

Insluiten of heenzenden ~ Profiel van GHB-gebruikers



In dit hoofdstuk schetsen we een profiel van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie. Welke groepen of typen worden in de praktijk aangetroffen? Zijn bepaalde groepen of typen sterker vertegenwoordigd dan andere? Wat is de geslachtsverdeling, hoe is de leeftijdsopbouw en hoe is de verdeling naar etniciteit? Is er sprake van een profiel dat op opgaat voor heel Nederland of zijn er duidelijke regionale verschillen?

Typen problematische GHB-gebruikers

In de interviews werd gevraagd tot welke groepen of typen de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie gerekend kunnen worden. De respondenten konden zelf een indeling maken, waarbij het totaal moest uitkomen op 100%. In de vragenlijst hadden we alvast twee typen onderscheiden: 'straatjongeren' (hang-, buurt- en/of straatjongeren); en 'klassieke verslaafden' (thuis-/dakloos en/of polydruggebruik; vaak ook psychiatrische problematiek; niet zondermeer ook verslaafd aan GHB). Daarnaast kwamen uit de antwoorden van de respondenten al snel twee extra typen naar voren: thuisgebruikers en uitgaanders. Vaak kwamen de respondenten met een of meer van deze vier typen al op een totaal van 100%, maar sommigen noemden (ook) andere typen of groepen. De verdeling over 100% is vrijwel altijd op basis van hun eigen inschatting (weliswaar beredeneerd, maar niet aan de hand van precieze cijfers).

Per type geven we de variatie in het door respondenten opgegeven aandeel binnen de totale groep aan. Daarnaast wordt het gemiddelde aandeel (of: percentage) vermeld, dat wil zeggen: het gemiddelde van alle gerapporteerde percentages. **[xiii]** Deze gemiddelden zouden ten onrechte de indruk kunnen wekken van grote precisie; het zijn echter niet meer dan indicatieve schattingen.

Klassieke verslaafden

Het aandeel van dit type varieert van niemand (0%) tot allemaal (100%), met een gemiddelde van 32%. Dit type zien we hoofdzakelijk in de meer *verstedelijkte gebieden* en vormt de meerderheid in (delen van) de provincies Utrecht (politie

Utrecht), Flevoland, Noord-Holland (politieregio's Noord-Holland Noord, Kennemerland en Gooi & Vechtstreek), Zuid-Holland (politie Rotterdam-Rijnmond), Brabant (politie Brabant Noord en Brabant Zuid-Oost) en Limburg (politie Limburg Zuid). Toch is het kennelijk niet zo dat klassieke verslaafden overal in stedelijke gebieden in de meerderheid zijn, want in de politieregio's Amsterdam-Amstelland en Haaglanden vormen zij een minderheid.

Straatjongeren

Ook bij het aandeel hang-, buurt- en straatjongeren onder de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie is er grote variatie binnen Nederland (van niemand tot iedereen). Het gemiddelde aandeel is 26%. De straatjongeren vormen een gemêleerde groep van scholieren en notoire spijbelaars en van werkenden en werklozen.

Dit type vormt de meerderheid in *plattelandsdorpen* in delen van de provincies Overijssel (politie Twente, met name gemeente Twenterand), Gelderland (politie Noord-Oost Gelderland, dorpen op de Veluwe), Zuid-Holland (politie Zuid-Holland Zuid, omgeving Dordrecht), Brabant (politie Midden-West Brabant, omgeving Breda) en Zeeland. Tegelijkertijd zijn er rurale gebieden waar dit type weinig of niet voorkomt.

Uitgaanders

Gemiddeld typeren de respondenten 18% van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie als uitgaanders. Zij vormen een meerderheid in delen van de provincies Overijssel (Politie Twente: Enschede en omgeving; Politie IJsselland: Hardenberg en omgeving), Gelderland (politie Gelderland-Zuid: Nijmegen en omgeving), Noord-Holland (politie Amsterdam-Amstelland) en Limburg (politie Limburg-Noord).

Thuisgebruikers

Gemiddeld delen respondenten 14% van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie in als thuisgebruiker. Het vaakst geldt dat voor Drenthe, waar men hen allemaal zo typeert. In mindere mate gebeurt dit in Friesland en Overijssel (politie Twente, met name gemeente Twenterand) en Gelderland (politie Noord-Oost Gelderland, dorpen op de Veluwe). Elders in Nederland komen we dit type nauwelijks of niet tegen. Binnen dit type bevinden zich gebruikers die thuis onwel worden, maar het betreft vooral gebruikers over wie burens zich zorgen maken vanwege hun verslaving en/of over wie zij klagen

vanwege overlast en agressief gedrag.

Overige gebruikers

Naast de vier hiervoor genoemde typen problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie worden onder andere de volgende groepen of typen een enkele keer genoemd: psychiatrische patiënten, veelplegers, incidentele gebruikers, solistische gevallen, situationele gebruikers, losers en de kraakscene.

Tabel 3.1 Verdeling naar type, per provincie en politieregio

Provincie	Politieregio	Klassieke verslaafden	Straatjongeren	Thuisgebruikers	Uitgaanders	Overig
Friesland	Friesland	+	++	+++	o	+
Groningen	Groningen	?	?	?	?	?
Drenthe	Drenthe	-	-	++++	-	-
Overijssel	Twente (Twenterand)	-	+++	+++	-	-
	Twente (Enschede e.o.)	+	-	-	++++	-
	Staveland	+	+++	+++	+++	-
Gelderland	Noord Oost Gelderland	+	+++	++	-	-
	Gelderland Midden	+++	-	-	+++	+
	Gelderland Zuid	++	-	-	++++	o
Utrecht	Utrecht	++++	-	-	-	-
Flevoland	Flevoland	++++	++	-	-	-
Noord-Holland	NH Noord	++++	-	-	o	+
Holland	Kennemerland	++++	-	-	++	-
	Zaanstreek-Waterland	+++	+	-	+++	++
	Amsterdam-Amstelland	++	-	-	++++	-
	Gooi & Vechtstreek	++++	+	-	-	-
Zuid-Holland	Hollands Midden	++	+	-	+++	++
	Haaglanden	+++	+++	-	++	-
	Rotterdam-Rijnmond	++++	-	-	++	-
Zeeland	Zuid Holland Zuid	+	++++	-	-	-
	Zeeland	+++	++++	-	-	-
Brabant	Midden West Brabant	-	++++	-	-	+
	Brabant Noord	++++	-	-	o	+
	Brabant Zuid Oost	++++	-	-	-	++
Limburg	Limburg Noord	-	-	-	++++	-
	Limburg Zuid	+++	-	-	-	+++

- geen + 1 - 10% ++ 11 - 25% +++ 26 - 50% ++++ 51 - 75% +++++ 76 - 100%

Tabel 3.1 Verdeling naar type, per provincie en politieregio

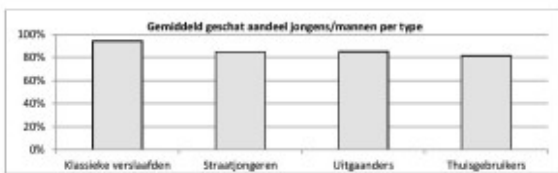
Variatie tussen en binnen provincies

Soms domineert in een provincie een bepaald type, zoals thuisgebruikers in Drenthe of klassieke verslaafden in Utrecht. Veel vaker is er sprake van meerdere typen binnen dezelfde provincie, bijvoorbeeld Friesland. Opvallend zijn de soms sterke contrasten binnen een provincie. Zo gaat het in de politieregio Limburg-Noord vrijwel uitsluitend om uitgaanders en in de politieregio Limburg-Zuid in meerderheid om klassieke verslaafden. En terwijl binnen de provincie Gelderland binnen de politieregio Noord-Oost straatjongeren de meerderheid vormen, zijn het in Zuid de uitgaanders en in Midden ongeveer even vaak klassieke verslaafden als uitgaanders. Ook binnen de provincie Brabant is er veel variatie; in de politieregio Midden-West draait het vrijwel volledig om straatjongeren, maar in Noord en Zuid-Oost in meerderheid om klassieke verslaafden. Ten slotte valt op dat binnen de politieregio Twente de problematische GHB-gebruikers op het platteland (met name Twenterand) in meerderheid straatjongeren zijn en de rest thuisgebruiker, terwijl het in de stad (o.a. Enschede) overwegend

uitgaanders betreft.

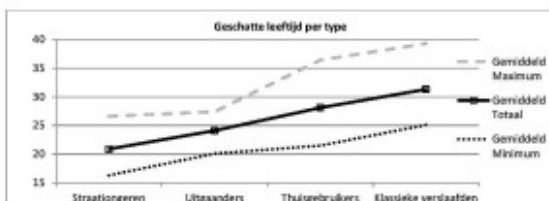
Geslacht, etniciteit en leeftijd

Jongens en mannen zijn overduidelijk in de meerderheid. Het sterkst geldt dit voor de klassieke verslaafden; het (geschatte) percentage jongens/mannen varieert in dit type tussen 80% en 100%, met een gemiddelde van 94%. Bij de straatjongeren en de thuisgebruikers ligt hun aandeel tussen de helft en iedereen en bij de uitgaanders tussen 60% en 100%; de gemiddelden liggen boven de 80%.



Gemiddeld geschat aandeel jongens/mannen per type

Verreweg de meeste met de politie in aanraking gekomen problematische GHB-gebruikers worden beschouwd als autochtoon. **[xiv]** Het sterkst geldt dit voor de thuisgebruikers; bij dit type ligt het (geschatte) aandeel autochtonen tussen 90% en 100%, met een gemiddelde van 98%. Bij de hangjongeren en de uitgaanders varieert het van 60% tot en met 100% en bij de klassieke verslaafden van 75% tot en met 100%. Voor elk van deze drie typen ligt het gemiddelde aandeel autochtonen boven de 80%.



Geschatte leeftijd per type



Gemiddeld geschat aandeel autochtonen per type

autochtonen per type

De leeftijd van de 'straatjongeren' onder de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie loopt naar schatting van de respondenten van jeugdigen van 12 tot en met 'oudere jongeren' van 40 jaar, de regionale gemiddelden variëren van 16 tot 28 jaar en de totale gemiddelde leeftijd is 21 jaar.

Bij de uitgaanders is de leeftijdsrange wat smaller (18-35 jaar, regionaal gemiddelde 20-30 jaar) en bedraagt de gemiddelde leeftijd 24 jaar. De leeftijdsspreiding bij de thuisgebruikers is groter (17-54 jaar; regionaal gemiddelde 21-35 jaar) en met gemiddeld 28 jaar zijn ze ook een paar jaar ouder. Bij klassieke verslaafden loopt de (geschatte) leeftijd van 18 tot en met 50 jaar, de regionale gemiddelde leeftijd varieert van 19 tot en met 45 jaar en hun totale gemiddelde leeftijd is naar schatting 31 jaar.

Samenvatting en conclusie

De inventarisatie resulteert in een gevarieerd profiel van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie. Naar het zich laat aanzien, zijn de meeste problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie meerderjarig. Afgaand op de inschattingen van professionals zijn negen van de tien gebruikers te verdelen over vier typen. Binnen alle vier typen zijn jongens/mannen en autochtonen veruit in de meerderheid.

* *Klassieke verslaafden* vormen (met naar schatting 32%) de grootste groep. Zij zijn polydruggebruikers, thuis-/dakloos en/of hebben psychiatrische problemen; zij zijn echter niet perse ook GHB-verslaafd. Qua leeftijd zijn het overwegend eind-twintigers en dertigers (gemiddeld 31 jaar). Bijna allemaal zijn ze van het mannelijk geslacht, terwijl bij de andere drie typen ongeveer één op de vijf meisje/vrouw is. De klassieke verslaafden worden over vrijwel het hele land aangetroffen, maar het meest in urbane en sub-urbane gebieden, hoewel niet overal in de grotere steden.

* *Straatjongeren* staan (met naar schatting 26%) op de tweede plaats. Er zitten aardig wat tieners tussen, maar ook 'oudere jongeren'. Met gemiddeld 21 jaar zijn zij het jongst. Dit type vormt de meerderheid in plattelandsdorpen in delen van sommige provincies (Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland, Zeeland). Tegelijkertijd zijn er rurale gebieden waar dit type relatief weinig of niet voorkomt.

* Het derde type (met naar schatting 18%) bestaat uit *uitgaanders*. De meesten

zijn twintiger en de gemiddelde leeftijd is 25 jaar. Zij vormen meerderheid in – vooral, maar niet uitsluitend, stedelijke – delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg.

* *Thuisgebruikers* vormen het vierde type (met naar schatting 14%). Buiten (delen van) de noordelijke en oostelijke provincies wordt dit type nauwelijks of niet aangetroffen onder de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie.

Soms domineert in een provincie een bepaald type, veel vaker is sprake van meerdere typen binnen dezelfde provincie en opvallend is de soms sterke regionale variatie binnen een provincie, zelfs tussen dorpen en steden die dicht bij elkaar liggen. Dit indiceert dat de GHB-markt een sterk lokaal karakter kan hebben, hetgeen vergemakkelijkt wordt doordat handelaren en gebruikers de drug zelf kunnen maken.

Noten

xiii. Dat is niet vanzelfsprekend gelijk aan het (gewogen) gemiddelde van de totale populatie problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie. De respondenten rapporteren immers niet over lokale/regionale populaties van gelijke omvang.

xiv. Bij etniciteit gaat het in tweeërlei zin om schattingen, namelijk om een (subjectieve) inschatting van de etniciteit (in plaats van vaststelling volgens de officiële ‘objectieve’ CBS-indeling naar het geboorteland van betrokkenen en hun ouders) en naar een schatting van aan het aandeel autochtonen en het aandeel allochtonen.

LITERATUUR

Benschop, A. & Korf, D.J. (2011) *De grote Spuiten en Slikken internetenquête 2011*. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie.

Boonstra, M. (2011) Ontwenning van GHB: een voorbeeldpraktijk. *Verslaving*, 7(10):3-15.

Degenhardt, L., Darke, S. & Dillon, P. (2003) *The prevalence and correlates of gamma-hydroxybutyrate (GHB) overdose among Australian users. Addiction*, 89: 199-204.

