

*Dirk J Korf, Ton Nabben & Antoinette Pronk*

# Insluiten of heenzenden

*Problematische GHB-gebruikers op  
politiebureaus, in bewaring en in verzekering*

Bonger 24 Reeks

# **INSLUITEN OF HEENZENDEN**

**Problematische GHB-gebruikers op politiebureaus,  
in bewaring en in verzekering**

Dirk J. Korf, Ton Nabben en Antoinette Pronk

Dit onderzoek is uitgevoerd door het Bonger Instituut voor Criminologie, Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit van Amsterdam, in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

### **Begeleidingscommissie**

Mevrouw dr. M.W. van Laar (voorzitter) – Trimbos-instituut, Utrecht

Mevrouw drs. A.L. Daalder – WODC, Den Haag

De heer K.J. Molthof – Ministerie van Veiligheid en Justitie, Directie Sanctie- en Preventiebeleid

Mevrouw M.A. Zaal – Regiopolitie Hollands Midden

Universiteit van Amsterdam

Bonger Instituut voor Criminologie

[www.bonger.nl](http://www.bonger.nl)

Ministerie van Veiligheid en Justitie

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)

[www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)

Uitgave: Rozenberg Publishers ([www.rozenbergps.com](http://www.rozenbergps.com))

Korf D.J., Nabben T. & Tromp A. (2012) *Insluiten of heenzenden: Problematische GHB-gebruikers op politiebureaus, in bewaring en in verzekering*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

ISBN 978 90 361 0329 9

© 2012 WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie. Auteursrechten voorbehouden.

# INHOUD

<b>1</b>	<b>INTRO.....</b>	<b>5</b>
	Wel of niet insluiten .....	6
	Doel en onderzoeksvragen.....	6
	GHB en GHB-gebruik .....	7
	Problematisch GHB-gebruik .....	9
	Onderzoeksaanpak.....	9
	Leeswijzer.....	10
<b>2</b>	<b>POLITIE EN GHB-GEBRUIKERS.....</b>	<b>11</b>
	Variatie in problematiek.....	11
	Op welke tijdstippen en waar doen de problemen zich voor? .....	14
	Grootste probleem bij aanpak GHB-problematiek. ....	15
<b>3</b>	<b>PROFIEL VAN GHB-GEBRUIKERS .....</b>	<b>17</b>
	Typen problematische GHB-gebruikers .....	17
	Variatie tussen en binnen provincies .....	18
	Geslacht, etniciteit en leeftijd .....	19
	Samenvatting en conclusie .....	21
<b>4</b>	<b>INSTROOM BIJ POLITIE.....</b>	<b>23</b>
	Unieke personen en totale aantallen in 2010 en 2011 .....	23
	Naar een landelijk beeld .....	26
	Trends .....	27
	Samenvatting en conclusie .....	29
<b>5</b>	<b>INSLUITEN OF HEENZENDEN .....</b>	<b>31</b>
	Beoordeling GHB-gebruik.....	31
	De grens tussen insluiting en heenzending.....	32
	Insluitingen in 2010 en 2011 .....	34
	Heenzending op medisch advies.....	36
	Speciale penitentiaire voorzieningen.....	37
	Samenvatting en conclusie .....	38

<b>6</b>	<b>OVERLEG EN SAMENWERKING.....</b>	<b>41</b>
	Overleg tussen politie en andere partijen over GHB-problematiek.....	41
	Inschakelen van arts bij GHB-gebruikers.....	43
	Medische voorzieningen voor detoxificatie .....	43
	Samenwerking.....	44
	Conclusie, knelpunten en verbeterpunten .....	46
<b>7</b>	<b>SAMENVATTING EN CONCLUSIE.....</b>	<b>49</b>
	Problematische GHB-gebruikers .....	49
	Vier typen problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie.....	49
	Aantallen problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie.....	50
	Insluiten of heenzenden.....	51
	Celcapaciteit voor problematische GHB-gebruikers .....	52
	Samenwerking, knelpunten en verbeterpunten .....	52
	<b>BIJLAGE: VRAGENLIJST GHB ARRESTANTEN .....</b>	<b>55</b>
	<b>LITERATUUR .....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRO

Maandagochtend, 13 juni 2012. De vergaderkamer in het gemeentehuis van Rucphen (ca. 12000 inwoners) zit tjokvol. Ruim twintig deelnemers uit Ettenleur, St. Willebrord en Rucphen buigen zich over de GHB-problematiek in deze Brabantse dorpen. Rond de tafel zitten wijkagenten, hulpverleners en preventiewerkers. Een Moedige Moeder is samen met haar man. Ook zijn enkele lokale beleidsmedewerkers aanwezig, plus een paar medewerkers van het Ministerie van Veiligheid en Justitie en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doel van de bijeenkomst is om te praten over de hardnekkige GHB-problematiek, die omstreeks 2004 in Rucphen voor het eerst de kop op stak. Bijna tien jaar later is nu het besef doorgedrongen dat de drug zich stevig heeft genesteld binnen groepen plattelandsjongeren in Noord-Brabant. Bij een deel hiervan beperkt het gebruik zich niet meer tot het weekend. Door deze alarmerende ontwikkelingen heeft de gemeente samen met de politie en andere sociale partners de GHB-problematiek tot speerpunt verklaard. Er is een taskforce opgetuigd, met vijf agenten die zich fulltime gaan richten op de GHB-problematiek.

Elke week komen meldingen binnen over GHB-excessen van gebruikers op straat of in huiselijke kringen. Momenteel zijn ongeveer 90 jongeren in beeld, in de leeftijd van 14 tot 25 jaar. Een derde is volgens deskundigen verslaafd. Sommigen gebruiken al bijna tien jaar GHB, vaak in combinatie met amfetamine. De verspreiding verloopt via gebruikers, van wie sommigen zelf GHB maken en verhandelen aan derden. Omdat de productie van GHB snel en goedkoop is, wordt het middel ook vaak in vriendenkringen gedeeld. De meldingen over GHB gaan vaak over outgaan, vechtpartijen, raar en roekeloos gedrag of algeheel decorumverlies in het publieke domein. De ambulance wordt geregeld gebeld. Een deel van de problematische gebruikers komt herhaaldelijk in contact met de politie. De politie treft de GHB-gebruikers zowel op straat als in het ouderlijk huis aan. Gebruikers ontkennen volgens preventiewerkers dat ze verslaafd zijn.

