at mens der i 2007 var en overvægt af unge under 30 år, som havde sygehuskontakt eller blev indlagt med forgiftninger af stoffer, er det nu personer over 30 år, som udgør den største andel.

¹³ Generelt skal tallene tages med forbehold på grund af forskellige fejlkilder.

Blandt andet formodes en vis underrapportering af forgiftninger gennem årene at medvirke til, at de angivne tal bør vurderes som en minimumsopgørelse.

¹⁴ Opioider er en gruppe af stoffer, som udvindes af opiumsvalmuen, og som virker smertestillende på vores centralnervesystem. De mest kendte er morfin, metadon og herion (derudover kodein, ketagan, buprenorfin og fentanyl).

¹⁵ For amfetamin toppede antallet af forgiftninger i 2011. Dette årstal er ikke omfattet af skemaet, hvorfor det skal tilføjes at der her var 292 forgiftninger, hvorefter tallet er faldet igen.

¹⁶ Igen skal der her tages forbehold for fejlkilder og mulige underrapporteringer.

Ses der på stoftyper, er forgiftninger med opioider hyppigst blandt personer over 30 år. Forgiftninger med centralstimulerende¹⁷ stoffer såsom feststoffer er hyppigst forekommende blandt de unge, dog med kokain som en undtagelse¹⁸. Nedenfor ses fordelingen på aldersgrupper på udvalgte stoffer.

| Sygehuskontakter grundet forgiftning med udvalgte illegale stoffer samt i alt 2016, fordelt på aldersgrupper | | | | |
|---|-----------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|
| | 20 år og under | 20-24 år | 25-29 år | 30 år og derover |
| Opioider | 43 | 54 | 54 | 732 |
| Feststoffer, bl.a. amfetamin, kokain, ecstasy og MDMA | 172 | 241 | 150 | 232 |
| Cannabis | 66 | 53 | 30 | 57 |
| I alt (andre stoftyper inkluderet) | 353 | 419 | 294 | 1.280 |

Kilde: Narkotikasituationen i Danmark 2017, Sundhedsstyrelsen, 2017.

Omregnes tallene til københavnsk skala, vil der være tale om 90-100 personer mellem 16 og 24 år, der er indlagt eller i kontakt med sygehus på grund af forgiftninger med feststoffer.

Som afsnittet viser, har den store vækst i sygehuskontakter og indlæggelser grundet forgiftninger med illegale stoffer i vidt omfang skyldtes væksten i forgiftninger blandt personer over 30 år, og grundet forgiftninger med opioider. Dette betyder dog ikke, at der ikke er potentiale i at forebygge ulykker med forgiftninger med feststoffer; blandt de yngre grupper, hvor brugen af stoffer som ecstasy og amfetamin er størst, har der også været vækst i antallet i sygehuskontakter og indlæggelser, og de unge under 25 år har særligt mange sygehusindlæggelser på grund af feststoffer såsom ecstasy og amfetamin.

¹⁷ Gruppen af centralstimulerende stoffer er stor og nye kemiske forbindelser dukker løbende op. De stoffer, der især dominerer det illegale danske marked, er amfetamin, ecstasy (også kendt som MDMA) og kokain.

¹⁸ Personer på 30 år eller ældre stod for 30 % af forgiftningerne med kokain i 2016.

2.3 *Fra brug til afhængighed*

Sundhedsstyrelsen har skønnet i 2010, at der i 2009 var over 33.000, der havde et stofmisbrug¹⁹. Heraf tegnede misbrug af hash sig for en tredjedel, mens injektionsmisbrug, f.eks. med heroin, tegnede sig for omkring 60 %.²⁰ Det er således kun en meget lille andel af de personer, som har et stofmisbrug, som har andre stoffer såsom svampe, LSD, kokain, ecstasy og amfetamin som hovedstof i deres misbrug. Potentielle misbrugere af feststoffer er dermed en meget lille målgruppe set i forhold til de øvrige grupper af stofmisbrugere.

De fleste unge, der eksperimenterer med stoffer, stopper igen uden at have udviklet en afhængighed. Men for nogen fører de tidlige års eksperimenter til en livslang afhængighed med store sociale og sundhedsmæssige konsekvenser.

Vejen fra eksperiment til misbrug og afhængighed er påvirket af mange forskellige faktorer, som på forskellig vis virker forebyggende eller fremmende i forhold til udvikling af misbrug eller afhængighed. Der er tale om en vej med flere trin og processer, f.eks. valget om første gang at prøve hash, opvækst og livsbegivenheder, stoffernes fysiske og psykiske virkninger på den enkelte, hvordan og hvor hurtigt der udvikles tolerance og abstinenser m.m.

Dette er uddybet i bilag 1.

2.4 *Potentiel målgruppe for tilbud om test af stoffer i nattelivet*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har været i dialog med bl.a. Center for Rusmiddelforskning om potentielle målgrupper. Vurderingen er, at et tilbud om test af stoffer i nattelivet vil kunne tiltrække den gruppe af rekreative stofbrugere, som er i den eksperimenterende fase uden dog at være førstegangbrugere. Det er unge fra 17-års alderen og op, som har lidt erfaringer med stoffer, men stadig er usikre i brugen. De vil være interesserede i hjælp til at reducere risici, og en del vil også være imødekommende i forhold til at gå i dialog om deres stofbrug, hvis rammerne er de rigtige.

¹⁹ Defineret som et vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader Sundhedsstyrelsen oplyser, at tallene er behæftet med en del usikkerhed, og vurderingen er senere kritiseret for at være underrepræsenterede, særligt i forhold til hash.

²⁰ Kilde: Narkotikasituationen i Danmark 2017, Sundhedsstyrelsen 2017.

Målgruppen favner både unge med en relativt lav risiko for at udvikle misbrug, og de unge, som er mere sårbare uden at være marginaliserede. For at kunne ramme de sårbare unge, bør tilbuddet indrettes, så der både er plads til dem, der ikke nødvendigvis har interesse i eller behov for tilbud om misbrugsforebyggelse, og plads til dem, som er mere sårbare og har behov for støtte for f.eks. at fastholde et uddannelsesforløb.

De få 14-16-årige, som bruger stoffer som MDMA, ecstasy og amfetamin, hører til en meget udsat og sårbar gruppe, som ofte vil være omfattet af andre kommunale indsatser, og som Center for Rusmiddelforskning ikke umiddelbart vurderer, at vil have interesse for et tilbud om test af stoffer.

De mere erfarne stofbrugere har ofte udviklet deres egne skadesreducerende strategier, såsom køb fra bestemte sælgere og selvvalgte grænser for indtag. Denne gruppe vil ikke nødvendigvis opfatte test af stoffer som relevant tilbud for dem. Center for Rusmiddelforskning vurderer dog, at der vil være nogen i gruppen, som vil kunne bruge et tilbud om test af stoffer som en uforpligtende mulighed for at få en dialog om deres brug af stoffer. Det er også en mulighed, at nogle erfarne stofbrugere og stofmisbrugere vil begynde at bruge et tilbud om stoftest som en yderligere skadesreducerende strategi.

En del stofbrugere vil endvidere gerne dele deres erfaringer og overvejelser, hvis de oplever at få interesseret og fordomsfrit modspil.

Tilbuddet om test af stoffer kan indebære en mulighed for uforpligtende samtaler om helbred og trivsel. Hermed vil tilbud om stoftest kunne fungere som en forsigtig vej ind i rådgivnings- og eventuelt misbrugsbehandlingssystemet for at erfarne stofbrugere, som har konstateret bekymrende konsekvenser ved deres stofbrug. Andre erfarne stofbrugere vil også muligvis anvende tilbuddet om stoftest, hvis de eksempelvis er usikre på en ny stoftype eller leverandør. Her vil der kunne opstå en mulighed for en dialog, der udfordrer stofbrugerens nuværende tænkning og skadesreducerende strategier, således at f.eks. begyndende afhængighed kan opdages.

3 Ethiske spørgsmål

Spørgsmålet om etablering af tilbud om test af stoffer i nattelivet rejser en række etiske dilemmaer, der bør tages stilling til. Det drejer sig dels om risici forbundet med gennemførelse af tests, usikkerheder ved testresultatet og udfordringer med blandingsbrug i forhold hertil, og dels om signalværdi og det øvrige forebyggende arbejde.

Test af stoffer vil uanset metode og sammenhæng være behæftet med en række usikkerheder og risici. Selv ved brug af meget avancerede testudstyr, vil der forekomme usikre resultater, som kan give brugeren falsk tryghed. Det kan blandt andet skyldes, at udviklingen af nye stoffer og varianter altid er et skridt foran de eksisterende monitorerings- og alarmeringssystemer således at der findes stoffer på markedet, som ikke kan sammenlignes med eksisterende referencer. Der kan også ske menneskelige fejl. I værste tilfælde kan den falske tryghed koste menneskeliv, hvis brugeren på baggrund af en usikker analyse vælger at tage et stof, som viser sig at være dødeligt. Ved at tilbyde test af stoffer løber Københavns Kommune således en risiko for at give fejlbehæftet information med potentielt fatale konsekvenser for den enkelte.