Doekhie, J., Nabben, T. & Korf, D.J. (2010) *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Korf, D.J., Nabben, T., Leenders, F. & Benschop, A. (2002) *GHB: Tussen extase en narcose*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

- Nabben, T. (2010) *High Amsterdam. Ritme, roes en regels in het uitgaansleven*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Németh, Z., Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of GHB (gamma-hydroxybutyrate) in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9):1281-1287.
- Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., van Delden, E.B. & Mol, A. (2011) *Kerncijfers verslavingszorg 2010. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem* (Ladis). Houten: IVZ.
- Sumnall, H.R. Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J.C. & Beynon, C.M. (2007) Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence*, 92:286-290.
- Vogels, N. & Croes, E. (2012) *Monitor Drugs Incidenten: factsheet 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & van Laar, M. (2011) *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Bonger Instituut voor Criminologie (UvA).
- Van Rooij, A., Schoenmakers, T.M. & van de Mheen, D. (2011) *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: De kerncijfers*. Rotterdam: IVO.
- Voorham, L. & Buitenhuis, S. (2012) *GHB-gebruik(ers) in beeld. Een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2012) *Kerncijfers verslavingszorg 2011. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem* (Ladis). Houten: IVZ.
-

Insluiten of heenzenden ~ Instroom bij politie



Hoeveel problematische GHB-gebruikers komen in aanraking met de politie? Voor buitenstaanders lijkt dit een gemakkelijk te beantwoorden vraag. De politie registreert immers heel veel, dus zou het aantal problematische GHB-gebruikers toch vrij eenvoudig uit de registratie gehaald moeten kunnen worden? Maar zo simpel is het niet, want problematisch GHB-gebruik wordt niet systematisch geregistreerd. De politie moet al zo veel andere zaken registreren, dat niet vanzelfsprekend bij elke nieuwe problematiek de registratie wordt aangepast, c.q. uitgebreid. Bovendien is er geen eenduidige definitie van 'problematisch GHB-gebruik' - en die is, gezien de in vorige hoofdstukken al voren gekomen variatie in problematiek, ook niet eenvoudig te formuleren. Niettemin trachten we in dit hoofdstuk tot een beredeneerde landelijke schatting te komen van de populatie, met oog voor regionale verschillen in aantallen en in trendmatige ontwikkelingen.

Unieke personen en totale aantallen in 2010 en 2011

Respondenten is gevraagd naar het aantal problematische GHB-gebruikers dat in hun regio of korps in 2010 en 2011 in aanraking kwam met de politie. Daarbij moesten ze aangeven of het precieze aantallen of schattingen waren. Voor beide jaren werd zowel gevraagd naar het aantal individuele gebruikers (unieke personen) als naar het totale aantal (inclusief herhalingsgevallen).

Bij precieze aantallen gaat het bijvoorbeeld om de individuen en gevallen die respondenten zelf hebben geturfd of laten turven op basis van hun registratie, zoals bij de cellencomplexen van de arrestantenzorg. Zo kwamen uit een analyse door een forensisch arts van de gegevens van het cellencomplex in Groningen in 2010 in totaal 15 gevallen (10 unieke personen) en in 2011 in totaal 23 gevallen (14 unieke personen) naar voren. Precieze cijfers kunnen ook betrekking hebben op individuen en gevallen die bij de recherche werden genoteerd of door de recherche handmatig uit het politiesysteem zijn gefilterd. In bijvoorbeeld de politieregio Zaanstreek-Waterland kwam de recherche handmatig tot 27 gevallen (25 unieke personen) in 2010 en 2011 samen. En in de provincie (tevens: politieregio) Utrecht telde de portefeuillehouder gezondheidszorg bij de politie 27 unieke personen in 2011.

De 'hardheid' van de schattingen varieert. Soms had een respondent heel systematisch een inventarisatie gemaakt, maar wilde dan toch nog een slag om de arm houden en niet van 'precieze aantallen' spreken (bijvoorbeeld politie Gelderland Zuid). In andere gevallen zijn de schattingen gebaseerd op eigen kennis en ervaring (bijvoorbeeld als hoofd arrestantenzorg, teamchef, wijkagent of jongerenwerker).

De gerapporteerde aantallen weerspiegelen vrijwel onvermijdelijk ook het 'werkveld' van de respondenten. Bij de arrestantenzorg zijn dat de cellencomplexen - en daar komen niet alle 24 arrestanten terecht. Bij de recherche kan, afhankelijk van de mate waarin rechercheurs ingezet worden bij de aanpak van GHB-gebruikers, de selectie breder zijn en kunnen ook de problematische GHB-gebruikers worden meegeteld die niet naar een cellencomplex gaan. Een voorbeeld hiervan is de politieregio Kennemerland (provincie Noord-Holland), waar de schattingen van de recherche ongeveer twee keer zo hoog zijn als die van de arrestantenzorg (Tabel 4.1). Een tweede voorbeeld is de politieregio IJsselland (provincie Overijssel), waarbinnen voor Hardenberg en omgeving de politie eveneens ongeveer dubbel zo veel GHB-gevallen schatte als de arrestantenzorg (Tabel 4.2). En een derde voorbeeld komt van district Breda (politieregio Midden en West Brabant), waar uit een analyse naar voren komt dat lang niet alle GHB-verdachten worden ingesloten in het cellencomplex.

Praktijkvoorbeeld: Wie tel je binnen de politieregistratie mee als problematisch GHB-verslaafd?

Het district Breda voerde een analyse uit op de data zoals geregistreerd in BHV. Daar troffen informatieanalisten voor de periode 2009 t/m januari 2011 in totaal 203 records aan met de combinatie "aangehouden verdachte in Breda + GHB". Dit betreft echter niet alle (strafbare) feiten van personen in combinatie met GHB. Ten eerste omdat GHB toen nog op Lijst 2 van de Opiumwet stond. (Met als - voor de schattingen van het aantal problematische GHB-gebruikers dat in aanraking komt met de politie in dit rapport overigens juiste (DJK) - implicatie dat iemand niet wordt aangehouden bij een beperkte hoeveelheid en indien er geen andere strafbare feiten zijn begaan. De mate van ervaren overlast en de hoeveelheid GHB in bezit vormen bij Lijst 2 de basis van de keuze tot wel of niet aanhouden.) Ten tweede zijn alle hulpverleningen (eerst politie dan ambulance of alleen ambulance) buiten beschouwing gelaten. "Geschat wordt dat dit verschijnsel een

veelvoud betreft van de politieregistraties.” Vervolgens heeft men alle registraties van 2010 en 2011 en 24 stuks van 2009 handmatig doorlopen, in totaal 142 incidenten. Van deze 142 verdachten waren 49 aantoonbaar onder invloed van de GHB tijdens het plegen van het feit, waren 55 nog in het bezit van de GHB tijdens de aanhouding en werden er 52 ingesloten (37%) in het cellencomplex.

Tabel 4.1 Aantallen problematische GHB-gebruikers per provincie en politieregio

Provincie	Politieregio	Inon	Individueel		Totaal	
			2009	2011	2009	2011
Friesland	Friesland	Alleen deelgegevens (zie Tabel 5.2)	?	?	?	?
Groningen	Groningen	Arrestatietoegang ^{II}	10	14	15	23
Drenthe	Drenthe	Arrestatietoegang	2	2	2	2
Overijssel	Twente	Recherche	?	?	23	44
Gelderland	Noord Oost Gelderland	Arrestatietoegang ^{II}	28	42	33	53
		Politie + Veiligheidskamer	17	35	20	40
	Gelderland Midden	Arrestatietoegang	40	66	60	100
	Gelderland Zuid	Arrestatietoegang	10	10	24	24
Utrecht	Utrecht	Arrestatietoegang, incl. Arrestatietoegang	?	?	28	52
		Politie + Zang	?	?	1-2	1-2
Rivierland	Rivierland	Politie + Zang	?	?	?	81
Rivierland	Rivierland	Arrestatietoegang	15	15	40	45
Noord	NH Noord	Arrestatietoegang ^{II}	?	?	?	20
Holland	Koninkrijk	Arrestatietoegang	?	?	40	40
		Recherche	?	?	25	85-80
	Zaanstreek-Waterland	Recherche	?	?	25	27
	Amsterdam-Amstelland	Arrestatietoegang	?	5	?	5
Zuid	Holland	Arrestatietoegang	15	15	30	35
		Politie	?	150	125	250
		Arrestatietoegang	3	3	3	3
Holland	Holland	Arrestatietoegang	3	3	3	3
		Arrestatietoegang	2	2	2	2
		Arrestatietoegang	?	?	5	5
Zeeland	Zaaland	Arrestatietoegang	?	?	?	?
Brabant	Midden en West	Arrestatietoegang	20-40	30-40	50	50
		Politie	50	50	100	150
	Brabant Noord	Arrestatietoegang	0	?	0	5
	Brabant Zuid Oost	Arrestatietoegang	15	20	20	20
Limburg	Limburg	Arrestatietoegang	5	15	?	25
		Arrestatietoegang	?	?	0	8

Vet = precieze cijfers Course = schatting Het II Course = twee precieze cijfers & twee schatting

Tabel 4.1 Aantallen problematische GHB-gebruikers per provincie en politieregio

Een soortgelijke analyse is ook gedaan voor de combinatie van aangehouden verdachte en GGZ “om enigszins een vergelijking te kunnen maken tussen de problematiek rondom het aantal aangehouden verdachten in combinatie met GHB en psychisch verwarde personen.” Voor dezelfde periode leverde dit 253 incidenten op. Alle hulpverleningen (eerst politie dan ambulance of alleen ambulance) die niet leiden tot een aanhouding zijn niet meegenomen. “Geschat wordt dat dit verschijnsel een veelvoud betreft van de politieregistraties.” Wel werd uitgegaan van de aanname dat als er beoordeling GGZ arts (en eventuele crisisopvang) plaatsvindt, hier een onvrijwillige vrijheidsbeneming (aanhouding) aan vooraf is gegaan. Van deze 253 incidenten zijn er 120 handmatig nader beschouwd. En van deze 120 was in 44 gevallen de verdachte totaal niet aanspreekbaar; 67 verdachten werden ingesloten (56%) in het cellencomplex.

Tabel 4.1 bevat een overzicht van de gerapporteerde (geschatte) aantallen problematische GHB-gebruikers per provincie en politieregio. In het overzicht

ontbreken schattingen over Zeeland; volgens de politie is daar slechts mondjesmaat sprake van GHB-problematiek, maar aan een schatting wilde men zich niet wagen. Ook zijn er geen cijfers over geheel Friesland, wel over een deel (met name Heerenveen e.o., zie Tabel 4.2). Overigens doet de GHB-problematiek volgens de Friese respondenten zich daarbuiten nauwelijks voor. Van de andere regio's zijn niet steeds alle gewenste cijfers of schattingen verkregen en zijn er bijvoorbeeld alleen aantallen verschaft over één van beide jaren, of alleen het totaal aantal gevallen, maar niet het aantal unieke personen.

Tabel 4.2 Aantallen problematische GHB-gebruikers per deel van provincie / politieregio

Provincie	Politieregio / gebied	Bron	Individueel		Totaal	
			2010	2011	2010	2011
Friesland	Friesland:					
	Cellencomplex Zuid	Arrestantenzorg	5	6	5	6
	Heerenveen e.o.	Politie	45	50	50	55
	Heerenveen/Drachten	Jongerenwerk	30	30	100	100
Overijssel	Tweente:					
	Tweenterand	Politie	6	20	20	40
	Tweenterand + Almelo	Recherche	5	10	6	11
	Enschede	Politie	12	12	35	35
	Doornik:					
	Zwolle e.o.	Arrestantenzorg	3	3	3	3
Hardenberg e.o.	Arrestantenzorg	25	45	30	50	
Hardenberg e.o.	Politie	7	7	50	105	
Deventer e.o.	Politie	0	0	0	0	
Gelderland	Noord Oost Gelderland:					
	Apeldoorn	Veiligheidskamer	20	40	20	60
	Heerde & Epe	Politie	20	25	40	60
Brabant	Midden en West Brabant:					
	Hele regio	Arrestantenzorg	30-40	30-40	50	50
	Hele regio	Politie	50	50	100	150
	Rucphen e.o.	Politie	35	40	75	80

Vet = precieze cijfers Cursief = schatting

Tabel 4.2 Aantallen problematische GHB-gebruikers per deel van provincie / politieregio

In Tabel 4.1 en 4.2 staat in de kolom 'bron' vermeld van wie de cijfers of schattingen afkomstig zijn. Daarbij worden onder andere arrestantenzorg en recherche onderscheiden. Beide zijn onderdelen van de politie. Ter bescherming van de anonimiteit zijn andere functies of afdelingen simpelweg "politie" genoemd. Cijfers en schattingen van verschillende bronnen binnen een regio kunnen overlappen en niet zo maar bij elkaar opgeteld worden.

In de beide gepresenteerde tabellen valt op dat bij meerdere cijfers/schattingen binnen hetzelfde gebied de cijfers/schattingen van de arrestantenzorg lager zijn dan de andere cijfers/schattingen. Dit valt te verklaren doordat de arrestantenzorg alleen ziet, c.q. rapporteert over wat in het cellencomplex aankomt, terwijl andere respondenten ook kunnen meetellen wie daar niet naartoe gaat.

Naar een landelijk beeld

In hoeverre valt nu uit al deze verschillende cijfers en schattingen een landelijk beeld te construeren van het aantal problematische GHB-gebruikers dat in 2010 en 2011 in aanraking is gekomen met de politie?

Binnen de strafrechtsketen komen we met de arrestanten in de cellencomplexen van de politie in principe het dichtst bij het beslistpunt van het Openbaar Ministerie om een verdachte – uiteraard mede in samenhang met de feiten waarvan deze wordt verdacht – in te sluiten of heen te zenden.

Tabel 4.3 Aantallen problematische GHB-gebruikers bij arrestantenzorg

	Individen 2010			Totaal 2010 *		
	Precies	Schatting	Samen	Precies	Schatting	Samen
Aantal politieregio's	2	10	12	3	15	18
Aantal GHB gebruikers	12	135-145	147-157	17	282-283	299-300
Gemiddeld aantal GHB-gebruikers per regio	6	14	13	6	19	17
	Individen 2011			Totaal 2011 *		
Aantal politieregio's	3	10	13	3	15	18
Aantal GHB gebruikers	18	196-206	214-224	28	381-382	409-410
Gemiddeld aantal GHB-gebruikers per regio	6	20	17	9	25	23

*Totaal: herhalingsgevallen steeds opnieuw meegeteld

Tabel 4.3 Aantallen problematische GHB-gebruikers bij arrestantenzorg

In Tabel 4.3 zijn door de arrestantenzorg van de verschillende politieregio's gerapporteerde cijfers en schattingen samengevat. Wanneer we de (schaarse) precieze cijfers en de (vaker verstrekte) schattingen bij elkaar optellen, dan komen we voor ongeveer de helft van de politieregio's op totaal circa 150 unieke personen in 2010 en rond 220 voor 2012. Simpelweg geëxtrapoleerd naar alle 25 politieregio's zou dat neerkomen op *rond de 320 unieke personen in 2010 en circa 420 in 2011*. De arrestantenzorg van ongeveer driekwart van de politieregio's leverde precieze cijfers of schattingen van het totaal aantal problematische GHB-gebruikers in de cellencomplexen. Op dezelfde wijze geëxtrapoleerd zou dan voor het hele land neerkomen op *in rond de 420 gevallen in 2010 en 570 gevallen in 2011*. Gezien het verschil in grootte van de politieregio's en de variatie in aantallen tussen de regio's zijn dit echter nogal grofmazige berekeningen.