Uit de dagelijkse praktijk komen bij de omgang met problematische GHB-gebruikers drie belangrijke knelpunten naar voren. Ten eerste geven psychiaters niet gauw een medische verklaring waarmee iemand een IBS (in bewaringstelling) kan krijgen. Maar houdt de psychiater, gezien de terugkerende problematiek en recidive, niet teveel rekening met de patiënt? “Op deze manier blijft het voor de politie in praktijk vaak dweilen met de kraan open”. Ten tweede is er de vicieuze cirkel van gebruik, verslaving, afkicken, geen goede nazorg en op korte termijn weer terugval. Ten derde vinden veel incidenten in de dorpen buiten de normale werktijd van GGZ en verslavingszorg plaats, waardoor de omgeving en politie langer opgescheept kunnen zitten met soms geagiteerde of anderszins lastige patiënten.

De ervaringen en zorgen in deze Brabantse plattelandsregio staan niet op zich. Een jaar eerder tijdens een bezoek aan de burgemeester van Twenterand, in het oosten van Overijssel, schetsten politiemensen en jongerenwerk een vergelijkbaar beeld van de aard en omvang van lokale problematiek aldaar. Hetzelfde was in het voorjaar van 2012 het geval tijdens een drukbezochte bijeenkomst van politie, jongerenwerk, hulpverlening en beleidsmedewerkers in het Friese Heerenveen. Steevast staat de problematiek van hoe om te gaan met GHB-gebruikers hoog op de agenda. Veel komt op het bordje van de politie, al was het maar omdat die dag in dag uit, 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Een van de hardnekkige problemen is: wat te doen met GHB-verslaafden die worden aangehouden voor strafbare feiten en hiervoor normaliter ingesloten zouden moeten worden?

### **Wel of niet insluiten**

Dit probleem van wel of niet insluiten van GHB-verslaafden die verdacht worden van een strafbaar feit beperkt zich niet tot de zojuist genoemde plaatsen. Volgens informatie van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie worden politie en justitie in verschillende regio's in Nederland geconfronteerd met een groep GHB-verslaafden die bij plotselinge onthouding ernstige afkickverschijnselen krijgt. Deze verschijnselen treden zeer snel op, binnen zes uur, dus al op het politiebureau. Vanuit verschillende regio's komen signalen van heenzendingen door de politie en van het Openbaar Ministerie (OM). Daaronder bevinden zich mogelijk ook personen die vanwege de ernst van de delicten feitelijk in bewaring hadden moeten worden gesteld.

Ten einde beslissingen te kunnen nemen over mogelijk nieuwe beleidsmaatregelen, wenst het Ministerie van Veiligheid en Justitie meer inzicht in de *aard en omvang van de problematiek* en een beter beeld van de eventuele *maatregelen en voorzieningen* die voor de aanpak hiervan gecreëerd zouden moeten worden.

### **Doel en onderzoeksvragen**

In dit rapport brengen we verslag uit van een onderzoek dat we van maart tot en met juli 2012 hebben gedaan, met als doel:

- (a) Een inventarisatie maken van het aantal problematische GHB-gebruikers dat in aanraking komt met politie en justitie en wordt ingesloten of (op medische gronden) wordt heengezonden.
- (b) Inzicht verschaffen in de kenmerken van problematische GHB-gebruikers, en de aard van de problematiek.
- (c) Aanknopingspunten bieden voor de aanpak van de problematiek.

Het doel laat zich vertalen in de volgende onderzoeksvragen:

- (1) Hoeveel problematische GHB-gebruikers zijn de laatste twee jaar (januari 2010 t/m december 2011) in contact gekomen met de politie?<sup>1</sup> Hoe zijn deze aantallen verspreid over Nederland?
- (2) Hoeveel unieke problematische GHB-gebruikers zijn in die periode daadwerkelijk ook ingesloten in een politiecel of in bewaring en verzekering gesteld?
- (3) Hoeveel unieke problematische GHB-gebruikers zijn in die periode (vervroegd) heengezonden wegens het ontbreken van geschikte faciliteiten en/of adequaat medische behandeling ter plekke? In hoeverre werden zij heengezonden op basis van beoordeling door een deskundige?
- (4) Wat is het profiel van de groep(en) problematische gebruikers die in aanraking zijn gekomen met de politie en justitie? Wat is de verdeling naar leeftijd en geslacht? Wat is bekend over de delicten die zij plegen? Is, afgezien van GHB-verslaving, sprake van bijzondere problematiek, of betreft het min of meer een doorsnee van de verdachtenpopulatie?
- (5) Wat zien politie en justitie als de belangrijkste problemen met betrekking tot de aard van de GHB-problematiek en welke problemen en knelpunten ervaren zij bij insluiting? Welke adviezen geven experts op grond van de huidige praktijkervaring, over hoe het beste te handelen bij problematisch GHB-gebruik?
- (6) Welke aspecten komen naar voren waarmee beleid rekening zou moeten houden?

Een kernbegrip in dit onderzoek is: problematisch GHB-gebruik. Dat begrip lichten we straks nader toe, maar eerst schetsen we in grote lijnen aard en omvang van GHB-gebruik in Nederland

### **GHB en GHB-gebruik**

GHB (gammahydroxybuturaat) is een vloeibaar narcosemiddel dat ongeveer tien jaar geleden vooral opmars maakte in de grote steden,<sup>2</sup> daarna wat in populariteit daalde, maar recentelijk vooral lijkt aan te slaan op het platteland.<sup>3</sup>

Al vanaf de beginjaren heeft GHB een omstreden reputatie. Bij de twijfelachtige status ging het aanvankelijk vooral om GHB als 'rape drug': iemand zou de vloeistof ongemerkt in je drankje doen, waardoor je het bewustzijn zou verliezen om vervolgens verkracht te worden. Hoewel hierover nog steeds wel verhalen de ronde doen, zijn ze toch naar de achtergrond verdwenen in de beeldvorming over GHB. Dat zou kunnen komen omdat er slechts schaars empirisch bewijs voor is gevonden, hoewel ook vaststaat dat verkrachting na onvrijwillige toediening van GHB in forensisch onderzoek heel lastig is aan te tonen, aangezien GHB vrij

---

<sup>1</sup> Voor twee jaar is gekozen omwille van een heldere afbakening. Deze periode is kort genoeg om politie/justitie niet te belasten met een zoektocht in de archieven, terwijl tegelijkertijd mogelijke trends (stijging/daling) zijn te traceren. Indien gegevens over een langere periode beschikbaar zijn, worden deze meegenomen in het onderzoek.