En anden stor udfordring er den enkeltes kombination af rusmidler. Selvom den enkelte vælger at få sine stoffer testet for renhed, vil testens skadesreducerende værdi være begrænset, hvis brugeren kombinerer flere rusmidler, f.eks. ecstasy og alkohol eller ecstasy og hash. Kombination af rusmidler er meget udbredt i målgruppen, og dette er derfor en meget central udfordring. Der kan gives rådgivning om den forøgede risiko, men noget præcist skøn kan ikke gives.

Endvidere vil risici ved at tage et eller flere rusmidler også afhænge af den enkeltes almindelige fysiske tilstand. En person kan have hjerteproblemer uden at vide det, og brug af stoffer kan være fatalt i det tilfælde. Andre karakteristika som kropsvægt kan også have en indflydelse på kroppens modstandsdygtighed overfor stofferne, så selvom det testede stof har en sammensætning, der generelt ikke kan defineres som livsfarlig, kan det for den enkelte alligevel vise sig at være det.

Der er således en del faktorer og risici, som ikke kan kontrolleres i testregi, og som kan udløse forgiftninger m.m. Københavns Kommune vil her uforvarende have bidraget til at en person, der ikke kan tåle et

stof, tager det på baggrund af en forventning om at stoffet er sikkert. Særligt ved testsituationer i nattelivet vil det være en udfordring at forebygge kombineret stofbrug og andre risici, da personen der får testet sit stof, i mange tilfælde allerede vil være påvirket og derfor i mindre grad modtagelig for råd og vejledning.

Ved at tilbyde test af stoffer, kan Københavns Kommune endvidere bidrage til at normalisere brug af euforiserende stoffer blandt unge. Når det er muligt at teste stofferne, der være en risiko for at stofbrug vurderes som mindre farligt, hvorved flere unge måske vil vælge at eksperimentere med stoffer. Endvidere vil en kommunalt iværksat indsats også kunne give de unge en oplevelse af, at Københavns Kommune accepterer brug af stoffer blandt unge frem for at forebygge det. Undersøgelser har vist, at dette ikke nødvendigvis er tilfældet, men der mangler robuste og uafhængige undersøgelser i forhold til dette spørgsmål.

Samtidig kan implementering af test af stoffer have en problematisk signalværdi overfor de mange aktører i nattelivet, som arbejder for at reducere stofferne. Det kan være frivillige såsom Natteravnene, men også restauratører, som arbejder ud fra en politisk fremmet nultolerance overfor stoffer.

Der er således en række udfordringer og risici ved at etablere et tilbud om test af stoffer i nattelivet, som bør overvejes i forhold til de potentielle skadesreducerende og forebyggende funktioner, et sådan tilbud kan have.

4 Andre byers løsninger og erfaringer

Test af stoffer bliver stadig mere udbredt i udlandet. Tilbuddene går fra meget simple analyser foretaget på mobile enheder ved festivaler m.m. til avancerede testlaboratorier med kontorer i forskellige byer. Der findes bl.a. tilbud om test af stoffer Holland, Østrig, Schweiz, Belgien, Spanien, Frankrig, Portugal, Slovenien og Wales.

I en del lande er formålet primært at indsamle viden til brug i et alarmeringssystem, der f.eks. advarer stofbrugere om særligt farlige stoffer i omløb og hvordan de kan identificeres, frem for at ikke at give den enkelte bruger information om indhold og risici ved dennes indleverede stof. Dette er dog i forskellig grad en mulighed de fleste steder.

Samtidig er der mange steder en tilhørende ”outreach”-funktion, der giver såvel aktive stofbrugere som potentielle stofbrugere råd og vejledning i forhold til at forebygge f.eks. forgiftninger, dehydrering og uønsket seksuelt samkvem som følge af stofbrug. Der kan også henvises til rådgivning om rusmiddelmisbrug.

Endelig kan test af stoffer i nattelivet give anledning til forebyggende samtaler, bl.a. med henblik på misbrugsbehandling.

4.1 Eksempler på udenlandske initiativer med test af stoffer

I det følgende beskrives de tre mest prominente initiativer vedrørende test af stoffer.

Holland: DIMS (Drug Information and Monitoring System)

I 1992 besluttede det hollandske sundhedsministerium at finansiere det første system for stoftest i Europa. DIMS blev etableret for at overvåge udviklingen på nye og eksisterende stofmarkeder, bl.a. i forhold til sammensætning og udbredelse af euforiserende stoffer. DIMS har indtil 1999 testet stoffer ved festivaler, men har nu valgt kun at tilbyde stoftest på regionale centre. Her kan stofbrugerne komme ind og aflevere stoffer til testning og få resultatet en uge efter. Metoder og udstyr er avanceret, og har en relativt lav usikkerhed. Antallet af tests er begrænset med henblik på, at der kun gennemføres det antal tests, som monitorering i narkotikamarkedet fordrer.

Østrig: Check It

I 1997 blev Check It etableret med støtte fra Wien Kommune og den østrigske regering. Check It gennemfører tests af stoffer på mobile enheder på festivaler, i nattelivet m.m. Der anvendes avanceret mobilt udstyr, der kan udføre relativt sikre analyser på kort tid. Ved usikkerhed kan der videresendes til et laboratorium for yderligere analyse. Check It er evalueret internt, og konklusionen var bl.a. at tilbud om test af stoffer kan tiltrække stofbrugere til forebyggende samtaler. Af metodiske årsager var det dog ikke muligt at afdække, om stoftesten havde medført en anden adfærd i målgruppen og om målgruppens vidensniveau var øget, men det er dog Check Its vurdering, at indsatsen har en positiv effekt på vidensniveauet.

Spanien: Energy Control

I 1997 blev der etableret mobile testenheder lig dem i Østrig. Senere valgte den spanske regering dog at bidrage til etableringen af en

stationær facilitet, som kunne foretage avancerede analyser af indleverede stoffer. Det foregår således, at borgere i Spanien kan indsende prøver til test, og herefter få svar online. Resultaterne bruges også i et omfattende overvågnings- og alarmeringssystem. Siden 2014 har Energy Control tilbudt tests internationalt mod betaling. Energy Control er blevet evalueret internt, med gode resultater; der har været stor efterspørgsel på stoftest, og forebyggende anbefalinger modtages positivt af de unge.

I Storbritannien er der endvidere et avanceret alarmeringssystem, der giver information om stoffer indsamlet af politiet eller sikkerheds- og miljøinstanser lokalt på festivaler m.m. uden at omfatte test af stoffer indleveret af brugerne. En lignende løsning findes i Tyskland.

4.2 Internationale evalueringer og erfaringsopsamlinger vedr. test af stoffer

Det er dog kun ganske få initiativer, som er evalueret. Derfor er der meget begrænset evidens på området.

Det Transeuropæiske Stof Informations Projekt (T.E.D.I.) blev gennemført indtil 2013 med støtte fra EU's sundhedsprogram. T.E.D.I. havde siden 2008 understøttet test af stoffer og skabte i 2011 en international database om udviklingen på stofområdet med udgangspunkt i test af stoffer på den rekreative arena. Organisationer og aktører fra Spanien, Holland, Schweiz, Østrig, Belgien og Portugal deltog i projektet. Ved at monitorere og informere om udviklingen i indhold af bestemte stoftyper, understøttede T.E.D.I. forebyggende og skadesreducerende indsatser.

Et studie af T.E.D.I. udført i sammenhæng med projektet viste i 2017, at test af stoffer giver gode muligheder for at gennemføre forebyggende aktiviteter, f.eks. gennem advarselskampagner og direkte, faktabaserede informationer. Ved at stoffet indleveres af brugeren selv, kan der endvidere opnås viden om stoffets virkning og hvor stoffet er købt, hvilket giver yderligere muligheder for forebyggende aktiviteter. Samtidig blev det vurderet i rapporten, at eksistensen af et tilbud om test af stoffer potentielt kunne øge sælgerens motivation for at sælge mere sikre stoffer, da køberne nu ville kunne teste stoffet.

I oktober 2017 udgav det Europæiske Monitoreringscenter for Stoffer og Afhængighed af Stoffer (EMCCDA) et baggrundspapir om test af stoffer som skadesreducerende tilbud til rekreative stofbrugere.

Baggrundspapiret berører spørgsmål, om hvorvidt tilbud om test af stoffer kan redde liv. Det fremgår bl.a., at der er eksempler på grupper af stoffer, som har medført dødsfald i lande uden mulighed for stoftest, men ikke i lande, hvor der er tilbud om test af stoffer, som offentliggør advarsler.

Det vurderes her, at test af stoffer som overvågnings- og alarmeringssystem kan skabe opmærksomhed om særligt farlige stoffer, som dels vil kunne få brugerne til at undgå dem og potentielt få sælgerne til at fjerne dem til markedet.