Tegelijkertijd vormen de precieze cijfers en de schattingen van de arrestantenzorg – onder de aanname dat deze valide zijn – vrijwel zeker een onderrapportage van de totale aan GHB-gebruik gerelateerde problematiek waarmee de politie te maken krijgt. In meer algemene zin omdat niet alle GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie strafbare feiten hebben gepleegd die (strafrechtelijk) voldoende aanleiding vormen voor plaatsing in een cellencomplex. En meer specifiek omdat, wanneer een dergelijke aanleiding er

wel is, verdachten vanwege verwachte of gevreesde ontwenningverschijnselen toch niet in een cellencomplex geplaatst worden. Voor een schatting van het aantal (ook) in strafrechtelijke zin problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie is overigens de eerstgenoemde groep niet relevant.

Tabel 4.4 Schatting aantal problematische GHB-gebruikers in 2010-2011 versus 2008-2009

Provincie	Politieregio	Schatting Gemeenten	Gemiddelde schatting provincie/regio
Friesland	Friesland	Groter – Veel groter	4,7
Groningen	Groningen	Groter	4,0
Drenthe	Drenthe	Hetzelfde – Veel Groter	4,0
Overijssel	Twente	Veel groter (Twenterand) Groter (Enschede e.o.)	4,7
	IJssel	Hetzelfde (Deventer, Zaaije e.o.) Groter (Hardenberg e.o.)	3,5
Gelderland	Noord Oost Gelderland	Groter – Veel groter	4,8
	Gelderland Midden	Veel groter	
	Gelderland Zuid	Groter	
Utrecht	Utrecht	Groter	4,0
Flevoland	Flevoland	Groter	4,0
Noord Holland	NH Noord	Groter – Veel groter	4,1
	Kennemerland	Hetzelfde – Veel groter	
	Zaanstreek-Waterland	Hetzelfde	
	Amsterdam-Amstelland	Groter	
Zuid Holland	Gooi & Vechtstreek	Groter	3,6
	Hollands Midden	Veel groter	
	Haglanden	Groter	
	Rotterdam-Rijnmond	Hetzelfde	
Zeeland	Zeeland	Hetzelfde	3,0
	Midden en West	Veel groter	4,3
Brabant	Brabant		
	Brabant Noord	Groter	
Limburg	Brabant Zuid Oost	Groter	4,0
	Limburg Noord	Groter	
	Limburg Zuid	Groter	

Tabel 4.4 Schatting aantal problematische GHB-gebruikers in 2010-2011 versus 2008-2009

Trends

Om een indicatie te krijgen van de trend in het aantal problematische GHB-gebruikers dat in aanraking komt met de politie is respondenten gevraagd om een vergelijking te maken tussen de jaren 2008-2009 en 2010-2011. Daarbij moesten zij op een vijfpuntschaal aangeven of dit aantal in hun gemeente en/of regio in 2010-2011 (1) veel kleiner, (2) kleiner, (3) hetzelfde, (4) groter of (5) veel groter was. De resultaten hiervan staan in Tabel 4.4.

Het overheersende beeld is dat de afgelopen twee jaar het aantal groter is geworden; zowel voor gemeenten als regio's is de gemiddelde score 4.1. De sterkste toename wordt gerapporteerd voor Friesland, een deel van Overijssel (politie Twente) en Gelderland. Daartegenover staat een vrij stabiele situatie in Zeeland en delen van Noord-Holland (politie Zaanstreek-Waterland) en Zuid-Holland (politie Rotterdam-Rijnmond en Zuid Holland Zuid). Het is overigens niet ondenkbaar dat de gerapporteerde toenames mede voortvloeien uit een groeiende

alерtheid op en betere herkenning van problematische GHB-gebruikers.

Samenvatting en conclusie

Uit de inventarisatie komt een voortgaande toename naar voren van het aantal problematische GHB-gebruikers dat in aanraking komt met de politie, hoewel de gesignaleerde toename wellicht mede het resultaat is van een groeiende alertheid op en betere herkenning van problematische GHB-gebruikers.

Er zijn geen harde cijfers over aantallen problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie. Zij worden niet als aparte categorie geregistreerd en zijn ook niet zomaar aan de hand van een aantal wel geregistreerde gegevens uit de informatiesystemen van de politie te achterhalen.

Afgaand op de gerapporteerde data is landelijk niet alleen sprake van een groter aantal in 2010-2011 dan in 2008-2009, de verzamelde gegevens indiceren ook een groei tussen 2010 en 2011. Een extrapolatie van gegevens uit de arrestantenzorg naar de landelijke situatie resulteert in een voorzichtige schatting van rond de 320 unieke personen in 2010 en circa 420 in 2011; en ongeveer 420 gevallen (inclusief herhalingsgevallen) in 2010 en 570 gevallen in 2011.

Bij deze schattingen moet echter rekening gehouden worden met een forse marge, mede omdat de omvang van de problematiek flink kan verschillen tussen politieregio's en provincies. Regionale verschillen zijn er ook in de gerapporteerde (geschatte) groei van de problematiek: van niet tot nauwelijks in Zeeland en delen van Noord- en Zuid-Holland tot sterk in (delen van) Friesland, Overijssel en Gelderland.

Noten

xv. In dit geval forensisch arts. In alle andere gevallen iemand van de politie.

xvi. Twee cellencomplexen opgeteld.

xvii. Twee cellencomplexen opgeteld.

LITERATUUR

Benschop, A. & Korf, D.J. (2011) *De grote Spuiten en Slikken internetenquête 2011*. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie.

Boonstra, M. (2011) Ontwenning van GHB: een voorbeeldpraktijk. *Verslaving*, 7(10):3-15.

Degenhardt, L., Darke, S. & Dillon, P. (2003) The prevalence and correlates of gamma-hydroxybutyrate (GHB) overdose among Australian users. *Addiction*, 89:

199-204.

Doekhie, J., Nabben, T. & Korf, D.J. (2010) *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Korf, D.J., Nabben, T., Leenders, F. & Benschop, A. (2002) *GHB: Tussen extase en narcose*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T. (2010) *High Amsterdam. Ritme, roes en regels in het uitgaansleven*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Németh, Z., Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of GHB (gamma-hydroxybutyrate) in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9):1281-1287.

Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., van Delden, E.B. & Mol, A. (2011) *Kerncijfers verslavingszorg 2010. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Ladis)*. Houten: IVZ.

Sumnall, H.R. Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J.C. & Beynon, C.M. (2007) Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence*, 92:286-290.

Vogels, N. & Croes, E. (2012) *Monitor Drugs Incidenten: factsheet 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & van Laar, M. (2011) *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Bonger Instituut voor Criminologie (UvA).

Van Rooij, A., Schoenmakers, T.M. & van de Mheen, D. (2011) *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: De kerncijfers*. Rotterdam: IVO.

Voorham, L. & Buitenhuis, S. (2012) *GHB-gebruik(ers) in beeld. Een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2012) *Kerncijfers verslavingszorg 2011. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Ladis)*. Houten: IVZ.

Insluiten of heenzenden ~

Insluiten of heenzenden



In hoofdstuk 3 zagen we dat een pregnant probleem bij de politie betrekking heeft op de opvang van ernstig verslaafde of anderszins problematische GHB-gebruikers. Een deel van de gebruikers kampt met een complexe psychische problematiek, is niet voor rede vatbaar en gedraagt zich bij de arrestatie en op het politiebureau agressief. De vraag die dan rijst, is of het medisch gezien wel verantwoord om zulke arrestanten onder te brengen in een politiecel. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op deze thematiek.

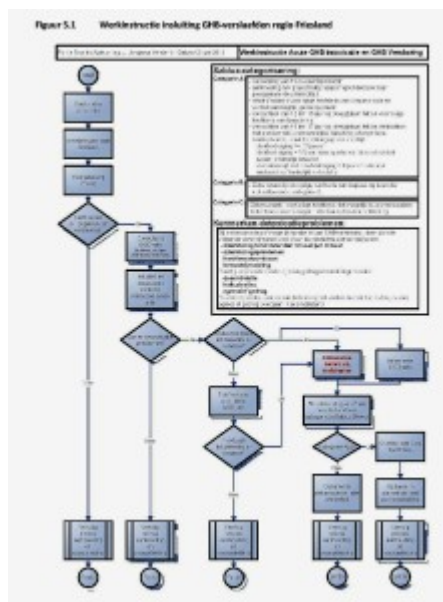
Eerst wordt geschetst hoe en door wie wordt beoordeeld of er sprake is van problematisch GHB-gebruik bij verdachten en vervolgens welke medische, strafrechtelijke en eventuele andere afwegingen worden gemaakt bij insluiten dan wel heenzenden. Daarna maken we schattingen van hoeveel problematische GHB-gebruikers worden ingesloten en hoeveel worden heengezonden. Deze schattingen worden kritisch besproken en daarbij gaan we in het bijzonder in op regionale verschillen in de kans op insluiting. Vervolgens zoomen we in op de heenzendingen, meer specifiek op de vraag in welke mate problematische GHB-gebruikers die normaal gesproken ingesloten zouden zijn bij de politie, op advies van een forensisch arts worden heengezonden. Daarna verschuift de focus naar de (mate van) plaatsing van GHB-verslaafden in speciaal hiervoor ingerichte voorzieningen in twee penitentiaire inrichtingen. Ten slotte worden de bevindingen samengevat en bediscussieerd, in het bijzonder met betrekking tot de vraag of er voldoende celcapaciteit is voor problematische GHB-gebruikers die medisch gezien een risico vormen, maar op grond van de aard en de ernst van hun delict ingesloten zouden moeten worden.

Beoordeling GHB-gebruik

Bij acute intoxicatie na middelengebruik of (vermoeden van) verslaving, dus ook bij vermeend problematisch GHB-gebruik, wordt in de meeste gevallen meteen een (dienstdoende) forensisch arts (GGD) geraadpleegd. Deze werkt soms samen met de verslavingsarts of verpleegkundige. Het komt ook voor dat de hulpofficier van justitie bij de verdachte eerst een checklist (speciaal voor alcohol en drugs) afneemt, alvorens besloten wordt of er een arts moet komen. De dienstdoende teamchef of hulpofficier van justitie beslist in samenspraak met de forensisch arts. Het advies van de forensisch arts is vaak doorslaggevend.

Uiteraard hangt het ook af van de ernst van het delict of de persoon wordt heengezonden dan wel moet worden ingesloten. Wanneer het delict ernstig genoeg is en een forensisch arts de kans op medische complicaties bij een GHB-gebruiker gering acht, besluit de chef van dienst dat de arrestant kan worden ingesloten. Eventueel krijgt de arrestant ter kalmering medicijnen (valium, diazepam etc.), er is voldoende toezicht in de observatiecel en de arrestant wordt door de bewaking onderworpen aan een wekregime. Mocht de situatie opeens veranderen, dan kan alsnog tot overbrenging naar een hiervoor meer toegeruste opvang of een ziekenhuis worden besloten.

De forensisch arts kan echter ook advies geven tot heenzending als iemand detentieongeschikt wordt geacht vanwege zijn forse GHB-gebruik en/of afkickverschijnselen. GHB-gebruikers kunnen veel amok maken en door het lint gaan en eisen daarom veel aandacht op van de politie, die hier wat betreft adequate zorg en toezicht lang niet altijd voldoende voor is toegerust. Heenzending betekent overigens niet per se dat de GHB-gebruiker op straat wordt gezet. Medische hulp en zorg (in een ziekenhuis of hulpopvang) worden bij gevaar voor de eigen gezondheid (zoals letsel, hartstilstand, dreigende psychose of delier) noodzakelijk geacht.



De grens tussen insluiting en heenzending

De aanpak van GHB-gebruikers en -verslaafden verschilt. Dit heeft onder andere te maken met de inschatting van de forensisch arts ter plaatse, de beschikbare celcapaciteit en de mate van toezicht op het moment dat een arrestant wordt binnengebracht. Wat betreft de aard en ernst van het delict is het algemene uitgangspunt: proportionaliteit. Over het algemeen wordt een verdachte bij lichte delicten (o.a. winkeldiefstal) heengezonden, dat wil zeggen: hij of zij gaat de deur uit met een proces-verbaal. Maar als de situatie dit

vereist, wordt er gezocht naar een geschikte professionele plek in een ziekenhuis of de drughulpverlening. Vermits deze beschikbaar is, want anders moet de arrestant toch (voorlopig) in de cel blijven.

“Eerst beslis je in de arrestantenzorg of het een verslaafde of gebruiker is. Een verslaafde gaat hier meteen door naar het ziekenhuis. De gebruiker wordt alleen

voor zware delicten ingesloten. Bij lichte delicten ga je naar huis met een proces-verbaal en de volgende dag ga je diegene opzoeken.”

Bij zware delicten (bijvoorbeeld overval met geweld) en grote strafrechtelijke zaken wordt de verslaafde arrestant vrijwel altijd in verzekering gesteld. Er vindt dan overleg plaats tussen de arts, de arrestantenzorg en de recherche en de verdachte komt onder bewakingsarrest te staan in het ziekenhuis of wordt overgebracht naar speciaal hiervoor ingerichte voorzieningen in een van de twee penitentiaire inrichtingen (zie later in dit hoofdstuk).

Naast de ernst van het gepleegde delict speelt ook mee of iemand al meerdere delicten op zijn of haar naam heeft staan. Sommige respondenten wijzen erop dat dankzij de goede samenwerking met verslavingsdeskundigen de veelplegers vaker en/of zo lang mogelijk opgesloten kunnen blijven.

In Friesland zijn richtlijnen ontwikkeld voor de insluiting van GHB-verslaafden (Figuur 5.1) die in toenemende mate ook elders in het land worden gehanteerd.

Insluitingen in 2010 en 2011

In welke mate worden problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie daadwerkelijk ingesloten? Voor zover respondenten informatie verschaften over aantallen ingesloten problematische GHB-gebruikers, betrof dit vrijwel altijd gegevens vanuit de arrestantenzorg. In principe is dit ook de meest passende informatiebron, want binnen de politie zou de arrestantenzorg immers het beste moeten weten hoeveel problematische GHB-gebruikers worden ingesloten.