<sup>2</sup> Korf et al. (2002).

<sup>3</sup> Nabben (2010); Doekhie et al. (2010).



snel uit het lichaam verdwijnt en (vermeende) slachtoffers zich niets kunnen herinneren van wat tijdens de toestand van bewusteloosheid geschiedt.<sup>4</sup> Bij de omstreden reputatie hoort ook al vanaf de beginjaren dat iemand na het gebruik van GHB plotsklaps het bewustzijn kan verliezen ('out gaan') en in coma kan raken.<sup>5</sup>

De eerste jaren was GHB in Nederland legaal verkrijgbaar (tot 7 mei 1996 in smartshops). In oktober 2002 werd het geplaatst op lijst II (softdrugs) van de Opiumwet. In september 2011 kondigde de Nederlandse regering aan GHB over willen te hevelen naar lijst I (harddrugs) en in mei 2012 is dit ook daadwerkelijk gebeurd.

Het weren van GHB uit smartshops en later de strafbaarstelling moet geplaatst worden in het licht van de groeiende bezorgdheid over gebruik van de drug. Het aantal cliënten in de (ambulante) verslavingszorg met GHB als hoofdproblematiek neemt snel toe (van enkele tientallen in 2007 naar 659 in 2011).<sup>6</sup> Volgens de laatste cijfers van de Monitor Drugsincidenten is in een op de vijf geregistreerde drugsongevallen waarvoor de ambulance wordt ingeschakeld of die terecht komen bij de spoedeisende hulp GHB – vaak als enige drug - in het spel. In 2011 betrof het 740 (waarvan 40 door politieartsen) van de in totaal 3652 geregistreerde drugsincidenten; bij 3 van de 14 gemelde incidenten met dodelijke afloop in 2011 was GHB gebruikt.<sup>7</sup> Ook is er een toenemende bezorgdheid over de verslavende werking van GHB en de ernst van de ontwenningsverschijnselen.<sup>8</sup>

Volgens de meest recente landelijke cijfers over de algemene bevolking (15 t/m 64 jaar) heeft 1.3% ooit wel eens GHB gebruikt, 0.4% het afgelopen jaar en 0.2% de laatste maand.<sup>9</sup> De prevalentiecijfers zijn zo laag dat ze bijvoorbeeld niet opgesplitst konden worden naar leeftijd. Meer soelaas hierbij biedt de landelijke Feestmeter 2008-2009, waaraan ruim 2000 clubbezoekers en ruim 900 partybezoekers deelnamen. Van de clubbezoekers had 6.4% ooit wel eens GHB gebruikt, 3.4% het laatste jaar en 1.7% de laatste maand. Bij de partybezoekers was dit respectievelijk 14.3%, 7.8% en 4.6%.<sup>10</sup> De cijfers van de Grote Spuiten en Slikken Internetenquête 2011 liggen hier tussenin, met 7.3% ooit-gebruik en 2.0% in de laatste maand. In deze laatste enquête was er geen verschil in ooit- en huidig gebruik tussen stad en platteland. Het hoogste huidige GHB-gebruik werd gerapporteerd door respondenten uit Overijssel, Friesland en Brabant.<sup>11</sup>

GHB wordt in uiteenlopende settings (zowel thuis als in uitgaansgelegenheden, op festivals, op afterparty's en op straat) en door verschillende groepen gebruikt. Volgens het Trimbos-instituut zijn er grofweg drie groepen te onderscheiden: uitgaanders, gemarginaliseerden en thuisgebruikers.<sup>12</sup>

---

<sup>4</sup> Németh e.a., 2010.

<sup>5</sup> Degenhardt e.a., 2003; Sumnall e.a., 2008.

<sup>6</sup> Ouwehand e.a., 2011; Wisselink e.a., 2012.

<sup>7</sup> Vogels & Croes, 2012.

<sup>8</sup> Boonstra, 2011.

<sup>9</sup> Van Rooij e.a., 2011.

<sup>10</sup> Van der Poel e.a., 2010.

<sup>11</sup> Benschop & Korf, 2011. (Verschillen tussen provincies worden hierin niet besproken, maar blijken uit later uitgevoerde analyses.)

<sup>12</sup> Voorham & Buitenhuis, 2012.

## **Problematisch GHB-gebruik**

GHB vormt voor de politie op verschillende manieren een nieuw fenomeen. De drug zelf kan vrij gemakkelijk geproduceerd worden; de grondstoffen zijn via internet te bestellen (in elk geval vóór plaatsing op Lijst I). Dit is een groot verschil met bestaande 'natuurlijke' drugs als heroïne en cocaïne en met bestaande synthetische drugs (amfetamine, ecstasy, etc.). Lokale markten kunnen zich dus in principe vrij gemakkelijk en relatief autonoom ontplooien. Nieuw is ook de wijze van toediening; in tegenstelling tot alle andere drugs wordt GHB gedronken (net als alcohol). Daarbij komt dat GHB veel minder exclusief een uitgaansdrug is (zoals XTC) en relatief vaak thuis wordt gebruikt. Plattelandsjongeren hoeven er dus niet voor naar uitgaansgelegenheden in de stad. Samen met de lage prijs zijn dit allemaal factoren die de drempel tot experimenteren kunnen verlagen. GHB is ook een riskante drug. De marge tussen roes en 'outgaan' is bijzonder klein. Zo kunnen mensen die met GHB in de auto stappen pardoes achter het stuur in slaap vallen of zelfs in coma geraken.

Problematisch GHB-gebruik heeft in dit rapport verschillende betekenissen. Van specifiek belang 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.