Samtidig er det vurderingen, at den kemiske sammensætning af stofferne i højere grad stemmer overens med den forventede sammensætning i lande med tilbud om test af stoffer. Det vil sige, at der kan være en sammenhæng mellem muligheden for at stofbrugeren kan teste de købte stoffer og sælgerens motivation til at levere stoffer, som f.eks. ikke er tilsat yderligt risikable stoffer eller har en renhedsgrad, der stemmer overens med brugernes forventninger.

Nye stoffer og sammensætninger er dog som beskrevet en stor udfordring for systemerne, idet deres sammensætning ikke er kendt. Samtidig er det meget forskelligt, hvordan og hvorvidt brugerne af stoftests og de tilhørende alarmeringssystemer forholder sig til de afledte advarsler. Endvidere kan test af stoffer ikke skabe øget sikkerhed for den enkelte, hvis personen bruger forskellige slags stoffer. I dette tilfælde er det anbefalingen, at test af stoffer kombineres med rådgivning.

I ”Health and social responsens to drug problems: a European guide” fra 2017, som det ovenfor refererede baggrundspapir er udviklet til, fremhæves en række yderligere udfordringer ved implementering af test af stoffer. En væsentlig udfordring er risikoen for falsk tryghed; resultatet vil altid have en vis usikkerhed, som øges ved mere usikre metoder. Samtidig kan udbredelse af test af stoffer give indtryk af at brug af stoffer er normalt og dermed underminere forebyggende indsatser.

Det blev endvidere konkluderet, at der mangler forskning på virkning og effekt af løsningerne. EMCDDA understreger dog, at ”enhver løsning, der kan reducere risici, fortjener grundige overvejelser”.

5 Interessent/aktørinddragelse

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er og har været i dialog med en række organisationer, aktører m.v.. om nærværende vidensgrundlag samt tekniske og praktiske spørgsmål i forhold til etablering af en konkret løsning. Nedenfor er oplistet de mest relevante samarbejdspartnere:

- Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Specialist Kim Gosmer (tidl. Mændenes Hjem)
- Sundheds- og Ældreministeriet
- Sundhedsstyrelsen
- Socialforvaltningen
- Teknik- og Miljøforvaltningen
- Politiet
- Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet
- Trimbos Institutet i Holland

6 Forslag til løsningsmodeller

6.1 Overordnet koncept

Der er mange forskellige løsningsmuligheder ift. tilbyde test af stoffer målrettet nattelivet. Stoftest kan både tilbydes i nattetimer og dagtimer, og der er gode erfaringer fra udlandet med begge typer løsning.

En konkret teststation, hvor personer kan komme ind og få tjekket deres stoffer for renhed m.m., vil dels give den enkelte mulighed for at tage stilling til det konkrete stof og risici ved indtag, og dels give mulighed for, at særligt uddannet personale får lejlighed til at gå i dialog med den enkelte og evt. hjælpe personen videre i rusmiddelbehandling eller andet forløb, der styrker personen i forhold til dennes konkrete udfordringer og karakteristika.

Eksempelvis vil en person, der ikke har et konkret misbrug, men har en stærk risikoprofil, med fordel kunne tilbydes samtaler med en psykolog med henblik på at styrke personens ressourcer og handlekompetencer i forhold til at undgå misbrug og afhængighed. Hermed bliver det skadesreducerende tilbud til et forebyggende tilbud, der i større grad kan forebygge misbrug, afhængighed og afledte ulykker/dødsfald blandt stofbrugere.

Samtaler vil kunne foregå i regi af eksisterende tilbud, eller i sammenhæng med et stationært tilbud om test af stoffer.

Stoftest om natten vil give brugerne mulighed for at få testet deres stoffer umiddelbart inden de tager dem. Idet brugerne her ofte vil være påvirkede af alkohol og evt. andre rusmidler, vil der her være tale om en kort oplysning om mulighederne for samtaler og drop-in tilbud eller i enkelte tilfælde en meget kort motiverende samtale med aftale om en opfølgende samtale i dagtimerne. Om end der endnu ikke eksisterer nok viden til at der kan drages deciderede konklusioner, vurderes det at effekten af disse simple interventioner ikke nødvendigvis vil være af samme kvalitet, som hvis personen var upåvirket. Men til gengæld vil det være muligt at udfolde dialogen om det testede stofs risici hvis brugeren i samtalen også oplyser, hvad de ellers har indtaget den aften.

Ved stoftest i dagtimerne er sandsynligheden større for at brugeren er upåvirket. Mange rekreative stofbrugere køber deres stoffer i god tid inden et arrangement, bl.a. fordi internettet giver mulighed for at købe stoffer uden at skulle opsøge en fysisk stofsælger. Her vil brugeren forventeligt være mere motiveret til at gå i dialog, særligt hvis der er tale om et frivilligt, ikke-dømmende tilbud med udgangspunkt i et bredere fokus end den brugen af rusmidler.

I tillæg til tilbud om samtaler, kan en stoftest også være anledning for mere diskret at sikre kendskab til hjælp og behandling ved rusmiddelproblemer, f.eks. ved at have informationsmateriale synligt på teststedet og i forbindelse med generel kommunikation om tilbuddet.

6.2 Tekniske løsninger

Test af stoffer kan både tilbydes mobilt og stationært. De stationære løsninger vil give ofte resultater af højere kvalitet end de mobile, men meget avanceret mobilt udstyr findes også. De mere avancerede tekniske løsninger baserer sig på forskellige former for spektrometri²¹, bl.a. infrarød, røntgen og massespektrometri. Analyser kan laves på kort tid; fra 30 sekunder til en time.

²¹Spektroskopi er teknikker, som kan bidrage til at identificere kemiske struktur af et givet kemisk stof på det molekylære niveau. Blandt de mest udbredte teknikker kan nævnes massespektrometri (MS), infrarød spektroskopi (IR), ultraviolet spektroskopi (UV), røntgenkystallografi og kernemagnetisk resonans (nuclear magnetic resonance NMR). Der er forskel på mængden af information, man får fra de respektive teknikker, og det er derfor ofte en fordel at kombinere teknikkerne.

En kendt løsning er FITR (Fourier-transform infrared spectroscopy), som er let at gå til, mobilt og ikke så omkostningstungt. Der er dog en høj detektionsgrænse på 2%, dvs. at farlige stoffer kun konstateres hvis der er en vis mængde; 2% og derover. Men koncentrationer under 2% kan være dødbringende, hvis det er et meget potent stof, der er blandet i. Derfor anbefales en endnu mere avanceret analyseform.

I Holland og Østrig m.v. bruges løsninger, der kombinerer flere metoder, bl.a. massespektrometri. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anbefaler en løsning, der er relativt hurtig, har lav detektionsgrænse, og kan identificere en bred vifte af kemiske forbindelser indenfor typen feststoffer²². Det primære hensyn anbefales at være reduktion af den usikkerhed, som dog er uundgåelig ved test af stoffer. Hvis test af stoffer skal tilbydes i en mobil løsning, skal udstyret være robust og kunne transporteres.

Udstyr baseret på UHPLC (Ultra High performance liquid chromatography) eller den lidt mindre effektive HPLC (High performance liquid chromatography) kombineret med massespektroskopi (MS) kan give meget præcise resultater på et meget bredt spektrum af stoffer på kort tid. Denne type udstyr er dog ganske omkostningstungt, kræver relevant uddannet personale, og er skrøbeligt.

Udstyret kræver laboratorielignende forhold, bl.a. pga. nødvendigheden af at tilføre flydende nitrogen i forbindelse med analyserne. Anskaffelse af udstyret inkl. service og materialer vil i sig selv indebære en udgift på op imod 5 mio. kr. Hertil kommer etablering af laboratorie, omfanget af denne udgift vil afhænge af om tilbuddet kan tilknyttes eksisterende faciliteter. Der vil dog uanset beliggenhed skulle afsættes et beløb i omegnen af 2-3 mio. kr. til at sikre at lokalerne har de fornødne løsninger til nitrogen, udsugning, samt destruktion og bortskaffelse af prøver, etableret. Der findes mobile HPLC/UHPLC-løsninger, som kan suppleres med MS på et laboratorium. Se bilag 2 for yderligere informationer.

Prisen kan dog variere meget afhængig af om der viser sig mulighed for at erhverve en brugt model med de rette tilpasninger, eller om det

²² I denne forbindelse karakteriseret ved at stofferne er i pille- pulver eller flydende form. Cannabis til rygebrug er eksempelvis ikke omfattet af kategorien og vil ikke kunne analyseres på samme vis som feststofferne.

er muligt at udvikle en løsning, der ikke kræver laboratorielignende forhold.

Uanset om der vælges en UPLC/HPLC-MS baseret løsning eller en anden, mere mobil løsning, vil der skulle påregnes væsentlige udgifter til etablering.