Voor 2010 beschikken we over gegevens met betrekking tot *individuele* problematische GHB-gebruikers van de arrestantenzorg in zeven en voor 2011 in acht politieregio's. Voor 2010 leverde één politieregio precieze cijfers en voor 2011 waren dat er twee, bij de andere regio's gaat het om schattingen. **[xviii]** Bij elkaar opgeteld stroomden in 2010 in de zeven regio's (naar schatting) tussen 104 en 114 individuele problematische GHB-gebruikers in en daarvan werden er (naar schatting) tussen 74 en 79 ingesloten. Dit komt neer op ongeveer zeven op de tien individuen (respectievelijk 69% en 71%). In 2011 stroomden bij elkaar opgeteld in de acht politieregio's (naar schatting) 129 - 139 individuele problematische GHB-gebruikers in, waarvan er (naar schatting) 94 - 99 werden ingesloten (respectievelijk 73% en 71%).

Over het *totale aantal* ingesloten problematische GHB-gebruikers, dus inclusief

herhalingsgevallen, kregen we van de arrestantenzorg in dertien politieregio's informatie, zij het vrijwel altijd schattingen en geen precieze cijfers. In 2010 bedroeg hier de totale instroom (naar schatting) 222, waarvan er 154 werden ingesloten (69%); en in 2011 was de (geschatte) totale instroom 302, waarvan er 212 werden ingesloten (70%).

Samenvattend lijkt, afgaand op de verkregen informatie van de arrestantenzorg, gemiddeld rond de 70% van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie te worden ingesloten. Met de geschatte aantallen problematische GHB-gebruikers bij de arrestantenzorg uit hoofdstuk 4 zou dit bij simpele extrapolatie naar de landelijke situatie neerkomen op *naar schatting rond de 225 unieke personen in 2010 en circa 295 in 2011; en in totaal op rond de 295 gevallen in 2010 en 400 in 2011.*

Wel naar de arrestantenzorg, maar niet ingesloten

Dat niet alle problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie worden ingesloten, was ook te verwachten. Indachtig de werkinstructie in Figuur 5.1 dient immers sprake te zijn van strafbare feiten en omstandigheden die ernstig genoeg zijn. De zojuist gepresenteerde schattingen hebben echter uitsluitend betrekking op de arrestantenzorg en men zou kunnen redeneren dat de ernst van de feiten en omstandigheden reeds afdoende meegewogen zouden moeten zijn alvorens de verdachte naar de arrestantenzorg gaat. De praktijk is weerbarstiger, want in relatief korte tijd moeten verschillende afwegingen worden gemaakt. Illustratief is wat een teamchef hierover vertelt:

“De keuze om een GHB-gebruiker in te sluiten maak je op basis van een afweging van het delict en de antecedenten. Bij lichte gevallen kies je voor spoedafhandeling en wordt niet ingesloten. Maar bij bijvoorbeeld zware mishandeling of diefstal met geweld en wanneer iemand een hele waslijst aan antecedenten heeft, ga je in principe over tot insluiting. In de praktijk betekent dit dat je steeds per individu en per zaak moet afwegen. Daarbij spelen ook het advies van de GGD-arts en het verleden van de verdachte mee.”

In de praktijk lukt het niet steeds om voorafgaand aan de overbrenging van een verdachte naar het politiecellencomplex een forensisch advies over al dan niet insluiting te krijgen. Bij of kort na aankomst kan dan alsnog op medische gronden tegen insluiting geadviseerd worden. Eenmaal ter plekke spelen ook het oordeel over de medische toestand van de gebruiker door de arrestantenzorg en de

beschikbare faciliteiten mee. Die faciliteiten zijn niet overal en altijd zo goed beschikbaar als in het volgende voorbeeld.

“Eerst stellen we hier bij de arrestantenzorg vast hoeveel er gebruikt is of hoeveel diegene gebruikt: strafrechtelijk gaat hier voor medisch. Als diegene kan blijven met wekadvis (om de 15 minuten wekken), dan komt dat het strafrechtelijk onderzoek ten goede. Wij hebben zes observatiecellen, dat is dus perfect voor een GHB-gebruiker.”

Geen ernstig delict, maar wel naar de arrestantenzorg

Ook wanneer een GHB-gebruiker niet verdacht wordt van voldoende ernstige strafbare feiten kan in de praktijk diens toestand of gedrag nopen tot overbrenging naar de arrestantenzorg, bijvoorbeeld ter observatie of ontnuchtering, dan wel in afwachting van de komst van een forensisch arts. Hoewel verschillende geïnterviewden praktijkvoorbeelden geven van dergelijke gevallen, is het op basis van de verkregen gegevens niet mogelijk om deze te kwantificeren en te vertalen in een landelijke schatting.

Landelijke schattingen en regionale verschillen

Keren we terug naar onze landelijke schattingen van het aantal insluitingen, dan is allereerst van belang te onderstrepen dat het hierbij om insluiting in cellencomplexen van de politie gaat, niet om plaatsing in Huizen van Bewaring (hoewel die hier wel op kan volgen). Ten tweede zijn de landelijke schattingen niet gebaseerd op ‘harde cijfers’, maar grotendeels op inschattingen van professionals en bovendien, ten derde, bestrijken hun gegevens slechts een deel van alle politieregio’s. Bij elkaar opgeteld leverden de verkregen (geschatte) aantallen voor zowel unieke personen als totale gevallen rond de 70% insluitingen binnen de arrestantenzorg op. Achter deze circa 70% gaan echter grote verschillen tussen politieregio’s schuil; tegenover regio’s waar de arrestantenzorg rapporteert dat iedereen die instroomde ook werd ingesloten staan regio’s waar dit met geen van de instromers gebeurde. Het is dan ook moeilijk te bepalen hoe gerechtvaardigd de gemaakte extrapolatie van de regionale schattingen naar de landelijke schattingen is.

Variatie in kans op insluiting

Er zijn meerdere verklaringen denkbaar voor de grote regionale verschillen, na instroom bij de arrestantenzorg, in de kans op insluiting. Om te beginnen is - in samenhang met de regionale variatie in door de politie ervaren problematiek van

en met GHB-gebruikers (hoofdstuk 2) en in profielen van GHB-gebruikers (hoofdstuk 3) - aannemelijk dat er regionale verschillen zijn wat betreft aard en ernst van de strafbare feiten gepleegd door GHB-gebruikers. Dit heeft dan niet alleen consequenties voor hoeveel van de problematische gebruikers die in aanraking komen met de politie naar de arrestantenzorg gaan (omvang van de instroom), maar ook voor welke problematische GHB-gebruikers hier terecht komen (aard van de instroom).

Daarnaast spelen medische overwegingen mee. Tussen regio's kunnen zich verschillen voordoen in de mate waarin de, met de politie in aanraking komende, problematische GHB-gebruikers verslaafd zijn aan deze drug, waardoor zij bij insluiting spoedig ontwenningverschijnselen zullen vertonen. Naar het zich laat aanzien zijn er ook regionale verschillen in hoe riskant forensisch artsen het vinden om GHB-gebruikers in te sluiten. Het lijkt er sterk op dat in bepaalde regio's forensisch artsen in medisch gezien vergelijkbare gevallen sneller adviseren tegen insluiting dan hun collega's elders in het land. Een van de geïnterviewde forensisch artsen zegt hierover het volgende:

"Zelf heb ik nooit iemand heen hoeven zenden. Maar als arts heb je medische verantwoordelijkheid en sta je niet toe dat iemand een zelfgemaakt brouwseltje (= GHB) ter plekke wil innemen. De reden van heenzending hangt van de arts af en hoe ervaren hij is. Sommige collega's laten zich sneller leiden door angst en sturen zo iemand makkelijk weer de straat op."

Op deze verschillen in advisering tussen forensisch artsen wordt door de politie ook wel geanticipeerd; bij verwachting van een negatief medisch advies van de arts wordt overbrenging naar een cellencomplex minder gauw overwogen. Met andere woorden: men sluit dan vooraf al zo veel mogelijk uit dat arrestanten vanuit het cellencomplex alsnog op advies van de forensisch arts om medische redenen worden heengezonden. Dergelijke 'voorselectie' geschiedt overigens ook wel door de politie zelf; zeker bij reeds bekende, notoire GHB-gebruikers kunnen ervaren politiemensen ook zonder specifiek advies van de forensisch arts van te voren zien aankomen dat plaatsing in een cellencomplex vanuit gezondheidsperspectief te riskant is.

Ten slotte speelt in concrete gevallen bij het besluit om iemand niet naar een cellencomplex te brengen mee hoe lang de rit daarnaartoe zal duren en of er voldoende en geschikt personeel beschikbaar is om dit veilig te kunnen doen.

Heenzending op medisch advies

Niet alle GHB-gebruikers die naar de arrestantenzorg worden gebracht, worden daar ook ingesloten. Het spiegelbeeld van de eerder genoemde landelijke schattingen van het aantal insluitingen bij de arrestantenzorg (ca. 70%) is dat (met circa 30% heenzzendingen) in 2010 rond de 95 en in 2011 circa 125 unieke personen en in totaal in 2010 ongeveer 125 en in 2011 circa 170 gevallen zijn heengezonden.

Tot nu toe zijn al verschillende redenen de revue gepasseerd ter verklaring van het niet insluiten in, c.q. heenzzenden vanuit de arrestantenzorg, waaronder medische adviezen. Maar hoe vaak gebeurt het nu dat problematische GHB-gebruikers die normaal gesproken, op basis van de aard en ernst van het delict, ingesloten zouden zijn, op medische gronden worden heengezonden? De arrestantenzorg van grotendeels dezelfde politieregio's als bij de cijfers over insluiting verstrekte gegevens over hoeveel problematische GHB-gebruikers "die normaal gesproken ingesloten zouden zijn, door of op advies van een forensisch arts werden heengezonden". Ook nu betrof het vrijwel altijd schattingen, meestal in de vorm van percentages. Wat betreft het aantal van dergelijke individuele heenzzendingen rapporteerden voor 2010 vijf van de acht regio's dat dit geen enkele keer gebeurde, terwijl het in de andere drie regio's juist altijd wel het geval was geweest. Voor 2011 zien we meer variatie; in vier van de acht politieregio's werd (naar schatting) geen van deze gevallen door of op advies van een forensisch arts heengezonden, in één regio gebeurde dit altijd, in twee regio's vrijwel altijd (respectievelijk 90% en 99%) en in één regio bij één op de tien personen (10%).

De verstrekte gegevens over het totaal aantal van dergelijke heenzzendingen laten vrijwel hetzelfde beeld zien. Voor 2010 rapporteerden tien van de dertien politieregio's dat dit nooit was gebeurd, tegenover drie waar dit juist altijd wel het geval was geweest. Wederom zien we voor 2011 meer variatie; in zes van de elf regio's werd (naar schatting) geen enkele keer iemand die normaal zou zijn ingesloten op advies van een forensisch arts heengezonden, in twee regio's gebeurde dit altijd, in één regio vrijwel altijd (99%), in één regio bij één op de tien en in een andere regio in één op de vijf gevallen (respectievelijk 10% en 20%).

Een paar politieregio's gaven over deze thematiek geen percentages op, maar (geschatte) absolute aantallen. Daarbij ging het steeds om kleine aantallen: twee gevallen in één regio in 2010 en respectievelijk één, twee en vier gevallen in drie regio's in 2011. Daarnaast rapporteerde de arrestantenzorg die verantwoordelijk

is voor een deel van een (hiervóór niet meegerekende) politieregio twee gevallen in 2011.

Op basis van deze informatie kunnen we geen nauwkeurige getalsmatige conclusies trekken; we kunnen slechts vaststellen dat in zowel 2010 als 2011 GHB-gebruikers zijn heengezonden, die op vanwege de aard en ernst van hun delict normaliter ingesloten zouden zijn bij de politie.

Speciale penitentiaire voorzieningen

In twee penitentiaire inrichtingen zijn, in opdracht van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, drie speciale 'bedden' beschikbaar gesteld voor GHB-verslaafden: twee in de PI Zwolle en één in het Justitieel Medisch Centrum (JMC) in Scheveningen. In de periode 26 maart - 23 juli 2012 zijn bij de PI Zwolle 15 GHB-gebruikers aangemeld en 10 bij het JMC Scheveningen in de periode 3 april - 3 augustus 2012. Van deze 25 personen werden er 24 opgenomen; één persoon werd niet opgenomen omdat de speciale bedden toen al volledig bezet waren. (*Omgerkend zou dit voor beide speciale voorzieningen tezamen op jaarbasis ca. 100 opnames betekenen*). Deze arrestanten kwamen uit verschillende delen van Nederland, maar relatief vaak uit Breda en omgeving. In Breda loopt een experiment met speciaal voor GHB-verslaafden ingerichte politiecellen. Vanuit Breda worden arrestanten vaak na de zogenoemde 'titratiefase' doorgestuurd naar PI Zwolle of het JMC in Scheveningen. Zowel in de PI Zwolle als in het JMC Scheveningen kan detoxificatie plaatsvinden.

De delicten van de opgenomen arrestanten variëren sterk. Een deel van de delicten is direct gerelateerd aan GHB, zoals de productie ervan. Volgens het Hoofd Zorg in de PI Zwolle gaat het over het algemeen om vergrijpen met relatief korte detentie, zoals diefstal en bedreiging. Als nadeel hiervan ziet hij het risico dat arrestanten tijdens de detoxificatie op vrije voeten worden gesteld. Dit kan gevaarlijk zijn als zij thuis weer hun gewoonlijke dosis GHB nemen. Om dit probleem op te lossen is er contact met de verslavingsinstelling Tactus. Tot nu toe (dat wil zeggen: medio juli 2012) hadden de GHB-arrestanten in de PI Zwolle vrij vaak nog openstaande zaken, waardoor er geen sprake was van onmiddellijke invrijheidsstelling. Levensdelicten zijn nog helemaal niet voorgekomen onder GHB-arrestanten die terechtkwamen in de PI Zwolle.

Volgens het Hoofd Zorg in de PI Zwolle is de politie (nog) niet overal even goed op de hoogte van de mogelijkheden in Zwolle en Scheveningen. Door onwetendheid dan wel gebrek aan ervaring bij forensisch artsen komt het voor dat mensen onterecht heengezonden worden, maar tegelijkertijd blijkt tijdens het

verblijf in de PI Zwolle soms ook dat arrestanten niet verslaafd zijn aan GHB.