GHB-gebruik kan *medisch* gezien problematisch zijn, zoals in het geval van onthoudingsverschijnselen bij verslaving aan het middel of wanneer een gebruiker door een te hoge dosering GHB (al dan niet in combinatie met het gebruik van alcohol of andere drugs) het bewustzijn verliest. Ook al gaat het hierbij als zodanig om medische problemen, toch kunnen deze, direct of indirect, problemen voor de politie met zich meebrengen. Wat betreft bewustzijnsverlies manifesteert zich dit op drie manieren: de directe hulpverlening (welke hulpdienst is er als eerste bij?); eventuele overlast door en/of agressie van omstanders; en geagiteerd gedrag als de gebruiker weer bij bewustzijn komt. Ook wat betreft de onthoudingsverschijnselen kan de politie te maken krijgen met gedragsproblemen van de gebruiker (agressie, verwardheid) en die kunnen aanleiding voor hun omgeving (familie, buren) zijn om de politie in te schakelen. Al deze problemen kunnen we typeren als *problematisch gedrag*, met name in de sfeer van openbare orde.

De zojuist genoemde problemen doen zich voor buiten, maar ook binnen het politiebureau. Het buiten het bureau vertoonde problematisch gedrag kan voor de politie aanleiding zijn om iemand mee te nemen naar het bureau; er worden onder invloed van GHB verkerende verdachten op heterdaad betrapt op het plegen van een strafbaar feit en meegenomen naar het politiebureau; arrestanten vertonen op het bureau ontweningsverschijnselen etc.

In het vervolg van dit rapport trachten we deze uiteenlopende vormen en betekenissen van problematisch GHB-gebruik zo goed als mogelijk te specificeren.

## **Onderzoeksaanpak**

Van alle 25 politieregio's is telefonisch aan een of meer experts binnen het politiekorps (en daarnaast of in plaats daarvan soms een of meer experts van buiten het korps (met name

forensisch artsen) een vragenlijst voorgelegd. (In totaal 49 respondenten. Zie voor de vragenlijst de bijlage achterin dit rapport). Soms werd de vragenlijst voorafgaan aan het interview per e-mail toegezonden.

De vragen gingen over aard en omvang van de GHB-problematiek. Met welke GHB-gebruikers wordt de politie geconfronteerd, hoeveel en wat is de aard van de problematiek? Vinden er vanuit gezondheidskundig oogpunt heenzendingen plaats en hoeveel? Kan de politie een profiel schetsen van groep(en)? Overlegt de politie ook met andere partijen en experts (forensische artsen, drugshulpverleners, dagopvang etc.? Hoe, c.q. door wie wordt beoordeeld of een verdachte GHB-verslaafd is? Hoe is de samenwerking tussen instanties en disciplines? De cijfers zijn zo veel als mogelijk gebaseerd op geregistreeerde gegevens. Voor zover beschikbaar gesteld, zijn rapportages, c.q. geanonimiseerde registraties meegenomen. Waar gebruikgemaakt is van schattingen, zijn deze zo goed mogelijk op hun 'hardheid' beoordeeld.

Ter verdieping is de GHB-problematiek door middel van interviews, werkbezoeken, verslagen en dergelijke in kaart gebracht. Hoe gaat men om met de groep problematische gebruikers? Welke afwegingen worden gemaakt om iemand al dan niet heen te zenden? Wat is de taakverdeling en hoe is de samenwerking tussen instanties en disciplines? Wat kan er verbeterd worden?

### **Leeswijzer**

In het verlengde en ter verdieping en verbreding van het inleidende deel van dit hoofdstuk wordt in het volgende hoofdstuk een kwalitatief beeld geschetst van de problemen waarmee de politie geconfronteerd wordt als het gaat om GHB-gebruikers. In hoofdstuk 3 wordt aan de hand van inschattingen door respondenten van de leeftijd, het geslacht en de etniciteit een profiel opgesteld van GHB-gebruikers die in contact komen met de politie. Ook worden verschillende typen gebruikers onderscheiden. Hoofdstuk 4 gaat over de aantallen GHB-gebruikers die in aanraking met politie en justitie komen en hoofdstuk 5 over insluiten of heenzenden en de mate waarin gebruikgemaakt wordt van speciale penitentiaire voorzieningen. Overleg en samenwerking vormen het centrale thema van hoofdstuk 6, zowel binnen en tussen politiekorpsen als tussen politie, justitie, zorginstellingen en andere partners. Ook wordt besproken wat in de aanpak van de GHB-problematiek te verbeteren valt. Afsluitend worden in hoofdstuk 7 de belangrijkste bevindingen samengevat.

## 2 POLITIE EN GHB-GEBRUIKERS

In dit hoofdstuk gaan we verder in op de aard van de GHB-problematiek. Met welke problemen wordt de politie (maar ook forensisch artsen of jongerenwerkers) geconfronteerd in het geval van GHB-gebruikers? Gaat het daarbij om dezelfde personen of groepen? Waar en op welke tijdstippen en dagen doen de problemen zich het vaakst voor? We besluiten het hoofdstuk met wat de politie in de regio/gemeente als grootste probleem ervaart bij de aanpak van de huidige GHB-problematiek.

### **Variatie in problematiek**

Het ene politiekorps heeft meer ervaring met GHB-gebruikers dan het andere en er zijn ook verschillen in de mate waarin men ervaringen heeft met diverse groepen GHB-gebruikers. Er is niet slechts één type GHB-probleem waarmee de politie wordt geconfronteerd; aan de problematiek zitten meerdere kanten en dat bemoeilijkt vaak de inschatting ter plekke. Hoe weet je wanneer iemand GHB heeft gebruikt? Hoe moet je omgaan bij onhandelbaar gedrag van een arrestant die onder invloed is van GHB en soms ook nog van andere middelen? Wanneer kan iemand worden ingesloten of niet? Zijn de afkickverschijnselen echt of worden ze gesimuleerd?