Ombygning af f.eks. en bus til laboratoriebrug vil bl.a. være omkostningstungt idet der eksempelvis er arbejdsmiljøkrav om etablering af udsugning og systemer til at håndtere affaldsprodukter fra analyserne.

Alternative løsninger såsom leje af faciliteter er ikke umiddelbart tilgængeligt, der kan dog vise sig løsninger i løbet af opstartsperioden, f.eks. i sammenhæng med udbud.

6.3 Personale

Analyser og brug af udstyret m.m. kræver tilstedeværelse af 2 medarbejdere med kandidat- eller ingeniørgrad i kemi, alternativt en laborant med erfaring indenfor denne type udstyr. Fortolkning af testresultat med henblik på videreformidling kræver særlige kompetencer indenfor såvel rusmiddelfarmakologi og teknik, derfor er ovenstående personalegrupper en nødvendighed.

Samtidig vil udlevering af testresultat og de tilhørende samtaletilbud skulle varetages af en hertil uddannet rusmiddelrådgiver, eller alternativt en sygeplejerske eller psykolog med kompetencer indenfor rusmiddelfeltet.

Afhængig af tilstrømning af brugere til testtilbuddet, vil der være brug for 2-3 rådgivere i åbningstiden, Endvidere vil pilotprojektet kræve, at der ansættes en projektleder med såvel teknisk kompetence som kendskab til rusmiddelområdet.

Alle medarbejdere vil have brug for kompetenceudvikling for at varetage opgaven, men særligt det tekniske personale vil i opstartsperioden have brug for kompetenceudvikling samt sparring fra internationale samarbejdspartnere.

6.4 Økonomi

Generelt skal der i tillæg til omkostninger til udstyr forventes personaleomkostninger, løbende udgifter til materialer og andre

løbende udgifter såsom sikkerhed, referencestoffer og adgang til diverse registre på op imod 5 mio. kr.

Det er en forudsætning for, at der kan gives tilladelse til at teste stoffer, at projektet gennemføres i forskningsøjemed. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er i dialog med Center for Rusmiddelforskning, der kan gennemføre en robust undersøgelse af tilbuddets virkninger indenfor en ramme på 500.000 kr.

Idet der er mange usikkerheder i forhold til tilbuddets endelige form, har budgetønsket form af en bred ramme. Dette skyldes bl.a., at udstyret er et prisniveau, der fordrer et udbud, og at omfanget af fornødne laboratorieforhold samt teknisk personale afhænger af det valgte udstyr. Endvidere er det en mulighed, at dialogen med forskellige samarbejdspartnere på sigt kan give mulighed for at nogle analyser og ydelser kan varetages af andre aktører end Københavns Kommune, hvorved budgettets omfang vil blive reduceret markant.

På nuværende tidspunkt forventes budgettet at udgøre op imod 20 mio. kr. i opstartsåret 2019 og herefter ca. 5 mio. kr. i det efterfølgende år.

Tidsplanen for pilotprojektet kunne se således ud:

Primo 2019-medio 2019: etablering og videreuddannelse.

Medio 2019 – medio 2020: driftsfase

Medio 2020-ultimo 2020: evaluering og drift (inkl. eventuel afvikling).

Etableringsomkostningerne vil kunne reduceres betragteligt hvis der kommer brugbart, brugt udstyr på markedet. Men da der er tale om avanceret, specialiseret udstyr, kan dette ikke forventes. Mindre omkostningstunge løsninger vil have større usikkerhed i resultaterne, som kan medføre falsk tryghed og potentielt alvorlige ulykker.

Pga. mangel på evidens og sammenlignelige data fra andre lande på området, kan forvaltningen dog ikke anslå, hvor mange af personerne i målgruppen, der vil gøre brug af tilbud om test af stoffer, samt hvor ofte. Dette vil afhænge af flere faktorer, bl.a. hvor tilbuddet placeres i byen, hvilke stoffer, der er i omløb, og om der kan etableres den rette tillidsfulde kontakt til de miljøer, hvor feststoffer er udbredte.

Pga. den førnævnte usikkerhed om målgruppen er det ikke muligt at beregne projektets omkostninger pr. test. Denne må dog formodes at være høj.

Test af stoffer vil være et serviceløft for de jævnlige brugere og storforbrugere af andre stoffer end hash, for hvem tilbuddet vil være målrettet. Det er dog uvist, om de vil agere som ønsket, f.eks. ved ikke at tage stoffer, som ved test er vurderet til at være særligt farlige.

Alternativ løsning: ekstern leverandør

En alternativ løsning er at indgå samarbejde med en ekstern leverandør om test af stoffer. Organisationen Energy Control i Spanien tilbyder internationale kunder test af stoffer. Der er tale om avancerede tests på niveau med dem, der beskrives i dette afsnit. Dette vil alt andet lige spare udgifter til anskaffelse af udstyr, men ventetiden på testresultater vil være noget længere. Prisen for en test ligger på EUR 70, hertil kommer forsendelse m.v. Denne løsning vil dog kræve, at der sikres en lovlige løsning i forhold til forsendelsen.

Sundhedsstyrelsen har i et bidrag til en folketingsbesvarelse om udstyr til brug i fixerum oplyst, at Retskemisk Institut ved Københavns Universitet laver test af stoffer for Rigspolitiet, og at de laver tests indenfor en prisramme af 1.500-2.500 kr. pr. test. Det skal dog afklares, om Københavns Kommune og Retskemisk Institut kan indgå en aftale om sådanne opgaver. Det er endvidere usikkert, om tests m.v. kan foregå indenfor tilstrækkelig kort tidsramme, set i forhold til potentialet i dialog med stofbrugeren.

6.5 Tilhørende løsning: alarmeringssystem

Data fra stoftest vil kunne bibringe viden om særligt farlige stoffer i omløb, der vil kunne bruges i et alarmeringssystem. Som erfaringerne fra T.E.D.I.-projektet viser, er det i høj grad advarslerne og det tilhørende alarmeringssystem, der har den ulykkes- og dødsfaldsforebyggende effekt. Københavns Kommune kan i samarbejde med politiet etablere et sådant alarmeringssystem, eventuelt i samarbejde med andre kommuner og byer. Udvikling af en sådan løsning er ikke efterspurgt i beslutningsforslaget og er derfor ikke yderligere beskrevet her.

6.6 Alternativer

Slutteligt skal der også nævnes mulige løsninger med større forventet effekt i forhold eksperimenterende brug af stoffer, forebyggelse af ulykker og dødsfald, samt i forhold til udvikling af misbrug og

afhængighed. Det kan være målrettede, forebyggende indsatser i partnerskab med f.eks. musikfestivaler eller andre aktører i nattelivet. Idet mange af de særligt udsatte og sårbare unge karakteriseres ved emotionel ustabilitet, vil forebyggelse også kunne ske gennem generel styrkelse af den mentale sundhed blandt unge, eksempelvis via øgede tilbud om psykologhjælp, sociale indsatser, indsatser for at fremme sunde fællesskaber, samt ikke mindst indsatser for at mindske generel sundhedsmæssig risikoadfærd via øgede handlekompetencer og mindsket udbredelse af mere udbredte risikofaktorer, herunder særligt rusdrikkeri, rygning og samt brug af hash.

7 Retligt grundlag for test af stoffer i nattelivet i Københavns Kommune

7.1 Lov om euforiserende stoffer

Det følgende vedrører alene det kommunale område.

Håndtering af euforiserende stoffer reguleres i lov om euforiserende stoffer²³ og bekendtgørelse om euforiserende stoffer²⁴.

Det fremgår af lovens § 1, stk. 1, at de stoffer eller stofgrupper, der frembyder **ganske særlig fare** i anledning af de euforiserende egenskaber, ikke må forefindes her i landet, med mindre der er givet tilladelse under helt særlige omstændigheder fra Lægemiddelstyrelsen.

Det fremgår af lovens § 2, stk. 1, at de stoffer eller stofgrupper, der frembyder **fare** i anledning af de euforiserende egenskaber, kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed, hvis der er givet tilladelse hertil.

Det fremgår af lovens § 2, stk. 2, at hvis der er indhentet tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen kan der gives tilladelse til, ind- og udførsel, salg, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse af disse stoffer.

Det fremgår af § 1, stk. 1, og § 2, stk. 4, at ind- og udførsel, salg, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse af sådanne stoffer er forbudt.

²³ Lovbekendtgørelse 2016-06-13 nr. 715 om euforiserende stoffer

²⁴ Bekendtgørelse 2011-05-31 nr. 557 om euforiserende stoffer

Udgangspunktet er derfor, at alle de stoffer og stofgrupper, der er omfattet af loven, er ulovlige, og at ind- og udførsel, salg, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse af sådanne stoffer er forbudt.