Samenvatting en conclusie

In de kern bepalen twee factoren of een GHB-gebruiker naar de politiecel (met andere woorden: de arrestantenzorg) gaat. Strafrechtelijk dienen de aard en ernst van het delict (en daarnaast eventuele eerder gepleegde delicten) voorlopige hechtenis te rechtvaardigen en plaatsing dient medisch verantwoord te zijn. Bij acute intoxicatie na GHB-gebruik of (vermoeden van) GHB-verslaving wordt doorgaans meteen een forensisch arts geraadpleegd. Bij de beslissing tot al dan niet insluiting wordt in steeds meer politieregio's een door de regio Friesland ontwikkelde werkinstructie gehanteerd. Over het algemeen worden verdachten bij lichtere delicten (o.a. winkeldiefstal) heengezonden, dat wil zeggen: ze gaan met een proces-verbaal de deur weer uit. Maar als de situatie dit vereist, wordt er gezocht naar een geschikte professionele plek in een ziekenhuis of de drugshulpverlening, vermits deze beschikbaar is, want anders moet de arrestant toch (voorlopig) in de cel blijven.

Op basis van gegevens van de arrestantenzorg in verschillende, maar niet alle, politieregio's wordt volgens een voorzichtige schatting 70% van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie en terechtkomen bij de arrestantenzorg ingesloten.

Er zijn meerdere redenen waarom niet alle problematische GHB-gebruikers die naar de arrestantenzorg gaan, daar ook worden ingesloten. Het kan zijn dat bij of kort na aankomst (alsnog) op medische gronden tegen insluiting geadviseerd wordt, of dat er onvoldoende faciliteiten beschikbaar zijn. Ook gebeurt het dat, hoewel geen sprake is van voldoende ernstige strafbare feiten, een verdachte vanwege diens toestand of gedrag toch wordt overgebracht naar de arrestantenzorg, bijvoorbeeld ter observatie of ontzuivering, dan wel in afwachting van de komst van een forensisch arts.

We vonden soms grote regionale verschillen, na instroom bij de arrestantenzorg, in de kans op insluiting. Deels kunnen die verklaard worden door regionale verschillen in aard en ernst van de strafbare feiten gepleegd door GHB-gebruikers en in de mate waarin de met de politie in aanraking komende problematische GHB-gebruikers verslaafd zijn aan deze drug. Daarnaast lijkt het er sterk op dat in bepaalde regio's forensisch artsen in medisch gezien vergelijkbare gevallen sneller adviseren tegen insluiting dan hun collega's elders in het land. In het verlengde hiervan kan de politie dan vooraf al selectiever zijn

bij het overbrengen van GHB-gebruikers naar een cellencomplex, door van tevoren al zo veel mogelijk uit te sluiten dat arrestanten vanuit het cellencomplex alsnog op advies van de forensisch arts om medische redenen worden heengezonden. Ten slotte kunnen praktische capaciteitsoverwegingen meespelen, zoals: hoe lang duurt de rit naar het cellencomplex? Is er voldoende en geschikt personeel beschikbaar om dit veilig te kunnen doen? En blijven genoeg collega's beschikbaar voor het andere politiewerk?

Zoveel is duidelijk: met de variatie tussen politieregio's in aard en omvang van de GHB-problematiek, de verschillen in medische advisering en de variatie in beschikbare capaciteit kunnen we geen harde landelijke cijfers geven over hoeveel problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie daadwerkelijk worden ingesloten en hoeveel worden heengezonden. Op basis van de verkregen informatie kunnen slechts met een flinke slag om de arm grove schattingen worden gemaakt.

Indien we - onder voorbehoud - aannemen dat landelijk 70% van het geschatte aantal problematische GHB-gebruikers, die in aanraking komen met de politie en naar de arrestantenzorg gaan, wordt ingesloten, dan zou dit bij een rechttoe rechtaan extrapolatie voor heel Nederland neerkomen op naar schatting rond de 225 unieke personen in 2010 en circa 295 in 2011; en in totaal op rond de 295 gevallen in 2010 en 400 in 2011.

Zo mogelijk nog meer voorbehoud moet gemaakt worden bij het antwoord op de vraag of er voldoende celcapaciteit is voor problematische GHB-gebruikers die medisch gezien een risico vormen, maar op grond van de aard en de ernst van hun delict ingesloten zouden moeten worden. Met de gegevens die we hebben kunnen verzamelen kan geen nauwkeurig, empirisch onderbouwd getalsmatig onderscheid gemaakt worden tussen problematische GHB-gebruikers in strafrechtelijke zin en qua (ander) gedrag, gebruik of verslaving.

We kunnen slechts vaststellen dat het in zowel 2010 als 2011 is voorgekomen dat GHB-gebruikers zijn heengezonden, die op vanwege de aard en ernst van hun delict normaliter ingesloten zouden zijn bij de politie.

Sinds begin 2012 zijn drie speciale bedden beschikbaar voor GHB-verslaafden in penitentiaire inrichtingen. Indien de ervaringen tijdens de eerste maanden representatief zijn voor de rest van het jaar, dan zouden hier op jaarbasis ongeveer 100 GHB-verslaafden opgenomen worden. Dit bevestigt de behoefte aan een dergelijke voorziening. Dankzij deze speciale bedden worden in 2012 mogelijk ook minder vanwege de aard en ernst van hun delict voor insluiting in

aanmerking komende GHB-gebruikers om medische redenen heengezonden dan in voorgaande jaren. Dat maakt het extra lastig om een antwoord te geven op de vraag of er voldoende celcapaciteit is voor problematische GHB-gebruikers die medisch gezien een risico vormen, maar op grond van de aard en de ernst van hun delict ingesloten zouden moeten worden. Niettemin lijkt vooralsnog de conclusie gerechtvaardigd dat, tenzij het aantal GHB-verslaafden dat strafrechtelijk in aanmerking komt voor insluiting navenant groeit, er geen noodzaak is tot uitbreiding van het aantal speciale bedden voor GHB-verslaafden in penitentiaire inrichtingen.

Met deze speciale bedden zijn echter niet alle problemen van de politie met problematische GHB-gebruikers getackeld. Er is geen uniformiteit in medische advisering door forensisch artsen over insluiting. De speciale bedden bieden geen soelaas voor gebruikers die hier strafrechtelijk niet voor in aanmerking komen, maar met wie de politie door hun problematische gedrag wel zit opgescheept.

Noot

xviii. Voor twee politieregio's kregen we alleen gegevens van de arrestantenzorg die elk een deel van de betreffende regio voor hun rekening nemen. Omdat niet goed valt te kwantificeren hoe groot dit deel van de hele regio is, zijn deze beide politieregio's hierbij en, tenzij anders vermeld, ook bij de volgende stappen in deze paragraaf niet meegenomen.

LITERATUUR

Benschop, A. & Korf, D.J. (2011) *De grote Spuiten en Slikken internetenquête 2011*. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie.

Boonstra, M. (2011) Ontwenning van GHB: een voorbeeldpraktijk. *Verslaving*, 7(10):3-15.

Degenhardt, L., Darke, S. & Dillon, P. (2003) The prevalence and correlates of gamma-hydroxybutyrate (GHB) overdose among Australian users. *Addiction*, 89: 199-204.

Doekhie, J., Nabben, T. & Korf, D.J. (2010) *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Korf, D.J., Nabben, T., Leenders, F. & Benschop, A. (2002) *GHB: Tussen extase en narcose*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nabben, T. (2010) *High Amsterdam. Ritme, roes en regels in het uitgaansleven*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Németh, Z., Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of GHB (gamma-

hydroxybutyrate) in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9):1281-1287.

Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., van Delden, E.B. & Mol, A. (2011) *Kerncijfers verslavingszorg 2010. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem* (Ladis). Houten: IVZ.

Sumnall, H.R. Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J.C. & Beynon, C.M. (2007) Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence*, 92:286-290.

Vogels, N. & Croes, E. (2012) *Monitor Drugs Incidenten: factsheet 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & van Laar, M. (2011) *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Bonger Instituut voor Criminologie (UvA).

Insluiten of heenzenden ~ Overleg en samenwerking



In voorgaande hoofdstukken hebben we kunnen vaststellen dat aard en omvang van de GHB-problematiek waarmee de politie te maken heeft nogal kan verschillen tussen de regio's. In hoeverre zien we deze regionale verschillen terug in de mate en aard van overleg en samenwerking tussen politie en andere instanties op dit terrein? Wat vinden politiemensen van het overleg en de samenwerking met andere professionals die belast zijn met de GHB-problematiek? Wanneer schakelt de politie wel of juist niet de GGD of verslavingsarts in bij GHB-gebruikers? Vindt men de huidige medische voorzieningen toereikend om problematische GHB-gebruikers die zich in bewaring bevinden op verantwoorde wijze te detoxificeren? Is er voldoende kennis bij en samenwerking

tussen de verschillende instellingen die zijn belast met de huidige GHB-problematiek van arrestanten?

Overleg tussen politie en andere partijen over GHB-problematiek

Het antwoord op de vraag of de politie voldoende overlegt met andere professionele partijen die belast zijn met de GHB-problematiek, hangt sterk samen met de omvang en de aard van de problematiek in een regio. In grote lijnen tekent zich het volgende beeld af. Naarmate de politie meer ervaring heeft met problematische GHB-gebruikers, is er vaker overleg en nauwere samenwerking met andere partners, vooral met de medische c.q. verslavingssector. Het Openbaar Ministerie blijft hierbij veelal op de achtergrond. Wanneer de politie minder ervaring heeft met de problematiek, is er meer behoefte aan een duidelijker taakverdeling tussen politie en andere instanties. Maar wanneer GHB-problematiek zich weinig voordoet, wordt er ook niet zo snel geklaagd over te weinig overleg.

Eenzijds zijn er (delen) van politieregio's met relatief veel problematische GHB-gebruikers, waar het overleg intensiever is geworden en waar men doorgaans ook tevreden is over kennisoverdracht en uitwisseling van ervaringen. Overleg geschiedt hier vooral met GGD, forensisch artsen en/of verslavingszorg - en ook wel met andere politieregio's. Tot deze gebieden behoren met name de provincies Friesland, Gelderland en Brabant, en een deel van Overijssel (politieregio Twente: Twenterand). Anderzijds zijn er regio's waar de GHB-problematiek minder speelt. Hier wordt wisselend geoordeeld over overleg met andere partijen. In bijvoorbeeld de politieregio Rotterdam-Rijnmond vindt men dat de aanpak van GHB-gebruikers goed geregeld is met de GGZ en verslavingsinstellingen. En terwijl binnen de provincie Noord-Holland de politie van Noord-Holland Noord spreekt van nauwe contacten met de GGD, er in Zaanstreek-Waterland in vergelijking met zo'n tien jaar geleden (toen daar GHB-gebruik op het hoogtepunt was) tegenwoordig weinig overleg is, overheerst in Kennemerland ontevredenheid omdat men vindt dat overleg over GHB hier tot nu toe weinig heeft opgeleverd (hoewel men zich hier ook wel realiseert dat er niet veel GHB-problematiek is).

Ontevredenheid domineert ook in Limburg; daar is men voornemens zich op te trekken aan het voorbeeld van Brabant, om zo overleg en samenwerking tussen politie, GGD en verslavingszorg beter op de rails te krijgen. Meer provinciegrens overschrijdend overleg tussen politie en gezondheids-, c.q. verslavingszorg zien

we reeds bij de noordelijke provincies, onder andere in de plannen om een 'Noordelijk Protocol' voor de arrestantenzorg op te zetten. In Flevoland is in samenwerking met aangrenzende politieregio's al een dergelijk protocol tot stand gekomen.

Tegenover deze groeiende interregionale samenwerking in delen van het land staan opmerkelijke verschillen binnen geografisch nabijgelegen gebieden. Zo kent binnen de provincie Overijssel het korps Twente veel meer overleg en samenwerking met betrekking tot GHB dan het korps IJsselland; en binnen het korps Twente is over de GHB-problematiek veel meer overleg in Twenterand dan in Enschede. Deze verschillen zijn overigens voor een belangrijk deel te verklaren vanuit een verschil in (ervaren) noodzaak; in Enschede en IJsselland wordt de politie veel minder geconfronteerd met problematische GHB-gebruikers dan in Twenterand.

Naast verschillen in omvang spelen verschillen in de aard van de GHB-problematiek mee - en die kunnen ook verklaren waarom de ene regio meer dan de andere spreekt van een medisch in plaats van een politieel of strafrechtelijk probleem. Dit geldt vooral wanneer de problematiek zich concentreert rondom GHB-gebruikers die onwel geworden zijn en geen delict gepleegd hebben. In sommige regio's is hierbij de stelregel dat dergelijke GHB-gebruikers worden 'doorgegeven' aan artsen en verpleegkundigen (GGD, verslavingszorg, ambulancepersoneel, ziekenhuis) en vindt men dit ook een prima oplossing. Niettemin kan de politie ook in het geval van GHB-gebruikers bij wie de medische, c.q. verslavingsproblematiek op de voorgrond staat, tot handelen genoopt zijn of zich genoopt voelen. Wanneer een GHB-gebruiker in het uitgaansleven onwel wordt, kunnen openbare orde problemen ontstaan, bijvoorbeeld omdat omstanders zich in de situatie mengen en ambulancepersoneel het werk bemoeilijken. Ook kunnen gebruikers zich onder invloed van GHB of na ontwaken uit een coma zeer agressief gedragen. Wie draagt de verantwoordelijkheid als het dan tijdens ambulancevervoer of bij de Eerste Hulp uit de hand loopt?

Wat betreft de aard van de GHB-problematiek komen ook de herhalingsgevallen vaak op het bordje van de politie, dat wil zeggen gebruikers die steeds opnieuw hun bewustzijn verliezen na gebruik van GHB, stennis maken in de buurt (op straat of thuis) en/of na opname in een klinische setting weer terugvallen in hun GHB-verslaving. Steeds is het dan weer de politie die wordt ingeschakeld. De

informatie-uitwisseling tussen politie en gezondheids- c.q. verslavingsinstanties hapert vanwege privacy van patiënten en ook stuit men op een gebrek aan passende opvang.

Inschakelen van arts bij GHB-gebruikers

Vrijwel alle respondenten zeggen resoluut dat, in het geval dat besloten moet worden over insluiting op het politiebureau (c.q. in het cellencomplex), de politie zelfs al bij een vermoeden van GHB-gebruik altijd een arts inschakelt. Sommigen lichten dit toe door te melden dat het risico te groot is dat er wat misgaat; anderen benadrukken dat bij (te veel) alcohol of andere drugs, dan wel (andere) gezondheidsproblemen sowieso een arts wordt geraadpleegd, waarbij zij veelal ook verwijzen naar hiervoor bestaande protocollen.

“Wanneer de agent of rechercheur een niet-pluis-gevoel heeft of als de arrestant aangeeft dat hij of zij GHB heeft gebruikt, roepen we de arts erbij.”

“Er komt hier in de arrestantenzorg altijd een arts bij. Als je de arrestant, bijvoorbeeld een bekende GHB-gebruiker, al in het systeem hebt, krijgt de arts meteen een berichtje.”