### *Kennisniveau*

Over het geheel geldt dat wanneer de politie minder ervaring heeft met de GHB-problematiek, er meer behoefte is aan kennis hierover, maar wanneer GHB-problematiek zich weinig voordoet, heeft men ook minder behoefte aan specifieke kennis. Wanneer respondenten vinden dat er te weinig kennis is bij instellingen die zijn belast met de huidige GHB-problematiek van arrestanten, dan betreft dit met name de arrestantenzorg en de politie op straat. Sommigen zijn zelfs heel kritisch.

*“Collega’s kennen de symptomen niet. Geven zelfs een waardeoordeel. Zoals is het geval van een vrouw die bewusteloos achter de kroeg ligt. ‘Zal wel teveel gedronken hebben.’”*

Vaak wordt een tekort aan kennis toegeschreven aan het feit dat GHB binnen het werkgebied nog een nieuw, recent opkomend probleem is. Het kost tijd voordat er voldoende kennis en ervaring is opgedaan. Daarom vindt men het in de ene regio beter gesteld met de kennis dan in de andere.

*“De politie hier heeft zelf een kaartje ontworpen met hoe te handelen als GHB is gebruikt, maar dit kaartje helpt niet optimaal. Bij ziekenhuizen heerst ook vaak twijfel, het is zo nieuw. Wat GHB doet, daar kom je pas na zoveel tijd achter.”*

*“De kennis hier is zeker goed. GHB is bij ons al lange tijd een onderwerp. Waar nog wel meer kennis over nodig is voor alle organisaties: hoe om te gaan met het verschil in reageren van verslaafde verdachten. Iedere verdachte reageert anders.”*

Tegelijkertijd blijkt dat waar de ene respondent het tekort aan kennis als een probleem ervaart, iemand anders benadrukt dat de GGD hiervoor de aangewezen instantie is.

*“Misschien weten de meesten van ons wel welke symptomen er zijn, maar niemand weet hoe je met de situatie moet omgaan als ze slaan en het uit de hand loopt.”*

*“De opvattingen lopen zo ver uiteen. Geef je GHB-verslaafden nou hoge doseringen benzo’s of ga je afbouwen met medicinale GHB?”*

*“Vergeleken met de GGD is hier op de arrestantenzorg amper kennis, maar daarvoor is dan ook de GGD.”*

*“De dokter neemt de beslissing op dit gebied. Dus wij weten misschien niet zoveel als de dokter, maar hoeven die beslissing toch niet te nemen.”*

Als dragers van kennis over GHB en daaraan gerelateerde problematiek beschouwt men vooral artsen en de verslavingszorg. Zij brengen ook kennis over op de politie. Dit gebeurt binnen samenwerkingsverbanden met allerlei verslavingsinstellingen, via cursussen op voorlichtingsdagen en tijdens overlegbijeenkomsten, maar ook in informele contacten. Bovendien dragen politiemensen onderling kennis over die zij elders hebben opgedaan.

*“Je wordt ook door elkaar geschoold. Misschien heeft de agent op straat nog niet genoeg kennis, maar op het bureau wel.”*

#### *Meldingen van onwel worden en verstoring van de openbare orde*

Het gedrag van GHB-gebruikers manifesteert zich op uiteenlopende wijze en hangt mede samen met de hoogte van de dosering en/of het gebruik van andere middelen (alcohol, andere drugs). Gebruikers worden in comateuze toestand (o.a. op straat, bankjes of pleinen, in plantsoenen of op veldjes) aangetroffen. Bij een niet volledige coma of na het ontwaken uit een coma, kan de gemoedstoestand van de gebruiker onpeilbaar zijn. De bewegingen zijn ongecoördineerd en het praten is onsamenhangend. Agenten spreken in verschillende toonaarden over het vertoonde gedrag. Ze zijn: “de weg kwijt”, “onaanspreekbaar”, “angstig”, “onvoorspelbaar”, “in verwarde staat”, “psychotisch” of “suïcidaal”.

Er kan sprake zijn van algeheel decorumverlies, bijvoorbeeld als iemand zonder enig besef van tijd en ruimte naakt op straat wordt aangetroffen of zich op handen en voeten voortbeweegt. Omstanders worden soms bedreigd in het openbaar en/of er vinden vernielingen plaats. Sommige politiemedewerkers wijzen ook op ruzies en geweld in de huiselijke sfeer. Een enkeling vertelt over een gebruiker in de regio die is komen te overlijden na bijvoorbeeld te zijn gestikt in het eigen braaksel.

### *Agressiviteit en of geweld jegens de politie*

Houding en gedrag van GHB-gebruikers tegenover de politie variëren van “licht ontvlambaar” tot “helemaal doordraaien”. Gebruikers kunnen zo “van de wereld zijn” dat ze zich verzetten bij de aanhouding. Overmatig gebruik van GHB verhoogt de kans op recalcitrant en obstinaat gedrag. Daarbij kan sprake zijn van grote desoriëntatie met paniek en agressie als gevolg. In zulke gevallen komt het geregeld voor dat de politie de nodige meniskracht moet inzetten wanneer een arrestant flink amok maakt.

### *Moeilijker vaststellen van GHB-gebruik in het verkeer en uitgaansleven*

Zelfs politiemensen die hun pappenheimers in de eigen regio kennen en goed op de hoogte zijn van de lokale GHB-problematiek, kunnen twijfelen of er ook daadwerkelijk GHB in het spel is. Dit geldt vooral bij (vermeend) GHB-gebruik in het verkeer in het geval van vreemd of gevaarlijk rijgedrag, een aanrijding of een (fataal) verkeersongeval. Aangezien de politie, in tegenstelling tot bij alcohol, niet beschikt over een snelle detectiemethode ter plaatse, blijft het soms gissen. Dat GHB de rijvaardigheid kan beïnvloeden staat buiten kijf. Maar bij welke hoeveelheid? Soms treft de politie tijdens de controle sporen van gebruik aan, zoals chemicaliën, bedoeld ter bereiding van GHB of (lege dan wel volle) flesjes en buisjes. Maar ook dan is niet zomaar bewezen dat iemand onder invloed is.