Det fremgår af lovens § 3 a, at der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel. Det fremgår endvidere, at kommuner alene kan straffes i anledning af overtrædelser, der begås ved udøvelse af virksomhed, der svarer til eller kan sidestilles med virksomhed udøvet af private. Det vil sige, at myndighedsudøvelse ikke er omfattet af reglerne. Strafansvaret vil dog kunne omfatte faktisk forvaltningsvirksomhed, som den praktiske drift af et tilbud om test af stoffer vil være.

7.2 Hvilke stoffer er omfattet?

Bekendtgørelsen inddeler euforiserende stoffer i grupper med bilag med fem lister over euforiserende stoffer:

- Liste A omfatter de stoffer, der ikke må forefindes her i landet, da de frembyder særlig ganske fare
- Liste B, D og E omfatter stoffer, der kun må benyttes til medicinsk og videnskabeligt brug
- Liste C omfatter stoffer, der i utilberedt stand falder ind under lovens § 2, og således kun må anvendes medicinsk og videnskabeligt, men som i farmaceutiske præparater i almindelighed ikke er omfattet af loven.

Liste A indeholder 7 euforiserende stoffer, mens liste B indeholder 239 stoffer eller kemiske sammensætninger. Liste C og D indeholder hver 9 stoffer, mens liste E indeholder 62 stoffer.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 1, stk. 1, at de stoffer, vækster og droger, der er opført på liste A-E, også omfatter salte og simple derivater med euforiserende virkning. Det kan være estere eller ætere, og det er uanset om stofferne, deres salte eller derivater er fuldstændig rene, om de er af fabrikerede, af naturlig oprindelige eller syntetisk fremstillet. Derudover er tilberedninger i form af opløsninger, fortyndinger, ekstrakter, koncentrat, tinkturer mv. omfattet af definitionen på et euforiserende stof.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 2, stk. 1, at de euforiserende midler, der er optaget på liste A, kun må forefindes her i landet, og dermed at forvaltningen må håndtere de pågældende stoffer, hvis Lægemiddelstyrelsen har givet tilladelse hertil.

Liste A omfatter:

- 1) Cannabis
- 2) Catha edulis
- 3) Diacetylmorphin (heroin)
- 4) Lysergid (psykedia)
- 5) Præpareret opium
- 6) Affald og residua, der bliver tilbage ved rygning af opium
- 7) Planten Papaver somnifer L. (frøene undtaget) (opium valmue).

De øvrige euforiserende midler, der er optaget på liste B, D og E, kan lovligt forefindes her i landet, men det er fortsat forbudt at ind- og udføre, sælge, købe, udlevere modtage, fremstille, forarbejde og besidde disse stoffer. Med mindre, at det sker som led i medicinsk og videnskabeligt sammenhæng.

Det betyder, at et tilbud om test af stoffer kan hjemles i bekendtgørelsen om euforiserende stoffer, hvis det sker i en medicinsk eller videnskabelig sammenhæng. Det er Lægemiddelstyrelsen, der skal godkende, at tilbuddet etableres som led i en medicinsk eller videnskabelig sammenhæng.

Da de stoffer, der er optaget på Liste A, ikke må forefindes her i landet, skal der indhentes tilladelse til, at tilbuddet må håndtere den type stoffer. De øvrige stoffer på Liste B, C, D og E må gerne forefindes i landet, hvilket gør, at et tilbud om stoftest godt må håndtere de pågældende stoffer uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, forudsat at tilbuddet har den påkrævede tilladelse af etableringen fra Lægemiddelstyrelsen.

Det betyder opsummerende, at Lægemiddelstyrelsen skal godkende, at der etableres et tilbud om test af stoffer, og at tilbuddet inkluderer de stoffer, der er opført på Liste A.

7.3 *Hjemmel til at etablere en tilbud om test af stoffer i kommunalt regi?*

Kommunen kan generelt varetage opgaver, hvis der er en kommunal interesse i opgavevaretagelsen, hvis det er sagligt og fagligt, samt økonomisk forsvarligt, og det kommer almenheden til nytte.

Der må samtidig ikke være tale om begunstiging af enkeltpersoner eller grupper eller på anden vis tale om (direkte eller indirekte) erhvervsstøtte.

Der er i dette tilfælde tale om etablering af en funktion, der kan foretage generelle tests af et euforiserende stof, der er forbudt efter lov om euforiserende stoffer.

Formålet med etableringen af en sådan stoftesten skal være at forebygge overdosis og/eller dødsfald som følge af indtagelse af et euforiserende stof. Målgruppen er efter Borgerrepræsentationens beslutning borgere, der færdes i nattelivet. Nattelivet er i medlemsforslaget defineret som mainstreammiljøer som barer og private fester. Medlemsforslaget tager således ikke sigte på etablering af en testfunktion i misbrugsmiljøet.

Kommunen kan varetage sociale og sundhedsmæssige hensyn ved tilrettelæggelsen af kommunens opgaver på baggrund af den uskrevne kommunalfuldmagt.

Det kan således konkluderes, at kommunen kan varetage det hensyn og den opgave, der ligger bag etableringen af et tilbud om test af stoffer.

Af lovgivning på sundhedsområdet er det lovgivningen om euforiserende stoffer, som er relevant for besvarelsen af spørgsmålet.

Hovedformålet med og hovedindholdet af lov om euforiserende stoffer og den i medfør heraf udstedte bekendtgørelse om euforiserende stoffer er reguleringen af den lovlige anvendelse af euforiserende stoffer.

Med reguleringen af den lovlige anvendelse sætter lovgivningen også grænser for denne anvendelse og definerer dermed bl.a., hvornår besiddelse af euforiserende stoffer er forbudt.

For nogle få stoffers vedkommende; nemlig de stoffer, som er optaget på liste A i bilag 1 til bekendtgørelsen om euforiserende stoffer, gælder det, at de som udgangspunkt slet ikke må forefindes her i landet. Lægemiddelstyrelsen kan dog under ganske særlige omstændigheder og på nærmere fastsatte vilkår meddele tilladelse dertil. Bortset fra forhold omfattet af en sådan tilladelse og i visse andre tilfælde, som ikke er relevante i denne sammenhæng, er besiddelse af disse stoffer forbudt.

For alle andre euforiserende stoffer, dvs. de stoffer, som er optaget på liste B-E i bilaget til bekendtgørelsen om euforiserende stoffer, gælder det, at de her i landet kun må anvendes i medicinsk eller videnskabeligt øjemed. Besiddelse af disse stoffer i andre øjemed er som udgangspunkt forbudt.

Besiddelse af euforiserende stoffer i videnskabeligt øjemed er i visse tilfælde tilladt for statens naturvidenskabelige, lægevidenskabelige og tekniske laboratorier og institutioner. I visse tilfælde er det også tilladt for statens og kommunernes laboratorier og institutioner at besidde euforiserende stoffer med henblik på stoffernes anvendelse i klinisk-kemisk øjemed. Endelig kan besiddelse af euforiserende stoffer være tilladt for laboratorier og institutioner i øvrigt, hvis der foreligger en tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen til virksomhed med euforiserende stoffer, og besiddelsen finder sted i overensstemmelse med de i tilladelsen fastsatte vilkår.

I det omfang tests af euforiserende stoffer kan indføres og anvendes på en måde, så stofbesiddelsen falder inden for de ovenfor skitserede rammer, udgør lovgivningen om euforiserende stoffer ingen barriere for indførelse og anvendelse af sådanne tests.

Det stiller derfor krav til, at et pilotprojekt om test af stoffer i nattelevet har tilstrækkelige præcise forsknings- og undersøgelsesmål.

Som begreb defineres forskning, som en systematisk videnskabelig undersøgelse af et emne. I forskningsprocessen anvendes en stringent metode, hvor der lægges afgørende vægt på, at den erkendelse, der søges, kan begrundes eller bevises.

Detaljerne i den videnskabelige arbejdsproces varierer fra disciplin til disciplin, men fælles for dem er, at forskeren opstiller en række påstande eller teorier, som derefter søges be- eller afkræftet.

I processen inddrages såvel det, der taler imod de opstillede teorier, som det, der taler for, samtidig med at de forudsætninger, der ligger til grund for teorierne, løbende bliver underkastet en kritisk revision i lyset af den nye viden, som forskningsprocessen fører frem til.

Det betyder, at der skal arbejdes henimod at der kan fx offentliggøres et forskningsresultat, at der etableres inddragelse og vidensdeling med et (eller flere) anerkendt(e) forskningsinstitution(er), og at relevante forskere og videnspersoner inddrages, både i forhold til tilrettelæggelse af forskningsprojektet, men også i forhold til tilpasninger undervejs, analyse og revision af resultaterne.

Den nærmere beskrivelse af forskningsprojektet bør udarbejdes i en særskilt projektbeskrivelse med angivelse af konkrete forskningssubjekter og -mål.

Forskningsprojektet kan være med til at klarlægge stofbrugere motivation for at indtage stoffer, og hvad der virker forebyggende, hvis man kan følge brugernes vej fra test til opfølgende samtale og evt. videre adfærd.