“Wanneer de arrestant aanspreekbaar is, kan hij/zij een schema invullen en daaruit krijg je te weten of een arts nodig is. Wanneer iemand overduidelijk onder invloed is dan wordt de arts meteen opgepiept.”

“Inschakelen van een arts is hier standaard. Na de checklist van de hulpofficier van justitie meteen een GGD-arts als er sprake blijkt te zijn van alcohol of drugs.”

Slechts een enkele keer klinkt een minder stringent geluid.

“De politie hier heeft weinig kennis over dit thema en schakelt ons (= de medische dienst) pas in als de arrestant er zelf om vraagt of als de desbetreffende persoon ziek dreigt te worden.”

De algemene lijn is echter dat de politie het zekere voor het onzekere neemt, ook als arrestanten zelf hun GHB-gebruik verheimelijken.

“Als iemand aanspreekbaar is, is niet altijd een arts nodig, maar eigenlijk schakelen we die altijd in.”

“Dit is een hele gesloten gemeente. De meesten ontkennen dat ze gebruiken. Daarom hebben we de GGD-arts meteen nodig om problemen te voorkomen.”

Medische voorzieningen voor detoxificatie

Lang niet alle respondenten hebben een mening over de vraag of de huidige medische voorzieningen om problematische GHB-gebruikers die zich in bewaring bevinden op verantwoorde wijze te detoxificeren voldoende zijn. De verklaring hiervoor is doorgaans simpel: de noodzaak tot detoxificatie van aan GHB verslaafde arrestanten heeft zich nog niet voorgedaan. Bij degenen die zich inhoudelijk wel over de vraag uitlaten, kunnen we drie soorten geluiden onderscheiden.

Ten eerste vinden de meeste van deze respondenten dat er in hun regio genoeg observatiecellen, c.q. 'cameracellen' zijn, soms met de toevoeging dat van de speciale penitentiaire voorzieningen voor GHB-gebruikers vooral gebruikgemaakt wordt door andere politieregio's.

"We zijn er nog nooit in die mate mee geconfronteerd dat we geen toereikende medische voorzieningen hadden. We hebben genoeg cameracellen."

"We hebben zes observatiecellen, uitgerust met camera's. Het ziekenhuis is dicht bij en in samenwerking met de forensische artsen hebben we daar goede contacten mee. Overigens komt het afkickprobleem hier weinig voor."

Ten tweede spreken enkele respondenten van te weinig, goed over het hele land verspreide speciale politiecellen voor GHB-gebruikers met ontwenningverschijnselen.

"Wij hebben zelf twaalf observatiecellen. Maar er zijn te weinig speciale cellen verspreid door het hele land."

"Je hebt wel de speciale cellen in Breda, maar dat is te ver weg om iemand te vervoeren. Iemand kan al in de auto gaan afkicken. In iedere provincie zou op z'n minst een geschikte plek moeten zijn voor GHB-gebruikers om tijdens de bewaring af te kunnen kicken."

Verder wordt, ten derde, gesproken van tekortschietende medische expertise (kennis dan wel ervaring) binnen de arrestantenzorg, (intern) te weinig medische faciliteiten en (extern) moeizame medewerking van ziekenhuizen.

"Bij een diabetespatiënt weet je precies wat je moet doen. Dat willen we hierbij ook hebben."

"Verslavingsartsen hebben de kennis, maar ze zijn ook paniekerig wanneer het eropaan komt."

"Het enige dat we hebben is valium en afwachten totdat de arrestant weer rustig"

is.”

“Het ziekenhuis wil liever geen GHB-gebruikers op de intensive care, maar wij hebben het ziekenhuis nodig.”

Samenwerking

In regio's met relatief veel problematische GHB-gebruikers is men doorgaans goed te spreken over de samenwerking tussen de verschillende instellingen die belast zijn met de huidige GHB-problematiek van arrestanten.

“Het kan zeker nog beter, maar hier zijn we heel actief en vergaderen veel over wie waarvoor verantwoordelijk is. Het is een maatschappelijk probleem en de gemeente zit er echt mee in de maag.”

“De samenwerking gaat steeds beter. Er is veel contact met de verslavingszorg. Daardoor kunnen steeds meer arrestanten ondergebracht worden.”

“Je kunt dag en nacht naar organisaties bellen, aangezien iedereen de aanpak van het probleem belangrijk vindt. Je moet het samen doen.”

Positief is men vooral als er ook op het niveau van concrete, individuele gevallen wordt samengewerkt. Er is dan een duidelijke taakverdeling tussen enerzijds politie en anderzijds hulpverleners of jongerenwerkers. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat gezamenlijk een werkbare modus wordt gevonden, waarbij de privacygevoelige informatie over hulpverleningscliënten voldoende recht wordt gedaan. Dat lukt echter niet overal, waardoor politiemensen nogal eens het gevoel hebben dat zij belangrijke informatie over problematische GHB-gebruikers, waarover hun samenwerkingspartners wel beschikken, moeten ontberen. Politiemensen spreken dan ook regelmatig over een zekere mate van vrijblijvendheid in de samenwerking en over het afschuiven van verantwoordelijkheid door andere partijen.

“Op zichzelf is de samenwerking goed, maar het zorgkader moet niet alleen een adviserende rol spelen en meer ook zelf doen.”

“Huisartsen hebben direct contact met ouders of partner van verslaafde en de thuiszorg komt over de vloer. Maar zij hebben zwingplicht.”

“De samenwerking is er niet echt. Dat komt door privacy. We kunnen niet die specifieke dingen bespreken met de verslavingszorg en afkickkliniek.”

“Het wordt als een hete aardappel tussen de instellingen heen en weer geschoven. Niemand wil de verantwoordelijkheid nemen.”

In veel politieregio's speelt de GGD een centrale rol in de samenwerking. Over het algemeen zijn politiemensen hier goed over te spreken en sommige regio's zeggen ook geen behoefte te hebben aan meer partners dan de GGD. Die neemt dan de coördinerende rol, waardoor de politie zelf geen contact meer heeft met andere instellingen. Hoewel deze keuze ook te maken kan hebben met de geringe omvang van de GHB-problematiek.

“Alles verloopt via de GGD-arts, dus indirect is er wel samenwerking.”

“Wij werken alleen samen met de GGD-arts, niet echt met andere partijen. Maar GHB is hier ook niet zo'n probleem.”

Anders ligt het wat betreft de samenwerking met het Openbaar Ministerie. Vanuit verschillende delen van het land wordt geklaagd over het tempo waarmee het OM zich betrokken toont bij de GHB-problematiek, bijvoorbeeld door deel te nemen aan overleg tussen politie en andere partners. Dit terwijl de praktijk laat zien dat het OM juist een sleutelrol kan vervullen bij een gezamenlijke aanpak.

“Het is belangrijk dat er meer wordt gecommuniceerd. Hier kon een notoire GHB-gebruiker uiteindelijk opgepakt worden doordat de Officier van Justitie iedereen op de hoogte had gesteld van de achtergrond van deze persoon. Dit leidde tot goede samenwerking en uiteindelijk ook met de verslavingszorg.”

Al met al is er nogal wat variatie in de mate en aard van samenwerking tussen politie en andere beroepsgroepen bij de aanpak van de GHB-problematiek. Naast de hiervoor genoemde samenwerkingsvormen - voor zover aanwezig - zijn er binnen de meeste regio's geen initiatieven en/of zijn geen werkgroepen actief die specifiek gericht zijn op de aanpak van de GHB-problematiek. Maar soms zijn er wel lokale of regionale werkgroepen die zich richten op het inventariseren van de problemen rondom GHB en op wat er eventueel aan de aanpak verbeterd kan worden. Vanuit verschillende politieregio's wordt gesteld dat dankzij de goede samenwerking tussen politiekorpsen de lobby op gang is gebracht om GHB op lijst 1 ('harddrugs') van de Opiumwet te krijgen. Ook nemen politiemensen deel aan lokale, regionale of landelijke voorlichtingsdagen of cursussen. Er wordt binnen en tussen politieregio's, al dan niet samen met de gezondheids- en/of verslavingszorg, overlegd over en gewerkt aan protocollen voor hoe te handelen bij GHB-problematiek.

In sommige regio's is er intensief contact met het jongerenwerk (soms ook in de

vorm van casusoverleg) en worden jongeren via scholen of het jongerenwerk voorgelicht over GHB. Meer specifiek met betrekking tot arrestanten is er de samenwerking rondom de speciale cellen voor GHB-gebruikers (Brabant, PI Zwolle en Scheveningen).

Conclusie, knelpunten en verbeterpunten

De verschillen tussen regio's in aard en omvang van de GHB-problematiek waarmee de politie te maken heeft, zien we in grote lijnen weerspiegeld in de mate en aard van overleg en samenwerking tussen politie en andere instanties op dit terrein. Hoe groter de (ervaren) problemen, hoe meer overleg en samenwerking en ook hoe meer tevreden men hierover is. Andersom is dit niet automatisch het geval. Er zijn regio's waar de GHB-problematiek minder of niet echt speelt en waar men expertise en samenwerking zegt te missen, terwijl men in min of meer vergelijkbare regio's bij GHB-arrestanten sterk leunt op en ook tevreden is met de GGD.

Hierdoorheen speelt ook de aard van de GHB-problematiek. In de ene regio gaat het (primair) om gezondheidsproblemen (met name onwel worden na GHB-gebruik), in de andere regio meer om overlast en soms ook om hardnekkige recidivisten. Daarnaast kan sprake zijn van ernstig aan GHB verslaafde personen – die zowel draaideurklanten van de politie kunnen zijn (veelal vanwege overlast, maar ook agressie) als patiënten die na opname in een ziekenhuis of afkickkliniek bij herhaling terugvallen in GHB-gebruik. De knelpunten bij de aanpak hiervan dienen zich als het ware vanzelf aan. Wat moet de politie aan met GHB gebruikende overlastgevers? En hoe kunnen politie en justitie enerzijds en de zorgsector anderzijds optimaal samenwerken bij de aanpak van GHB-verslaafden?

Over de vraag wanneer de politie wel of juist niet de GGD of verslavingsarts inschakelt bij GHB-gebruikers, kunnen we kort zijn. Dat gebeurt vrijwel standaard, ook of juist bij twijfelgevallen. Minder eensluidend zijn de opvattingen over de toereikendheid van de huidige medische voorzieningen om problematische GHB-gebruikers die zich in bewaring of voorlopige hechtenis bevinden op verantwoorde wijze te detoxificeren. Er zijn regio's waar dergelijke voorzieningen (tot nu toe) nauwelijks of niet nodig zijn, regio's die vinden dat hiervoor bij de politie genoeg observatiecellen beschikbaar zijn, maar ook enkele regio's die spreken van te weinig, goed over het hele land verspreide speciale cellen voor GHB-gebruikers met ontwenningverschijnselen. Ten slotte wordt gesproken over (binnen de politie) te weinig specifieke medische faciliteiten en te

weinig kennis en ervaring bij de arrestantenzorg, en (extern) moeizame samenwerking met ziekenhuizen. Hoe minder ervaring de politie heeft met de GHB-problematiek, hoe groter de behoefte aan kennis hierover – tenzij problemen met GHB-gebruikers zich heel weinig voordoen. Voor zover gesproken wordt van kennishiaten, ziet men die hoofdzakelijk bij de arrestantenzorg en de politie op straat. Overigens wordt dit niet steeds als een probleem ervaren en vindt men dat de kennis bij de zorgsector hoort te liggen. Meer algemeen gelden artsen en de verslavingszorg als de meest aangewezen dragers van kennis over GHB en daaraan gerelateerde problematiek. Kennisverbetering wordt dus vooral beschouwd als een kwestie van meer informatie vanuit deze sector. We zien ook dat sommige regio's met (nog) niet veel GHB-problematiek proactief overleggen en samenwerken met regio's die over meer kennis en ervaring beschikken, onder andere bij het ontwikkelen en implementeren van protocollen.

Al met al is er nogal wat variatie in de mate en aard van samenwerking tussen politie en andere beroepsgroepen bij de aanpak van de GHB-problematiek. Positief is men vooral als er ook op het niveau van concrete, individuele gevallen wordt samengewerkt. Als knelpunt in de samenwerking tussen politie en hulpverlening komt herhaaldelijk de bescherming van privacygevoelige informatie over cliënten en patiënten naar voren. Die belemmert samenwerking en de uitwisseling van informatie wordt erdoor beperkt. In samenhang hiermee spreken politiemensen regelmatig over een zekere mate van vrijblijvendheid en het afschuiven van verantwoordelijkheid. Toch blijkt dit niet overal in het land in gelijke mate een struikelblok te zijn in de samenwerking. Kennelijk kunnen regio's hier nog veel van elkaar te leren.

Vanuit verschillende delen van het land wordt geklaagd over het tempo waarmee het OM zich daadwerkelijk betrokken toont bij de GHB-problematiek, maar er zijn ook positieve ervaringen waarbij het OM juist een sleutelrol vervulde bij een gezamenlijke aanpak.

LITERATUUR

Benschop, A. & Korf, D.J. (2011) *De grote Spuiten en Slikken internetenquête 2011*. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie.

Boonstra, M. (2011) Ontwenning van GHB: een voorbeeldpraktijk. *Verslaving*, 7(10):3-15.

Degenhardt, L., Darke, S. & Dillon, P. (2003) The prevalence and correlates of gamma-hydroxybutyrate (GHB) overdose among Australian users. *Addiction*, 89: 199-204.

- Doekhie, J., Nabben, T. & Korf, D.J. (2010) *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Nabben, T., Leenders, F. & Benschop, A. (2002) *GHB: Tussen extase en narcose*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nabben, T. (2010) *High Amsterdam. Ritme, roes en regels in het uitgaansleven*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Németh, Z., Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of GHB (gamma-hydroxybutyrate) in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9):1281-1287.
- Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., van Delden, E.B. & Mol, A. (2011) *Kerncijfers verslavingszorg 2010. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Ladis)*. Houten: IVZ.
- Sumnall, H.R. Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J.C. & Beynon, C.M. (2007) Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence*, 92:286-290.
- Vogels, N. & Croes, E. (2012) *Monitor Drugs Incidenten: factsheet 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & van Laar, M. (2011) *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Bonger Instituut voor Criminologie (UvA).
-

Insluiten of heenzenden ~ Samenvatting en conclusie



Van maart tot en met juli 2012 is onderzoek gedaan naar problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie. Het onderzoek bestond voornamelijk uit interviews met 49 professionals (vooral politiemedewerkers en artsen), verspreid over het hele land.