*“Een fabrieksarbeider stond midden in de nacht met zijn auto, met draaiende motor, op de weg met zijn hoofd op het stuur. Hij leek dood, maar was een GHB-verslaafde. We hebben hem ingesloten en om het kwartier wakker gemaakt.”*

Ook bij uitgaansgelegenheden is het niet altijd helder of iemand onder invloed is van louter GHB of dit gecombineerd heeft met andere roesmiddelen. Bovendien heeft de politie dan vaak te maken met grote groepen uitgaanders, inclusief jongeren uit omliggende gemeenten of nog verder gelegen plaatsen. Een deel van degenen die GHB gebruiken in het uitgaansleven, komt in problemen en/of moet worden opgehaald door de ambulance en naar de spoedeisende hulp vervoerd. Een enkele maal zegt een agent stappers te herkennen die telkens opnieuw in problemen komen met hun GHB-gebruik.

### *Onvrijwillige toediening, criminaliteit en dealen*

Enkele politiemedewerkers zeggen dat ze wel eens geconfronteerd worden met de opvang van slachtoffers die onbedoeld GHB kregen toegediend. Ook wordt in verschillende politieregio's de GHB-problematiek in verband gebracht met (kleine) criminaliteit (o.a. inbraak, winkeldiefstal, fietsen stelen) die (onder invloed van GHB en/of andere drugs) wordt gepleegd door (vaak bij de politie bekende) verslaafden. In bepaalde milieus wordt ook in GHB gehandeld en gedeald.

### *Medische problematiek bij (mogelijke) insluiting.*

Aan GHB-gebruikers die een delict hebben gepleegd en/of voor verhoor meegenomen worden naar het bureau kan de politie haar handen vol hebben. Regelmatig is moeilijk te bepalen hoe afhankelijk iemand is. In dergelijke gevallen wordt een arts ingeschakeld die ter plekke moet beoordelen of iemand detentiegeschikt of verslaafd is. Op ernstige gevallen zijn de bestaande cellencomplexen vaak niet berekend. Wanneer een arrestant die out is gegaan zijn roes uitslaapt in de cel komt soms voor de zekerheid de ambulance langs.

*“Zulke arrestanten zijn niet plaatsbaar. Er lijkt geen juiste behandeling mogelijk. Ze vragen ook veel aandacht en zorgen voor een hoop gedoe bij de arrestantenzorg. Zo veel herrie. Ze passen gewoon niet in het reguliere cellencomplex.”*

Soms zijn GHB-gebruikers (in afwachting van externe experts) nauwelijks te handhaven op het politiebureau. Ze blijven constant vragen naar GHB of willen een doorverwijzing. Het toezicht houden vergt veel tijd, aandacht en zorg bij de politie. De gebruiker, c.q. arrestant onderneemt (soms met succes) een poging om alsnog snel een buisje met GHB in te nemen. Het duivelse dilemma doet zich soms voor dat een verdachte na het plegen van een strafbaar delict om medische risico's te vermijden weer op vrije voeten moet worden gesteld. In diverse regio's krijgt de politie te maken met simulerend gedrag van personen die veinzen ernstig verslaafd te zijn. Aan de ene kant is er bezorgdheid dat een gebruiker in de cel overlijdt, aan de andere kant is er de vrees dat arrestanten zich GHB-verslaafd noemen om niet ingesloten te worden.

### **Op welke tijdstippen en waar doen de problemen zich voor?**

Over het geheel genomen komen de meldingen over GHB het vaakst bij de politie binnen in het weekend en dan vooral in de avonduren en nacht van vrijdag en zaterdag. Dat heeft mede te maken met GHB-gebruik tijdens of na het uitgaan, maar ook met thuisgebruik op die dagen en tijdstippen. In het verlengde hiervan wordt de medische dienst voornamelijk in de late nacht en vroege ochtend door de politie gebeld. In delen van Overijssel, Gelderland, Brabant en Limburg merken politiemensen op het platteland echter nauwelijks verschil tussen doordeweekse avonden en in het weekend. Het betreft hier vooral hanggroepen in dorpen en in wat mindere mate veelplegers met een hardnekkige GHB-problematiek.

Agenten in een politieregio vertellen vaak over de problematiek binnen hun specifieke werkgebied. Een buurtregisseur in het stadscentrum met veel horeca ziet vaak andere gebruikersgroepen dan de wijkagent op het platteland die vooral hangjeugd en problematische thuisgebruikers kent. Problemen met thuisgebruikers (vaker in de sociaal zwakkere woonwijken) worden zowel door politiemensen in de stad als op het platteland gezien en de veelplegers vooral in sommige grote steden.

Af en toe wordt gerept van verplaatsing van de problematiek van straat- naar thuissituaties. De uitgaansgebieden waar de meeste problemen met GHB zich voordoen, zijn doorgaans gelegen in het centrum van historische binnensteden. In Noord-Holland piekt de GHB-problematiek in de zomerperiode, tijdens de tientallen evenementen in recreatiegebieden

en feesten op zondag aan de Noordzeekust. In minder verstedelijkte gebieden concentreren de problemen zich soms rondom grote plattelandsdiscotheken, zijn er ook problemen in het verkeer en op parkeerplaatsen met stappers die onderweg zijn. Agenten die werkzaam zijn in kleine gemeenten vertellen vaker over problemen met dorpsjongeren op de bekende hangplekken. In het volgende hoofdstuk gaan we hier verder op in.

### **Grootste probleem bij aanpak GHB-problematiek.**

Resumerend vroegen we respondenten welke problematiek rond GHB het meest pregnant naar voren komt in de dagelijkse praktijk. Het maken van GHB is zo eenvoudig dat sommigen menen dat er “amper tegenop te vechten is”. Bovendien is er onvoldoende menskracht om op te treden tegen dealers en gebruikers. Het herkennen van GHB (in bijvoorbeeld een flesje) is nog niet zo eenvoudig. Laat staan het herkennen van de roes. Is de gebruiker onder invloed van GHB of alcohol? Anderen noemen vooral de agressiviteit van (forse) gebruikers die compleet door het lint gaan.

Maar de kern van de problematiek ligt volgens de meesten vooral in de sfeer van het insluiten dan wel heenzenden van verdachten en de aanpak van ‘doorgedraaide’ gebruikers. De bewaking is niet altijd genoeg medisch onderlegd en de komst van een arts laat soms weer een poos op zich wachten. Intussen neemt de onzekerheid toe over het welbevinden van de gebruiker of verslaafde die om hulp schreeuwt. Blijven we wachten op een forensisch arts? Zetten we de persoon af bij de verslavingszorg of het ziekenhuis? Het vanwege hun (vermeende) verslaving niet kunnen of mogen opsluiten van GHB-gebruikers na het plegen van een delict ervaren politiemensen als frustrerend.