7.4 Juridiske overvejer ifbm de enkelte trin i selve tilbud om test af stoffer

I det følgende gennemgås testen af stoffer trin for trin. Gennemgangen vedrører både de retlige rammer i forhold til den borger, der ønsker et stof testet og den personer, der skal

7.4.1 Borgerens adgang til at gøre brug af stoftesten

Det fremgår af lov om euforiserende stoffers § 1, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen har bemyndigelse til at fastlægge at stoffer, herunder stofgrupper, som efter internationale vedtagelser, eller efter Sundhedsstyrelsens skøn medfører ganske særlig fare, ikke må befinde sig her i landet. Efter § 1, stk. 3, er enhver ind- og udførsel, salg, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse af euforiserende stoffer forbudt.

Det fremgår af § 3, at det er strafbelagt at håndtere et forbudt euforiserende stof på en måde, som er beskrevet efter § 1, stk. 3.

Det betyder, at de stoffer der er omfattet af lov om euforiserende stoffer er ulovlige, og det vil være strafbart at være i besiddelse af dem. Det giver derfor det praktiske problem for borgeren, at pågældende ikke vil have mulighed for at transportere stoffet hen til et tilbud om test af stof uden at risikere straffemæssigt forfølgelse.

Da besiddelse af euforiserende stoffer er strafbart, vil det derfor være en hindring for etableringen af et tilbud om test af stoffer, at politiet vil strafforfølge de personer, de måtte komme i kontakt med, og så er i besiddelse af ulovlige stoffer. Det betyder, at ingen vil kunne benytte sig af et tilbud om test af stoffer uden at risikere strafforfølgelse.

Samme problemstilling er behandlet i forbindelse ændring af lov om euforiserende stoffer, hvor det med lov 2012-06-18 nr. 606 blev muligt at etablere stofindtagelsesrum.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslag 185, 2011-2012, afsnit 4.4, at *”det forudsættes imidlertid med lovforslaget, at besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug i og i umiddelbar nærhed af et kommunalt stofindtagelsesrum eller et stofindtagelsesrum drevet af en selvejende institution med driftsoverenskomst med kommunen i praksis normalt ikke forfølges af politiet, hvis pågældende er fyldt 18 år og som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer har en stærk afhængighed af det pågældende stof.”* Heri ligger således, at personen, der er i besiddelse af et ulovligt stof, ikke får konfiskeret stoffet, og politiet ikke forfølger det straffemæssige spørgsmål.

Baggrunden for etablering af stofindtagelsesrummene var at sikre skadesreduktion, hindre dødsfald, sikre bedre sundhedsmæssige forhold for stofbrugere og mindske gener for borgere, herunder børnefamilier, i lokalmiljøet.

Etablering af et tilbud om test af stoffer, der har fokus på nattelivet, vil ikke have samme målgruppe som stofindtagelsesrummet. Brugere i nattelivet er præget af engangs- eller sporadisk brug af et euforiserende stof. Intentionen i bagvedliggende hensyn i Borgerrepræsentationens beslutning er i vidt omfang det samme som det bagvedliggende hensyn i lovgivningen vedrørende stofindtagelsesrum: skadesreduktion. Hertil kommer, at med et forskningsprojekt, hvor der undersøges, hvilke stoffer der indtages i nattelivet, vil politiet hurtigere kunne understøtte en varsling af

nattelivsmiljøet, når farlige stoffer flourer i miljøet, som således vil kunne have et forebyggende perspektiv

Hvis der etableres et tilbud om test af stoffer, der har et videnskabeligt formål og med et forebyggende og skadesreducerende sigte med henblik på at forhindre dødsfald og forgiftninger, må muligheden for at etablere en visitationsfri zone i samarbejde med politiet også finde anvendelse ved etablering af et tilbud om test af stoffer.

Det fremgår af lovforarbejderne til etablering af stofindtagelsesrum, at det omfatter de personer, der er i besiddelse af et ulovligt stof og er i umiddelbar nærhed af stofindtagelsesrummet. Det samme udgangspunkt vil kunne lægges til grund ved etablering af et tilbud om test af stoffer, er der behov for at afgrænse begrebet umiddelbar nærhed. Det må derfor forudsættes, som det er tilfældet med reglerne om stofindtagelsesrum efter lovens § 3 b, at der kan etableres en zone rundt om testenheden, hvor personer frit kan transportere et ulovligt stoffet til tilbuddet om test af stoffer uden at forbuddet mod besiddelse af euforiserende stoffer håndhæves. Nærmere præcisering af umiddelbar nærhed lader sig ikke definere, men vil bero på et samarbejde mellem Københavns Kommune og Københavns Politi.

Hvis der træffes beslutning om en mobil løsning, vil den forventelig fortsat have en fast holdeplads, når der tilbydes test af stoffer. Det vil i den forbindelse også kræve, at personer med et ønske om at få testet et euforiserende stof har kendskab til, hvor den mobile løsning befinder sig. Når det derfor planlægges, hvor den mobile stoftest skal befinde sig, er der mulighed for at tilrettelægge den zone, der skal gælde rundt om den mobile løsning, med politiet.

7.4.2 Indlevering til test og foretagelse af selve stoftesten i testfunktionen

Når en person indleverer et euforiserende stof, vil det være påkrævet, at dele eller hele det euforiserende stof anvendes i testen.

Uanset om kun dele eller hele det euforiserende stof, der skal anvendes for at udføre testen, vil testningen forudsætte, at det pågældende euforiserende stof bearbejdes. Det fremgår af bekendtgørelsens § 23, at andre former for virksomhed med euforiserende midler ind- og udførsel, udlevering, fremstilling eller forhandling kræver tilladelse af Lægemiddelstyrelsen.

Det betyder, at selve testen vil kræve godkendelse af Lægemiddelstyrelsen.

I de tilfælde, hvor kun dele af det euforiserende stof skal anvendes i stoftesten, vil personen selv skulle omfordere det euforiserende stof. Det skyldes, at det ikke vil være muligt at levere et stof, der er blevet testet, tilbage til brugeren. Det er nærmere uddybet nedenfor.

Når det pågældende euforiserende stof er omfordelt, skal der ske en testning af det pågældende stof, og der kan her blive tale om bearbejdelse af stoffet for at klargøre det til testning. Da der er tale om bearbejdelse af det euforiserende middel, vil det kræve Lægemiddelstyrelsens tilladelse.

Foruden at kommunen selv forestår testen, er det også muligt, at der indgås samarbejde med en af statens laboratorier eller institutioner. Det fremgår af bekendtgørelsens § 23, stk. 2, at det er tilladt statens naturvidenskabelige, lægevidenskabelige og tekniske laboratorier og institutioner uden særskilt tilladelse at anvende euforiserende midler til formål, der falder inden for institutionens naturlige virksomhedsområde.

Det skal samtidig bemærkes, at det fremgår af bekendtgørelsens § 13, at destruktion af euforiserende midler i kommunale laboratorier ikke kræver godkendelse af Lægemiddelstyrelsen. Når testen er overstået, og det testet stof bortskaffes, eller hvis stoffet destrueres som følge af testningen, er der hjemmel her til i bekendtgørelsen.

7.4.3 Resultatet af undersøgelsen

Selve testen og resultatet er af videnskabelig og klinisk-kemisk karakter, idet der foretages en videnskabelig undersøgelse af det stof, der ønskes undersøgt. Kommunen indsamler i denne forbindelse viden om de euforiserende stoffer, der er i omløb i nattelivet for således at kunne tilpasse og tilbyde konkret og individuel forebyggende rådgivning.

Den person, der har henvendt sig for at få testet noget stof, får i forbindelse med afslutning af undersøgelse oplyst, hvad det er for et stof, pågældende har fået til undersøgelse, og hvad det indeholder.

Der er således frem til denne fase af projektet tale om en klinisk-kemisk undersøgelse af, hvilke euforiserende stoffer forekommer (og med hvilken hyppighed) i nattelivet.

Orientering om, hvilket stof pågældende er i besiddelse er således ikke problematisk, set ud fra et strafferetligt perspektiv.

7.4.4 Udlevering af det pågældende stof

Det er vurderingen, at der ikke er hjemmel til at udlevere (returnere) det euforiserende stof til den person, der har indleveret et stof til testning, såfremt det bliver overdraget til stoftestfunktionen.

Det skyldes, at det er ulovligt at udlevering af euforiserende stoffer med mindre det sker som led i medicinsk behandling (bek. § 4, stk. 1.), til videnskabeligt brug (bek. § 4, stk. 3) eller til personer, der har fået Lægemiddelstyrelsens tilladelse (bek. § 4, stk. 4).

Det vil derfor ikke lovligt at tilbagelevere dele af et testet stof.

Det stiller derfor krav til den tekniske løsning, at det er personen, der ønsker stof testet, der selv omdanner stoffet, så det er klar til testning. På den måde opstår der ikke en situation, hvor det er påkrævet, at der tilbageleveres et euforiserende stof.

