

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 ontweningsverschijnselen.

“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 zwijgplicht.”

“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 ontwenningsverschijnselen. 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).