Ook de aanpak van GHB-gebruikers met psychische problemen, die geen ernstig misdrijf hebben gepleegd, maar toch op het bureau terechtkomen, vormt een groot probleem. Vooral met betrekking tot deze laatste groep zijn er politiemensen die zich afvragen of het primair wel een politioneel en geen medisch probleem is. Zeker wanneer ze telkens met dezelfde personen worden geconfronteerd.





### 3 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.<sup>13</sup> 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

---

<sup>13</sup> 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.

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.

## **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.

**Tabel 3.1 Verdeling naar type, per provincie en politieregio**

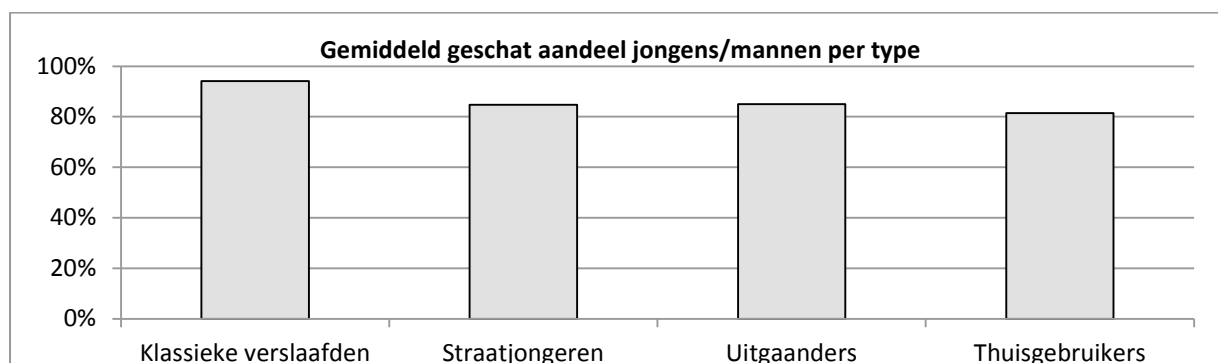
Provincie	Politieregio	Klassieke verslaafden	Straatjongeren	Thuisgebruikers	Uitgaanders	Overig
Friesland	Friesland	+	++	+++	+	+
Groningen	Groningen	?	?	?	?	?
Drenthe	Drenthe	-	-	+++++		
Overijssel	Twente (Twenterand)	-	++++	+++	-	
	Twente (Enschede e.o.)	+	-	-	+++++	
	IJsselland	+	+++	+++	+++	
Gelderland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

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

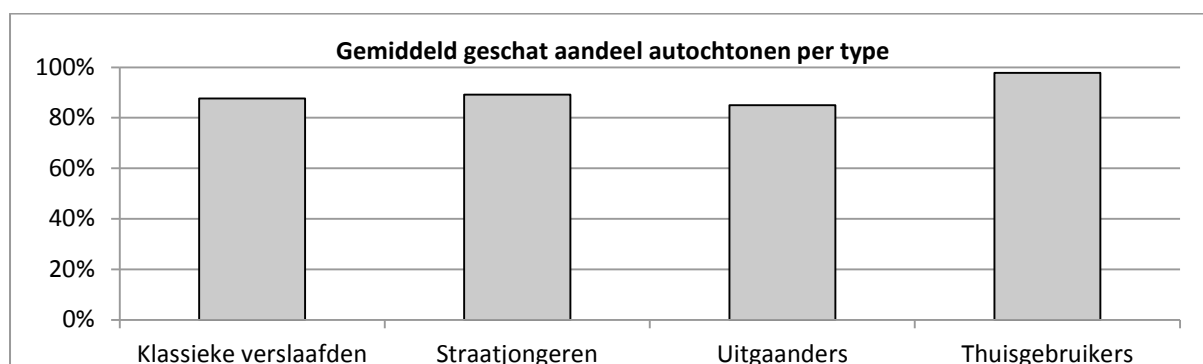
### Geslacht, etniciteit en leeftijd

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%.



Verreweg de meeste met de politie in aanraking gekomen problematische GHB-gebruikers worden beschouwd als autochtoon.<sup>14</sup> 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%.

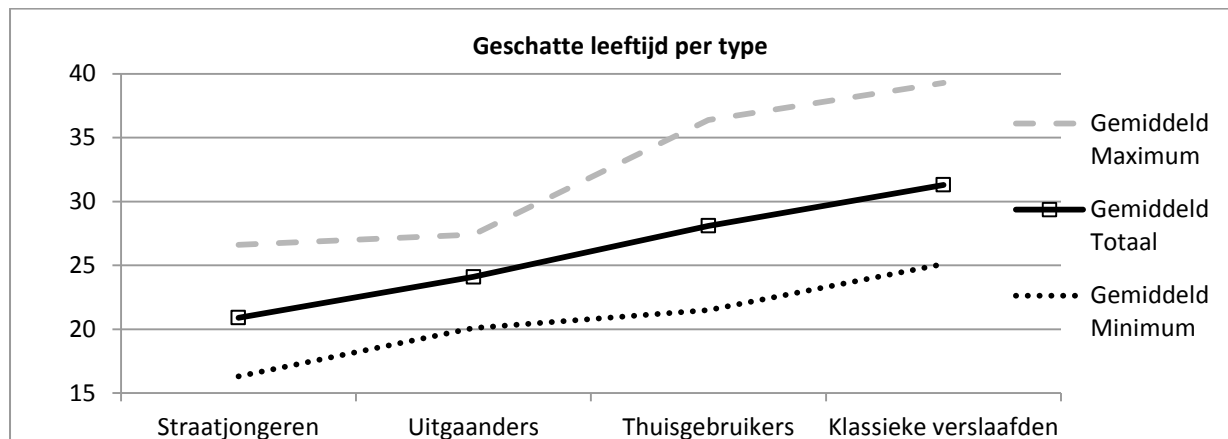


De leeftijd van de 'straatjongeren' onder de problematische GHB-gebruikers die in aanraking komen met de politie loopt naar schatting van de respondenten van jeugdigen van 12 tot en met 'oudere jongeren' van 40 jaar, de regionale gemiddelden variëren van 16 tot 28 jaar en de totale gemiddelde leeftijd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

<sup>14</sup> 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.