7.5. Strafansvar for den medarbejder, der betjener testfunktionen

Ved deltagelse i håndtering af et ulovligt euforiserende stof, som en person har bragt til undersøgelse, vil operatøren kunne blive omfattet af straffeansvar efter straffelovens § 23 om medvirken til andres overtrædelser. Besiddelse af et euforiserende stof er en overtrædelse af lov om euforiserende stoffer og er strafbelagt.

Der er allerede hjemmel til, at operatøren kan modtage og besidde det pågældende euforiserende stof i bekendtgørelsens § 5, stk. 1, nr. 4 om kommunale laboratoriers adgang til at foretage test af euforiserende stoffer i klinik-kemisk øjemed.

7.5.1 Særlig problematik i forhold til unge under 18 år

Et tilbud om test af stoffer vil kunne tænkes som et åbent tilbud, hvorved der ikke sker en forudgående visitation af dem, der henvender sig for at få testet et stof.

Det betyder, at det kan ske, at unge under 18 år henvender sig for at teste stoffer. Udgangspunktet er, at unge under 18 år er umyndige, og at i de tilfælde at de henvender sig for at få testet et euforiserende stof, der må forventes at blive indtaget, vil kræve, at den person, der foretager testen, skal underrette forældrene eller de sociale myndigheder.

Det er op til den person, der skal foretage testen at lave en faglig vurdering af, om den person, der henvender sig for at få lavet testen, om den pågældende er under 18 år. Det er kun i de tilfælde, hvor der utvivlsomt er tale om en ung person under 18 år, at der er pligt til at handle.

7.6. Oversigt over påkrævede tilladelser

Etableringen af et pilotforsøg, der undersøger de stoffer, der er i omløb i nattelivet med henblik på tilvejebringelse af forebyggende og skadereducerende indsatser, vil kræve en række tilladelser om,

- At Lægemiddelstyrelsen godkender, at etablering af en stoftestfunktion sker som led i et klinisk-kemisk og videnskabeligt øjemed, og at der må ske test af de euforiserende stoffer.
- At der etableres samarbejde med politiet, således der kan etableres en zone omkring tilbuddet om test af stoffer, hvor politiet ikke håndhæver forbuddet mod besiddelse af euforiserende stoffer, såfremt der er tale om stofmængder, der må antages af være til eget forbrug.

Bilag 1: Uddybet afsnit om målgrupper og risikofaktorer i forhold til udvikling af misbrug

Når der tales om årsager til misbrug og afhængighed af stoffer, tales der ofte om fire store hypoteser, som her er oplyst i simplificeret form²⁵.

Dispositionshypotesen: personer udvikler misbrug fordi deres gener gør dem mere sårbare overfor stoffer. Denne hypotese er stærkt kritiseret i sin populariserede form, om end generne i et vist omfang kan have en indflydelse på udviklingen af misbrug og afhængighed.

Socialiseringshypotesen: personer udvikler misbrug fordi der i deres relationer (familie, kammerater og andet netværk) er udbredt brug og eller misbrug af rusmidler, som hurtigere ”skubber” personen over i et misbrug end hvis personen ikke er socialiseret med brug og misbrug af rusmidler. Hypotesen bygger blandt andet på social indlæringssteori, hvor fokus er på imitation og modellering af andres adfærd, vanemønstre, samt de forskelligartede forventninger til egne og andres brug af rusmidler. Hypotesen bør ikke ses som forklaring i sig selv, men kan meningsfuldt sammensættes med de to følgende hypoteser, Stress- og selvmedicineringshypotesen, samt Udbrændtheds- og anomi-hypotesen, og sekundært Dispositionshypotesen.

Stress- og selvmedicineringshypotesen: personer udvikler misbrug og afhængighed ved at selvmedicinere²⁶ stress med rusmidler, særligt hvis personen er socialiseret med rusmiddelbrug og -misbrug, eller hvis der er særligt genetisk disposition for det. De stressede, som bruger stofferne til at præstere, lindre eller hæmme, kan blandt andet være unge, som er identitetsforvirrede og befinder sig et sted mellem barnerolle og voksenverden. Denne gruppe favner de eksperimenterende stofbrugere. Brugen af stoffer har således en funktion, og hvis eksempelvis den unge gennem sin opvækst (dvs. socialisering jf. socialiseringshypotesen) har lært, at rusmidler kan bruges til at håndtere stress og dermed bruger rusmidler som

²⁵ En mere fyldestgørende uddybning og diskussion ses blandt andet i ”Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler” af Mads Uffe Pedersen, Aarhus Universitet.

²⁶ Selvmedicinering skal her forstås i forhold til den enkeltes sociale og kulturelle kontekst, således at selvmedicinering f.eks. også omfatter at bruge ecstasy i festsammenhæng som frirum for dagligdagens problemer, eller brug af stoffer til at præstere bedre. Denne forståelse af selvmedicinering kobler sig ikke op til ét enkelt stof: der kan ske en udvikling i typen af rusmidler til selvmedicinering for den enkelte, afhængig af hvilken situation, personen befinder sig i.

mestringsredskab, samt eventuelt hvis der er genetiske dispositioner for misbrug, kan brugen af stoffer ved stress føre til forværede personlige og sociale problemer, som forstærker behovet og i sidste ende udskifter den selvmedicinerende funktion med et stofbrug nødvendiggjort at abstinenser.

Udbrændtheds- og anomi-hypotesen: personer udvikler misbrug efter en opvækst og tilværelse med store sociale og personlige problemer, såsom udsættelse for omsorgssvigt, overgreb samt social eksklusion; problemer, som på forskellig vis svækker den enkelte og øger risikoen for et misbrug. Udbrændthed/anomi er den stærkeste risikofaktor for udvikling af misbrug, særligt hvis denne tilstand sættes i sammenfæng med socialiseringshypotesen og/eller dispositionshypotesen. De udbrændte/anome unge vil dog ofte være for udsatte og mistænksomme overfor kommunale tilbud til at et tilbud om test af stoffer vil fange deres interesse i større omfang.

De fire hypoteser spiller sammen således, at mens disposition og socialisering udgør henholdsvis den genetiske og sociale arv, udgør stress, anomi og udbrændthed de risikofaktorer, som meget ofte medfører, at der sker en udvikling fra brug af stoffer til misbrug og afhængighed. Disse fire elementer kan være gensidigt forstærkende, således at f.eks. udbrændthed/anomi opstår som følge af en afhængighed afledt af socialisering samt selvmedicinering, og herefter forstærker den sociale deroute.

Unge er særligt udsatte, hvis de af forskellige årsager ikke har det som faglitteraturen kalder et tilværelsesprojekt; altså et mål i tilværelsen. Det kan være sportslige præstationer, boglige som ikke-boglige fagkundskaber, fællesskab eller at bidrage til sociale forandringer. Mens der også blandt dem, der har et sådant tilværelsesprojekt også kan være brugere af diverse stoffer, er risikoen for at eksperimenterne ender i et misbrug større, hvis den unge ikke har formål og fokus i deres liv. Tilstedeværelsen af et tilværelsesprojekt har en klar sammenhæng med emotionel stabilitet og det tilhørende psykiske overskud til at engagere sig socialt, fagligt eller politisk.

Gruppen af identitetsforvirrede unge, som ikke rigtig er interesserede i noget, har ringe selvtillid og tro på egne evner, og hvor intet rigtig bliver til noget, er ikke nødvendigvis social ekskluderet som de meget udsatte unge, der er apatiske, mistænksomme og opgivende og ofte har psykiske lidelser. Men de har svært ved at finde sig til rette i

job og på uddannelsen, og brugen af stoffer spiller ofte en fremtrædende rolle i deres liv, hvor fester, udseende, image, konsum, sociale medier og ligesindede venner er det centrale omdrejningspunkt²⁷. Nattelivet udgør en vigtig arena for gruppen, og stofindtaget kan være meget stort og have et selvmedicinerende formål.

Disse unge kan være særligt sårbare i forhold til risikofaktorer såsom relationer med stofmisbrug eller storforbrug af rusmidler generelt, genetisk disposition for misbrug, chikane på arbejdspladsen og manglende oplevelse af belønning for indsats; det vil sige at risikofaktorerne i højere grad vil påvirke den unge i retning af social deroute og misbrug, set i forhold til unge med stærkere afsæt i livet.

Unge med tilværelsesprojekter kan også være i risiko for at udvikle misbrug, og sårbare unge kan også have projekter og mål. Men generelt set er der for unge, som er karakteriserede ved at have et tilværelsesprojekt flere faktorer, som beskytter mod at f.eks. rekreativt brug udvikler sig til misbrug. Det handler bl.a. om stærke familierelationer og tryk opvækst, ingen misbrugere af rusmidler blandt de nære relationer, god tilknytning til skole og arbejdsliv samt stærke sociale og følelsesmæssige kompetencer²⁸. Det betyder dog ikke, at f.eks. et dødsfald i den nære familie eller at en omgangskreds, hvor rusmidler kommer til at spille en central rolle, ikke kan påvirke en ung, som eksperimenterer med stoffer, i retning af et eskaleret forbrug. Det betyder heller ikke, at eksperimenter med stoffer ikke kan ende i forgiftning.