Problematische GHB-gebruikers

GHB is een vloeibaar narcosemiddel dat aanvankelijk vooral opmars maakte onder drugsgebruikers in de grote steden, maar de laatste jaren steeds meer lijkt aan te slaan op het platteland. GHB wordt in uiteenlopende settings (zowel thuis als in uitgaansgelegenheden, op festivals, op afterparty's en op straat) en door verschillende groepen gebruikt. Bij gebruik van GHB luistert de dosering heel nauw. De marge tussen roes en 'outgaan' is bijzonder klein, waardoor gebruikers plotsklaps in coma kunnen geraken en met de ambulance naar de spoedeisende hulp in een ziekenhuis vervoerd moeten worden. Ook is er een toenemende bezorgdheid over de verslavende werking van GHB en de ernst van de onthoudingsverschijnselen. Het aantal cliënten in de verslavingszorg met GHB als hoofdproblematiek neemt snel toe. In oktober 2002 werd GHB geplaatst op lijst II (softdrugs) van de Opiumwet en sinds mei 2012 staat het op lijst I (harddrugs).

Problematisch GHB-gebruik heeft in dit rapport verschillende betekenissen. GHB-gebruik kan *medisch* problematisch zijn (zoals bewustzijnsverlies door overdosering en onthoudingsverschijnselen bij verslaving), maar deze medische problematiek kan problematisch *gedrag* voor de politie met zich meebrengen. Wat betreft bewustzijnsverlies manifesteert zich dit bijvoorbeeld bij de directe hulpverlening (de politie is er vaak als eerste hulpdienst bij); in overlast door en/of agressie van omstanders; en in geagiteerd gedrag als de gebruiker weer bij bewustzijn komt. In het geval van onthoudingsverschijnselen wordt de politie geconfronteerd met verwarde en agressieve gebruikers. Dergelijk gedrag vormt voor hun omgeving (familie, burens) aanleiding om de politie in te schakelen. Van specifiek belang voor dit rapport zijn problematische GHB-gebruikers die een strafbaar feit hebben gepleegd waarvoor ze zouden moeten worden ingesloten, maar die vanwege hun GHB-gebruik niet ingesloten (kunnen) worden.

Vier typen problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie

Problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie vormen geen homogeen gezelschap. Er zitten jeugdigen tussen, maar ook veertigers; de meesten zijn meerderjarig. Jongens/mannen en autochtonen veruit in de meerderheid. Afgaand op de inschattingen van professionals zijn negen van de tien gebruikers te verdelen over vier typen.

Klassieke verslaafden vormen de grootste groep. Zij zijn polydruggebruikers, thuis-/dakloos en/of hebben psychiatrische problemen; zij zijn echter niet perse ook GHB-verslaafd. Qua leeftijd zijn het overwegend eind-twintigers en dertigers

(gemiddeld 31 jaar). Bijna allemaal zijn ze van het mannelijk geslacht, terwijl bij de andere drie typen ongeveer één op de vijf meisje/vrouw is. De klassieke verslaafden worden in vrijwel het hele land aangetroffen, maar het meest in urbane en sub-urbane gebieden, hoewel niet overal in de grotere steden.

Straatjongeren staan op de tweede plaats. Er zitten aardig wat tieners tussen, maar ook 'oudere jongeren'. Met gemiddeld 21 jaar zijn zij het jongst. Dit type vormt de meerderheid in plattelandsdorpen in delen van sommige provincies (Overijssel, Gelderland, Brabant, Zuid-Holland, Zeeland). Tegelijkertijd zijn er rurale gebieden waar dit type relatief weinig of niet voorkomt.

Het derde type bestaat uit *uitgaanders*. De meesten zijn twintiger en de gemiddelde leeftijd is 25 jaar. Zij vormen een meerderheid in - vooral, maar niet uitsluitend, stedelijke - delen van de provincies Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Limburg.

Thuisgebruikers vormen het vierde type. Buiten (delen van) de noordelijke en oostelijke provincies komt dit type nauwelijks of niet voor onder de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie.

Soms domineert in een provincie een bepaald type, veel vaker is sprake van meerdere typen binnen dezelfde provincie en opvallend is de soms sterke regionale variatie binnen een provincie, zelfs tussen dorpen en steden die dicht bij elkaar liggen. Dit indiceert dat de GHB-markt een sterk lokaal karakter kan hebben, hetgeen vergemakkelijkt wordt doordat handelaren en gebruikers de drug zelf kunnen maken.

Aantallen problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie

Uit de inventarisatie onder professionals komt een voortgaande toename naar voren van het aantal problematische GHB-gebruikers dat in aanraking komt met de politie, hoewel de gesignaleerde toename wellicht mede het resultaat is van een groeiende alertheid op en betere herkenning van problematische GHB-gebruikers.

Precieze aantallen zijn niet te geven, omdat bij de politie geen systematische registratie plaatsvindt van problematische GHB-gebruikers. Bij het in kaart brengen van de omvang hebben we moeten aansluiten bij wat de geïnterviewde professionals in de dagelijkse praktijk verstaan onder 'problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie'. Sommigen konden daarbij teruggrijpen op een intern bijgehouden registratie, maar de meesten maakten een beredeneerde schatting.

Afgaand op de verkregen data is landelijk niet alleen sprake van een groter aantal in 2010-2011 dan in 2008-2009, de verzamelde gegevens indiceren ook een groei tussen 2010 en 2011. Er zijn echter wel regionale verschillen in de gerapporteerde (geschatte) groei van de problematiek: van niet tot nauwelijks in Zeeland en delen van Noord- en Zuid-Holland tot sterk in (delen van) Friesland, Overijssel en Gelderland.

Als basis voor een landelijke schatting van het aantal problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie namen we de gegevens uit de arrestantenzorg, dus niet over alle problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie, maar wel van degenen die in de politiecel terechtkomen. Een extrapolatie van gegevens uit ruim de helft van alle politieregio's naar de landelijke situatie resulteert in een voorzichtige schatting van *rond de 320 unieke personen in 2010 en circa 420 in 2011; en ongeveer 420 gevallen (d.w.z. inclusief herhalingsgevallen) in 2010 en 570 gevallen in 2011*. Bij deze aantallen moet rekening gehouden worden met een forse marge, mede omdat de omvang van de problematiek flink kan verschillen tussen politieregio's.

Insluiten of heenzenden

In de kern bepalen twee factoren of een GHB-gebruiker naar de politiecel (met andere woorden: de arrestantenzorg) gaat. *Strafrechtelijk* dienen de aard en ernst van het delict (en daarnaast eventuele eerder gepleegde delicten) voorlopige hechtenis te rechtvaardigen en plaatsing in een politiecel dient *medisch* verantwoord te zijn. Bij acute intoxicatie na GHB-gebruik en bij (vermoeden van) GHB-verslaving wordt doorgaans meteen een forensisch arts geraadpleegd. Over het algemeen worden verdachten bij lichtere delicten (o.a. winkeldiefstal) heengezonden, dat wil zeggen: ze gaan met een proces-verbaal de deur weer uit. Maar het kan gebeuren dat, hoewel geen sprake is van voldoende ernstige strafbare feiten, een verdachte vanwege diens toestand of gedrag toch wordt overgebracht naar de arrestantenzorg, bijvoorbeeld ter observatie of ontnuchtering, dan wel in afwachting van de komst van een forensisch arts. (Dit gebeurt overigens niet alleen bij GHB-gebruikers, maar bijvoorbeeld ook bij dronken arrestanten).

Op basis van gegevens van de arrestantenzorg wordt volgens een voorzichtige schatting 70% van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie en terechtkomen bij de arrestantenzorg daar ook ingesloten. Voor heel Nederland zou dit neerkomen op naar schatting *rond de 225 unieke personen in 2010 en circa 295 in 2011; en in totaal op rond de 295 gevallen in*

2010 en 400 in 2011. Dat de bij de arrestantenzorg binnenkomende arrestanten hier niet allemaal worden ingesloten, komt bijvoorbeeld omdat bij of kort na aankomst (alsnog) op medische gronden tegen insluiting geadviseerd wordt, of omdat er onvoldoende faciliteiten beschikbaar zijn.

De zojuist genoemde schattingen zijn met onzekerheden omgeven. Er zijn soms grote regionale verschillen, na instroom bij de arrestantenzorg, in de kans op insluiting. Deels kunnen die verklaard worden door regionale verschillen in aard en ernst van de strafbare feiten en in de mate waarin arrestanten verslaafd zijn aan GHB. Daarnaast lijkt het er sterk op dat in bepaalde regio's forensisch artsen in medisch gezien vergelijkbare gevallen sneller adviseren tegen insluiting dan hun collega's elders in het land. In het verlengde hiervan kan de politie dan vooraf al selectiever zijn bij het overbrengen van GHB-gebruikers naar een cellencomplex, door van tevoren zo veel mogelijk uit te sluiten dat arrestanten vanuit het cellencomplex alsnog op advies van de forensisch arts om medische redenen worden heengezonden.

Celcapaciteit voor problematische GHB-gebruikers

Met de gegevens die we hebben kunnen verzamelen kan geen nauwkeurig, empirisch onderbouwd getalsmatig onderscheid gemaakt worden tussen problematische GHB-gebruikers in strafrechtelijke zin en qua (ander) gedrag, gebruik of verslaving. We kunnen slechts vaststellen dat het in zowel 2010 als 2011 is voorgekomen dat GHB-gebruikers zijn heengezonden, die op vanwege de aard en ernst van hun delict normaliter ingesloten zouden zijn bij de politie.

Sinds begin 2012 zijn drie speciale bedden beschikbaar voor GHB-verslaafden in penitentiaire inrichtingen (twee in Zwolle en één in Scheveningen). Indien de ervaringen tijdens de eerste maanden representatief zijn voor de rest van het jaar, dan zouden hier op jaarbasis ongeveer 100 GHB-verslaafden opgenomen worden. Dit bevestigt de behoefte aan een dergelijke voorziening. Dankzij deze speciale bedden worden in 2012 mogelijk ook minder vanwege de aard en ernst van hun delict voor insluiting in aanmerking komende GHB-gebruikers om medische redenen heengezonden dan in voorgaande jaren. Dat maakt het extra lastig om een antwoord te geven op de vraag of er voldoende celcapaciteit is voor problematische GHB-gebruikers die medisch gezien een risico vormen, maar op grond van de aard en de ernst van hun delict ingesloten zouden moeten worden. Niettemin lijkt vooralsnog de conclusie gerechtvaardigd dat, tenzij het aantal GHB-verslaafden dat strafrechtelijk in aanmerking komt voor insluiting navenant groeit, er geen noodzaak is tot uitbreiding van het aantal speciale bedden voor

GHB-verslaafden in penitentiaire inrichtingen. Deze speciale bedden bieden overigens geen soelaas voor gebruikers die hier strafrechtelijk niet voor in aanmerking komen, maar met wie de politie door hun problematische gedrag wel opgescheept zit.

Samenwerking, knelpunten en verbeterpunten

De verschillen tussen regio's in aard en omvang van de GHB-problematiek waarmee de politie te maken heeft, zien we in grote lijnen weerspiegeld in de mate en aard van overleg en samenwerking tussen politie en andere instanties op dit terrein. Hoe groter de (ervaren) problematiek, hoe meer overleg en samenwerking en ook hoe meer tevreden men hierover is. Vanuit verschillende delen van het land wordt geklaagd over het tempo waarmee het OM zich daadwerkelijk betrokken toont bij de GHB-problematiek, maar er zijn ook positieve ervaringen waarbij het OM juist een sleutelrol vervulde bij een gezamenlijke aanpak.

Gezondheid, openbare orde en terugval

In de ene regio gaat het (primair) om gezondheidsproblemen (met name onwel worden na GHB-gebruik), in de andere regio meer om overlast en soms ook om hardnekkige recidivisten. Ernstig aan GHB verslaafde personen kunnen tegelijkertijd draaideurklanten van de politie (veelal vanwege overlast, maar ook agressie) en cliënten van de verslavingszorg zijn, die na opname in een ziekenhuis of afkickkliniek bij herhaling terugvallen in GHB-gebruik. Belangrijke knelpunten hierbij zijn: Wat te doen met GHB gebruikende overlastgevers? Hoe kunnen politie en justitie enerzijds en de zorgsector anderzijds optimaal samenwerken bij de aanpak van GHB-verslaafden en het terugdringen van terugval in GHB-verslaving?

Privacygevoelige informatie

Positief zijn politiemensen vooral als er ook op het niveau van concrete, individuele gevallen wordt samengewerkt. Echter, als knelpunt in de samenwerking tussen politie en hulpverlening komt herhaaldelijk de bescherming van privacygevoelige informatie over cliënten en patiënten naar voren. Die belemmert samenwerking en de uitwisseling van informatie wordt erdoor beperkt. In samenhang hiermee spreken politiemensen regelmatig over een zekere mate van vrijblijvendheid en het afschuiven van verantwoordelijkheid. Toch blijkt dit niet overal in het land in gelijke mate een struikelblok te zijn in de samenwerking. Kennelijk kunnen regio's hier nog veel van elkaar te leren.

Toereikendheid van medische voorzieningen en veiligheid

Politieregio's verschillen van opvatting over de toereikendheid van de huidige medische voorzieningen om problematische GHB-gebruikers die zich in bewaring of voorlopige hechtenis bevinden op verantwoorde wijze te detoxificeren. Er zijn regio's waar dergelijke voorzieningen (tot nu toe) nauwelijks of niet nodig zijn, regio's die vinden dat hiervoor bij de politie genoeg observatiecellen beschikbaar zijn, maar ook enkele regio's die spreken van te weinig, goed over het hele land verspreide speciale cellen voor GHB-gebruikers met ontwenningverschijnselen. Ten slotte wordt gesproken over (binnen de politie) te weinig specifieke medische faciliteiten en te weinig kennis en ervaring bij de arrestantenzorg, en (extern) moeizame samenwerking met ziekenhuizen.

Een specifiek punt van zorg is de veiligheid voor zowel arrestanten als personeel bij het vervoer van problematische GHB-gebruikers naar de politiecel of van de politiecel naar de penitentiaire inrichting. Weliswaar bestaan hiervoor protocollen en goede afspraken, maar in de praktijk wordt soms van vervoer afgezien omdat er dan niet voldoende en tevens geschikt personeel beschikbaar is en/of de rit te lang zal duren.

Medisch advies en registratie

Politiemensen ervaren dat forensisch artsen in vergelijkbare gevallen niet uniform adviseren over insluiting van problematische GHB-gebruikers. Hier is een taak weggelegd voor de beroepsgroep. Forensische expertise is ook onontbeerlijk bij de ontwikkeling van een eenduidige, praktisch werkbare en landelijk toepasbare definitie van 'problematisch GHB-gebruik'. Zo'n definitie is immers een cruciale voorwaarde voor een betere registratie en monitoring van deze groep arrestanten.

