

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.

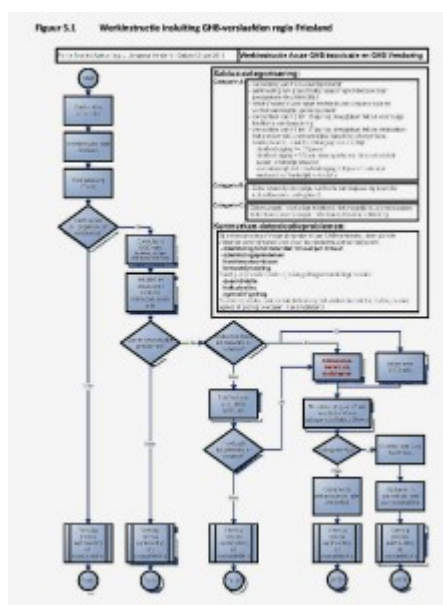
Beoordeling GHB-gebruik

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 drugshulpverlening. 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 terechtkomen (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 ontwenningssverschijnselen 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% heenzendingen) 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. heenzenden 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 heenzendingen 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 heenzendingen 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. *(Omgerekend 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 terecht kwamen 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).