Det er som nævnt i dette afsnit en bred vifte af risikofaktorer, som kan gøre sig gældende ift. udvikling af et konkret misbrug. I tillæg til disse bør tilføjes brug af andre typer rusmidler, såsom tobak, da dette er udpeget som en stærkt medvirkende faktor i andre videnskabelige publikationer om stofbrug²⁹.

| | Risici | Beskyttelse |
|--------------|---|--|
| Organisk | Bl.a. forældre med misbrug/afhængighed, genetisk disposition, udsættelse for rusmidler under graviditet, køn (hankøn) | Særlige genetiske dispositioner |
| Personlighed | Bl.a. angst, personlighedsforstyrrelser, | Bl.a. personlige kompetencer (fysiske, |

²⁷ Kilde: Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler, 2005

²⁸ Kilde: Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler, 2005

²⁹ eksempelvis "Stoffer og Natteliv" af Järvinen, Demant og Østergaard, 2010.

| | | |
|-----------------|--|---|
| | temperament, mangel på selvkontrol og sociale kompetencer | emotionelle, kognitive, sociale) samt faglige kompetencer |
| Relationelle | Bl.a. svage tidlige relationer, stress/traumer/PTSD, svage familierelationer og opvækst, relationer og familie med storforbrug/misbrug af rusmidler. | Bl.a. god familiemæssig tilknytning, støtte og tryghed, forbillede og autoritativ opdragelse, samt begrænsede sociale relationer til lavrisikogrupper |
| Institutionelle | Bl.a. eksklusion eller mangel på familie/netværk, samt eksklusion fra skole og arbejde, fattigdom, ”effort-reward”-imbalance, samt overgreb og chikane på arbejdspladsen. | Bl.a. god tilknytning til skole og arbejdsmarked, foreningsliv/sport, religiøsitet samt spirituel/religiøs taknemmelighed. |
| Samfundsmæssige | Bl.a. fattigdom, ressourceknaphed, ulighed og sammenbrud af institutioner og værdier, eksklusion fra velfungerende systemer og tillidssammenbrud, samfundsmæssig anomi, udbrændthed og identitetsforvirring, manglende organisation af lokalsamfund, rusmidlers tilgængelighed og pris, mindstealder for køb af alkohol, samt straffe tilknyttet rusmidler (f.eks. spirituskørsel og salg af stoffer). | |

Kilde: Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler, 2005

Bilag 2: Oversigt over teknologier til test af stoffer i natlivet

Der er grundlæggende to kategorier af teknologier til test af analyse af kendte og ukendte stoffer: tests, som giver indikation af, hvilken type stof, der er til stede uden at kunne identificere stoffet specifikt, og bekræftende tests, som er mere specifikke og kan bestemme stoffets nøjagtige identitet.

| Navn | Beskrivelse | Kvalitet i analyse /resultat 1-6 | Ca. pris | Mobil/stationær | Andet |
|---|---|----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| HPLC/UHPLC MS (se uddybning i skema) | Kombination af HPLC/UHPLC og MS er den mest avancerede løsning. HPLC/UHPLC-udstyret kan hurtigt identificere sammensætning af stoffet, evt. på en mobil enhed. Hvis der viser sig at være usikkerheder, kan stoffet analyseres med MS-teknologi | 6 | 5-7 mio. for samlet løsning evt. inkl. mobilt udstyr. Hertil kommer laboratorie-etablering til MS. | Stationær og delvist mobil. | Analyser gennemføres på minutter til en time, afhængig om MS viser sig nødvendigt. Kræver tekniker og kemiker. |
| Nuklear Magnetisk Resonans spektroskopi | Laver fuldkommen molekyllær identifikation ved at belyse lokale magnetfelter omkring atomkernerne i stoffet. | 6 | 4-5 mio., men er udviklet til forskningsbrug. Hertil kommer avanceret laboratorieetablering med meget store lokaler. | Stationær. | Vejer flere tons og kræver personale på post-doc niveau. |
| Massespektrometri (MS) | Teknik, ved hvilken kemiske stoffer ioniseres og adskilles ud fra deres masse/ladnings-forhold Kan identificere og afgøre typer og mængde på nærmest alle typer stoffer. | 5 | 1-3 mio.kr. Hertil kommer udgifter til service, licenser og materialer, samt etablering af laboratoriefordhold. | Stationær. | Analyse gennemføres på få minutter. Kræver tekniker og kemiker/ laborant tilknyttet. |
| HPLC/UHPLC High Performance/ | Væskeprøven presses (højtryk) gennem en kolonne, der interagerer med væskeprøvens kemiske | 5 | 1-3 mio. kr. | Kan både være stationær | HPLC/UHPLC kombineret med |

| | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------------------|--|
| Ultra high Performance Liquid Chromatography/Højtryks-væskeskromatografi. | forbindelser i forskellig grad. Det betyder, at de enkelte forbindelser forlader kolonnen med forskellig hastighed i forhold til hinanden. Ud fra disse data kan der både identificeres type og mængder på de fleste typer stoffer. I dag er HPLC en af de vigtigste analysemetoder i såvel kvalitativ som kvantitativ analytisk kemisk og biokemisk arbejde. | | | og mobil. | massespektrometri er et meget effektivt analyseværktøj, som er beskrevet tidligere i denne oversigt. |
| Infrarød spektrometri | Prøven udsættes for infrarødt lys, reaktion indikerer stoftype. Kan identificere og afgøre typer og mængde på nærmest alle typer stoffer. Udstyr med Fourier transformations IR spektrometri (FTIR) er relativt udbredt. | 5 | Ca. 1 mio. kr. Hertil kommer udgifter til service og licenser. | Kan både være stationær og mobil. | Analyse gennemføres på sekunder til minutter |
| Raman Spektroskopi | Optisk teknik baseret på uelastisk spredning af stråling, hvor prøven belyses med laser for at identificere lysets spredning, hvorved stoffets indhold indikeres. Kan identificere og afgøre typer og mængde på nærmest alle typer stoffer | 5 | Ca. 1 mio. kr. Hertil kommer udgifter til service og licenser. | Kan både være stationær og mobil. | Analyse gennemføres på sekunder til minutter. |
| Røntgen diffraktometri | Prøvens strukturerne af krystallinske materialer undersøges ved at røntgenstrålingens bølgelængde sammenlignes med afstanden mellem krystallernes atomer eller molekyler for at identificere og afgøre typer og mængder på faste stoffer. | 4 | 1-3 mio. kr. Hertil kommer udgifter til service og materialer. | Stationær. | Analyse gennemføres på minutter til timer. Kan kun håndtere faste stoffer, ikke flydende. |
| Tyndtlagskromatografi (TLC) | Kromatografiteknik (se HPLC/UHPLC ovenfor), hvor den mobile fase trænger op gennem den stationære fase, som pulverformigt adsorptionsmateriale frem for gennem højtryk som ved HPLC. TLC kan adskille blandinger, men ikke afgøre mængder. Kan identificere de mest udbredte typer stoffer, men ikke nødvendigvis kunne håndtere nye typer stoffer. | 3 | Ca.25.000 kr. Hertil kommer udgifter til materialer. | Kan både være stationær og mobil. | Analyse gennemføres på minutter til timer. |
| Ultraviolet spektroskopi | Prøven udsættes for ultraviolet lys, reaktion indikerer stoftype. Kan identificere, men ikke afgøre mængder i de mest udbredte typer | 3 | Ca. 100.000 kr. | Kan både være stationær og mobil. | Analyse gennemføres på minutter. |

| | | | | | |
|---------------------|---|---|---|-----------------------------------|---|
| | stoffer. | | | | |
| Plet/farvetest | <p>Prøven udsættes for en sammensætning af kemikalier og skifter farve afhængig af hvilke typer stof, der er tale om.</p> <p>Kan identificere, men ikke afgøre mængder i de mest udbredte, og beskrevne stoffer.</p> | 2 | 25-50 kr. pr. test. Hertil kommer yderligere omkostninger afhængig af antal tests gennemført, ca. 1000-3000 årligt. | Kan både være stationær og mobil. | Analyse gennemføres på sekunder til minutter. |
| Mikrokrystallintest | <p>Prøven placeres i kemikalier, der får den til at danne krystaller.</p> <p>Krystallernes mønstre indikerer, hvilken type stof der er tale om.</p> <p>Kan identificere, men ikke afgøre mængder i en del forskellige stoffer</p> | 2 | 25-50 kr. pr. test. Hertil kommer yderligere omkostninger afhængig af antal tests gennemført, ca. 1000-3000 årligt. | Kan både være stationær og mobil. | Analyse gennemføres på minutter. |