Kennisbehoefte en kennisuitwisseling

Hoe minder ervaring de politie heeft met de GHB-problematiek, hoe groter de behoefte aan kennis hierover - tenzij problemen met GHB-gebruikers zich heel weinig voordoen. Voor zover gesproken wordt van kennishiaten, ziet men die hoofdzakelijk bij de arrestantenzorg en de politie op straat. Sommige regio's met (nog) niet veel GHB-problematiek overleggen proactief en werken samen met regio's die over meer kennis en ervaring beschikken, onder andere bij de ontwikkeling en implementatie van protocollen.

BIJLAGE: Vragenlijst GHB arrestanten

In opdracht van het Ministerie van Veiligheid en Justitie doen we onderzoek naar

de GHB-problematiek onder arrestanten. Met deze vragenlijst willen we zo goed als mogelijk het aantal problematische GHB-gebruikers in kaart brengen waarmee de politie op het bureau geconfronteerd, alsmede het aantal personen dat daadwerkelijk wordt ingesloten dan wel heengezonden. Tevens willen we meer inzicht krijgen in de aard van de problematiek en het profiel van deze gebruikers. *De nadruk ligt op informatie over de periode januari 2010 t/m december 2011.*

1. Respondentnummer:
2. Naam: (NB: In de rapportage worden gegevens geanonimiseerd weergegeven)
Op welk geografisch gebied heeft uw informatie betrekking?
- 3a. Politieregio:
- 3b. Gemeente(n):
4. Instelling/organisatie:
5. Afdeling:
6. Functie:
7. Kernwerkzaamheden:

Omvang en profiel

8. In welke gemeente(n) binnen deze politieregio (of: het arrondissement) heeft de politie de meeste problemen met GHB-gebruikers?

De volgende vragen gaan over aantallen problematische GHB-gebruikers die in aanraking zijn geweest met de politie. We maken hierbij een onderscheid tussen het totale aantal (dus inclusief herhalingsgevallen) en het aantal individuen. Ook vragen we u aan te geven of u zich baseert op geregistreerde aantallen of op schattingen. Graag invullen voor zover u over de gevraagde cijfers beschikt of kunt schatten.

9. *Hoeveel problematische GHB-gebruikers zijn in de hele politieregio in aanraking geweest met de politie?*

9.a individuele GHB-gebruikers in 2010

9.b (1) precies aantal (2) schatting

9.c individuele GHB-gebruikers in 2011

9.d (1) precies aantal (2) schatting

9.e totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2010

9.f (1) precies aantal (2) schatting

9.g totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2011

9.h (1) precies aantal (2) schatting

10. *Hoeveel problematische GHB-gebruikers zijn in de gemeente(n)*

.....

(vul gemeente in) in aanraking geweest met de politie?

10.a individuele GHB-gebruikers in 2010

10.b (1) precies aantal (2) schatting

10.c individuele GHB-gebruikers in 2011

10.d (1) precies aantal (2) schatting

10.e totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2010

10.f (1) precies aantal (2) schatting

10.g totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2011

10.h (1) precies aantal (2) schatting

11. *Tot welke groepen/types behoren de problematische GHB-gebruikers die in aanraking zijn gekomen met de politie? (Verdeling moet optellen tot 100%)*

11.a ...% Hang-, buurt- en/of straatjeugd

11.b ...% Thuis- en daklozen en/of polydruggebruikers (klassieke verslaafden)

11.c ...% Anders, namelijk (11d.)

11.e ...% Anders, namelijk (11f.)

11.f Zijn dit precieze cijfers of schattingen? (1) precies (2) schatting

12. *Hoe is de verdeling naar geslacht binnen deze groepen/types? (Per type moet totaal man + vrouw 100% zijn. We vragen alleen naar percentage jongens/mannen.)*

12.a Hang-, buurt- en/of straatjeugd% jongen/man

12.b Thuis- en daklozen en/of polydruggebruikers% jongen/man

12.c Anders, namelijk% jongen/man

12.d Anders, namelijk% jongen/man

12.e Zijn dit precieze cijfers of schattingen? (1) precies (2) schatting

13. *Hoe groot is het percentage autochtonen binnen elke groep / elk type?*

13.a Hang-, buurt- en/of straatjeugd% autochtoon

13.b Thuis- en daklozen en/of polydruggebruikers% autochtoon

13.c Anders, namelijk% autochtoon

13.d Anders, namelijk% autochtoon

13.e Zijn dit precieze cijfers of schattingen? (1) precies (2) schatting

14. *Wat is de leeftijdsrange van de problematische GHB-gebruikers die in aanraking zijn gekomen met de politie?*

Hang-, buurt en/of straatjeugd (a) van jaar tot (b) ...jaar en gemiddeld (c)jaar

Thuis- en daklozen en/of polydruggebruikers (d) van jaar tot (e) ...jaar en gemiddeld (f)jaar

Anders, namelijk (g) van jaar tot (h) ...jaar en gemiddeld (i)jaar

Anders, namelijk (j) van jaar tot (k) ...jaar en gemiddeld (l)jaar

15. *Was het aantal problematische GHB-gebruikers in uw gemeente in 2010 en 2011 kleiner of groter dan in 2008 en 2009? Die was in 2010 en 2011:*

O1 veel kleiner - O2 kleiner - O3 hetzelfde - O4 groter - O5 veel groter

16. *Was het aantal problematische GHB-gebruikers in uw regio in 2010 en 2011 kleiner of groter dan in 2008 en 2009? Die was in 2010 en 2011:*

O1 veel kleiner - O2 kleiner - O3 hetzelfde - O4 groter - O5 veel groter

Aard en reden contact met de politie

17. *Met welke problematiek(en) wordt de politie vooral geconfronteerd als het om GHB-gebruikers gaat?*

18. *Kunt u daarvan een of meerdere voorbeelden geven? (b.v. verkeersdeelnamen/ongelukken; baldadig en/of agressief gedrag; openlijk gebruik op straat).*

19. *Betreft het ook of vooral dezelfde groep(en)/individuen? (Graag kort toelichten)*

20. *Op welke tijdstippen en dagen doen zich de meeste problemen voor?*

21. *Waar doen zich de meeste problemen voor? (bv. thuis, uitgaansleven, bepaalde buurten, etc.)*

22. *Wat ervaart de politie in uw regio/gemeente als het grootste probleem bij de aanpak van de huidige GHB-problematiek?*

Diagnostiek, overleg en samenwerking

23. *Hoe en door wie wordt beoordeeld of er sprake is van problematisch GHB-gebruik bij een verdachte?*

24. *Overlegt de politie voldoende met andere professionele partijen (forensisch artsen, drugshulpverleners, dagopvang etc.) die belast zijn met de GHB-problematiek?*

24.a Zo nee, waarom niet?

24.b Zo ja, zijn er verbeterpunten?

Insluiting en/of heenzending op het politiebureau

De volgende vragen gaan over aantallen problematische GHB-gebruikers die in aanraking zijn geweest met de politie en vervolgens werden ingesloten. We maken hierbij weer een onderscheid tussen het totale aantal (dus inclusief herhalingsgevallen) en het aantal individuen. Ook vragen we u een aan te geven of u zich baseert op geregistreerde aantallen of op schattingen. Graag invullen voor zover u over de gevraagde cijfers beschikt of kunt schatten.

25. *Hoeveel of welk percentage problematische GHB-gebruikers zijn in de hele politieregio die in aanraking geweest met de politie, zijn ook daadwerkelijk ingesloten?*

25.a (aantal) of (25.b) % van individuele GHB-gebruikers in 2010

25.c (1) precies aantal / % (2) schatting

25.d (aantal) of (25.e) % van individuele GHB-gebruikers in 2011

25.f (1) precies aantal / % (2) schatting

25.g totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (25.h) % van GHB-gebruikers in 2010

25.i (1) precies aantal / % (2) schatting

25.j. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (25.k) % van GHB-gebruikers in 2011

25.l (1) precies aantal / % (2) schatting

26. *Hoeveel of welk percentage problematische GHB-gebruikers zijn in de gemeente die in aanraking zijn geweest met de politie, ook daadwerkelijk ingesloten?*

26.a (aantal) of (26.b) % van individuele GHB-gebruikers in 2010

26.c (1) precies aantal / % (2) schatting

26.d (aantal) of (26.e) % van individuele GHB-gebruikers in 2011

26.f (1) precies aantal / % (2) schatting

26.g totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (26.h) % van GHB-gebruikers in 2010

26.i (1) precies aantal (2) schatting

26.j. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (26.k) % van GHB-gebruikers in 2011

26.l (1) precies aantal (2) schatting

27. *Wanneer schakelt de politie wel of juist niet de GGD of verslavingsarts in bij GHB-gebruikers? (Geef voorbeeld)*

28. *Hoeveel of welk percentage problematische GHB-gebruikers zijn in de hele politieregio die normaal gesproken ingesloten zouden zijn, zijn / is door of op advies van een forensisch arts heengezonden?*

28.a (aantal) of (28.b) % van individuele GHB-arrestanten in 2010

28.c (1) precies aantal / % (2) schatting

28.d (aantal) of (28.e) % van individuele GHB-arrestanten in 2011

28.f (1) precies aantal / % (2) schatting

28.g totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (28.h) % van GHB-arrestanten in 2010

28.i (1) precies aantal / % (2) schatting

28.j. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (28.k) % van GHB-arrestanten in 2011

28.l (1) precies aantal / % (2) schatting

29. *Hoeveel of welk percentage problematische GHB-gebruikers zijn in de gemeente die normaal gesproken ingesloten zouden zijn, zijn / is door of op advies van een forensisch arts heengezonden?*

29.a (aantal) of (29.b) % van individuele GHB-arrestanten in 2010

29.c (1) precies aantal / % (2) schatting

29.d (aantal) of (29.e) % van individuele GHB-arrestanten in 2011

29.f (1) precies aantal / % (2) schatting

29.g totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (29.h) % van GHB-arrestanten in 2010

29.i (1) precies aantal / % (2) schatting

29.j. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) of (29.k) % van GHB-arrestanten in 2011

29.l (1) precies aantal / % (2) schatting

30. *Welke redenen geven forensisch artsen in hun advies tot heenzending van een GHB-gebruiker?*

31. *Maakt de politie, bij heenzending dan wel insluiting van een GHB-gebruiker, ook een afweging tussen de mate van verslaving of zwaarte van een vergrijp? Waar ligt de grens?*

Arrondissementsparketten/ Officieren van Justitie

De volgende vragen gaan over aantallen problematische GHB-gebruikers die in aanraking zijn geweest met de politie en al dan niet werden ingesloten. We maken hierbij een onderscheid tussen het totale aantal (dus inclusief herhalingsgevallen) en het aantal individuen. Ook vragen we u een aan te geven of u zich baseert op geregistreerde aantallen of op schattingen. Graag invullen voor zover u over de gevraagde cijfers beschikt of kunt schatten.

32. *Met hoeveel problematische GHB-gebruikers heeft het arrondissement te maken gehad?*

32.a individuele GHB-gebruikers in 2010 32b (1) precies aantal (2) schatting

32.c. individuele GHB-gebruikers in 2011 32d (1) precies aantal (2) schatting

32.e. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2010

32.f (1) precies aantal (2) schatting

32.g. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2011

32.h (1) precies aantal (2) schatting

33. *Doen zich ook complicaties voor bij de inverzekeringstelling van problematische GHB-gebruikers?*

Zo ja, wat zijn de belangrijkste problemen? Kunt u voorbeelden geven?

34. Hoeveel personen met een GHB problematiek zijn in 2010 en 2011 in detentie gegaan?

34.a individuele GHB-gebruikers in 2010 34b (1) precies aantal (2) schatting

34.c. individuele GHB-gebruikers in 2011 34d (1) precies aantal (2) schatting

34.e. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2010 34.f (1) precies aantal (2) schatting

34.g. totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2011 34.h (1) precies aantal (2) schatting

35. *Zijn de huidige medische voorzieningen toereikend om problematische GHB-gebruikers die zich in voorlopige hechtenis of bewaring bevinden op verantwoorde wijze te detoxificeren?*

35.a Zo nee, waarom niet?

35.b Zo ja, zijn er verbeterpunten?

Samenwerking binnen de regio betreffende GHB-problematiek

36. *Is er voldoende kennis bij de verschillende instellingen die zijn belast met de huidige GHB-problematiek van arrestanten?*

37. *Is er voldoende samenwerking bij de verschillende instellingen die belast zijn met de huidige GHB-problematiek van arrestanten?*

38. *Zijn er momenteel binnen de regio initiatieven en/of werkgroepen actief rond de aanpak van de GHB-problematiek?*

39. *Heeft u cijfers, rapporten of nota's die van belang zijn voor ons onderzoek? Zo ja, zou u die kunnen toesturen / mailen?*

40. *Zijn er collega's elders in het land die volgens u een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan ons onderzoek?*

LITERATUUR

Benschop, A. & Korf, D.J. (2011) *De grote Spuiten en Slikken internetenquête 2011*. Amsterdam: Bonger Instituut voor Criminologie.

Boonstra, M. (2011) Ontwenning van GHB: een voorbeeldpraktijk. *Verslaving*, 7(10):3-15.

Degenhardt, L., Darke, S. & Dillon, P. (2003) The prevalence and correlates of gamma-hydroxybutyrate (GHB) overdose among Australian users. *Addiction*, 89: 199-204.

Doekhie, J., Nabben, T. & Korf, D.J. (2010) *NL.Trendwatch. Gebruikersmarkt*

- uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Nabben, T., Leenders, F. & Benschop, A. (2002) *GHB: Tussen extase en narcose*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nabben, T. (2010) *High Amsterdam. Ritme, roes en regels in het uitgaansleven*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Németh, Z., Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of GHB (gamma-hydroxybutyrate) in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9):1281-1287.
- Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., van Delden, E.B. & Mol, A. (2011) *Kerncijfers verslavingszorg 2010. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Ladis)*. Houten: IVZ.
- Sumnall, H.R. Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J.C. & Beynon, C.M. (2007) Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence*, 92:286-290.
- Vogels, N. & Croes, E. (2012) *Monitor Drugs Incidenten: factsheet 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & van Laar, M. (2011) *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Bonger Instituut voor Criminologie (UvA).
- Van Rooij, A., Schoenmakers, T.M. & van de Mheen, D. (2011) *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: De kerncijfers*. Rotterdam: IVO.
- Voorham, L. & Buitenhuis, S. (2012) *GHB-gebruik(ers) in beeld. Een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2012) *Kerncijfers verslavingszorg 2011. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (Ladis)*. Houten: IVZ.