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.

## 4 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



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. 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 4.1 Aantallen problematische GHB-gebruikers per provincie en politieregio**

Provincie	Politieregio	Bron	Individuen		Totaal	
			2010	2011	2010	2011
Friesland	Friesland	Alleen deelgegevens (zie Tabel 5.2)	?	?	?	?
Groningen	Groningen	<b>Arrestantenzorg</b> <sup>15</sup>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>23</b>
Drenthe	Drenthe	<b>Arrestantenzorg</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Overijssel	Twente	<b>Recherche</b>	?	?	<b>23</b>	<b>44</b>
	IJsselland	<i>Arrestantenzorg</i> <sup>16</sup>	28	48	33	53
Gelderland	Noord Oost Gelderland	<i>Arrestantenzorg</i>	17	35	20	40
		<i>Politie + Veiligheidskamer</i>	40	65	60	120
	Gelderland Midden	<i>Arrestantenzorg</i>	10	10	24	24
	Gelderland Zuid	<i>Inventarisatie, incl. Arrestantenzorg</i>	?	?	26	52
Utrecht	Utrecht	<i>Arrestantenzorg</i>	?	?	1-2	1-2
		<b><i>Politie + Zorg</i></b>	?	<b>27</b>	?	81
Flevoland	Flevoland	<i>Arrestantenzorg</i>	15	15	40	45
Noord Holland	NH Noord	<i>Arrestantenzorg</i> <sup>17</sup>	?	?	7	20
	Kennemerland	<i>Arrestantenzorg</i>	?	?	40	40
		<i>Recherche</i>	?	?	75	85-90
	Zaanstreek-Waterland	<b>Recherche</b>	<b>25</b>		<b>27</b>	
	Amsterdam-Amstelland	<i>Arrestantenzorg</i>	?	5	?	5
	Gooi & Vechtstreek	<i>Arrestantenzorg</i>	15	15	30	35
Zuid Holland	Hollands Midden	<i>Politie</i>	?	150	125	250
	Haaglanden	<i>Arrestantenzorg</i>	3	3	3	3
	Rotterdam-Rijnmond.	<b>Arrestantenzorg</b>	2	2	2	2
	Zuid Holland Zuid	<i>Arrestantenzorg</i>	?	?	5	5
Zeeland	Zeeland		?	?	?	?
Brabant	Midden en West Brabant	<i>Arrestantenzorg</i>	30-40	30-40	50	50
		<i>Politie</i>	50	50	100	150
	Brabant Noord	<i>Arrestantenzorg</i>	0	?	0	5
	Brabant Zuid Oost	<i>Arrestantenzorg</i>	15	20	20	30
Limburg	Limburg Noord	<i>Arrestantenzorg</i>	5	15	7	25
	Limburg Zuid	<b>Arrestantenzorg</b>	?	?	<b>0</b>	<b>3</b>

**Vet = precieze cijfers**

*Cursief = schatting*

**Vet & Cursief = deels precieze cijfers & deels schatting**

<sup>15</sup> In dit geval forensisch arts. In alle andere gevallen iemand van de politie.

<sup>16</sup> Twee cellencomplexen opgeteld.

<sup>17</sup> Twee cellencomplexen opgeteld.

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

Provincie	Politieregio / gebied	Bron	Individen		Totaal	
			2010	2011	2010	2011
Friesland	Friesland:					
	Cellencomplex Zuid	<b>Arrestantenzorg</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Heerenveen e.o.	<i>Politie</i>	45	50	50	55
	Heerenveen/Drachten	<i>Jongerenwerk</i>	30	30	100	100
Overijssel	Twente:					
	Twenterand	<i>Politie</i>	6	20	20	40
	Twenterand + Almelo	<b>Recherche</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>11</b>
	Enschede	<i>Politie</i>	12	12	35	35
	IJsselland:					
	Zwolle e.o.	<i>Arrestantenzorg</i>	3	3	3	3
	Hardenberg e.o.	<i>Arrestantenzorg</i>	25	45	30	50
	Hardenberg e.o.	<i>Politie</i>	?	?	50	105
	Deventer e.o.	<i>Politie</i>	0	0	0	0
Gelderland	Noord Oost Gelderland:					
	Apeldoorn	<i>Veiligheidskamer</i>	20	40	20	60
	Heerde & Epe	<i>Politie</i>	20	25	40	60
Brabant	Midden en West Brabant:					
	Hele regio	<i>Arrestantenzorg</i>	30-40	30-40	50	50
	Hele regio	<i>Politie</i>	50	50	100	150
	Rucphen e.o.	<i>Politie</i>	35	40	75	90

**Vet = precieze cijfers***Cursief = schatting*

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 strafrechtssketen komen we met de arrestanten in de cellencomplexen van de politie in principe het dichtst bij het beslispoint 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.

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.

**Tabel 4.3 Aantallen problematische GHB-gebruikers bij arrestantenzorg**

	Individueen 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
	Individueen 2011			Totaal 2011 *		
	Precies	Schatting	Samen	Precies	Schatting	Samen
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

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 ontwenningssverschijnselen 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.

## 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.

**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
	IJsselland	Hetzelfde (Deventer, Zwolle 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	
	Gooi & Vechtstreek	Groter	
Zuid Holland	Hollands Midden	Veel groter	3.6
	Haaglanden	Groter	
	Rotterdam-Rijnmond.	Hetzelfde	
	Zuid Holland Zuid	Hetzelfde	
Zeeland	Zeeland	Hetzelfde	3.0
Brabant	Midden en West Brabant	Veel groter	4.3
	Brabant Noord	Groter	
	Brabant Zuid Oost	Groter	
Limburg	Limburg Noord	Groter	4.0
	Limburg Zuid	Groter	

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 alertheid 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.



## 5 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.

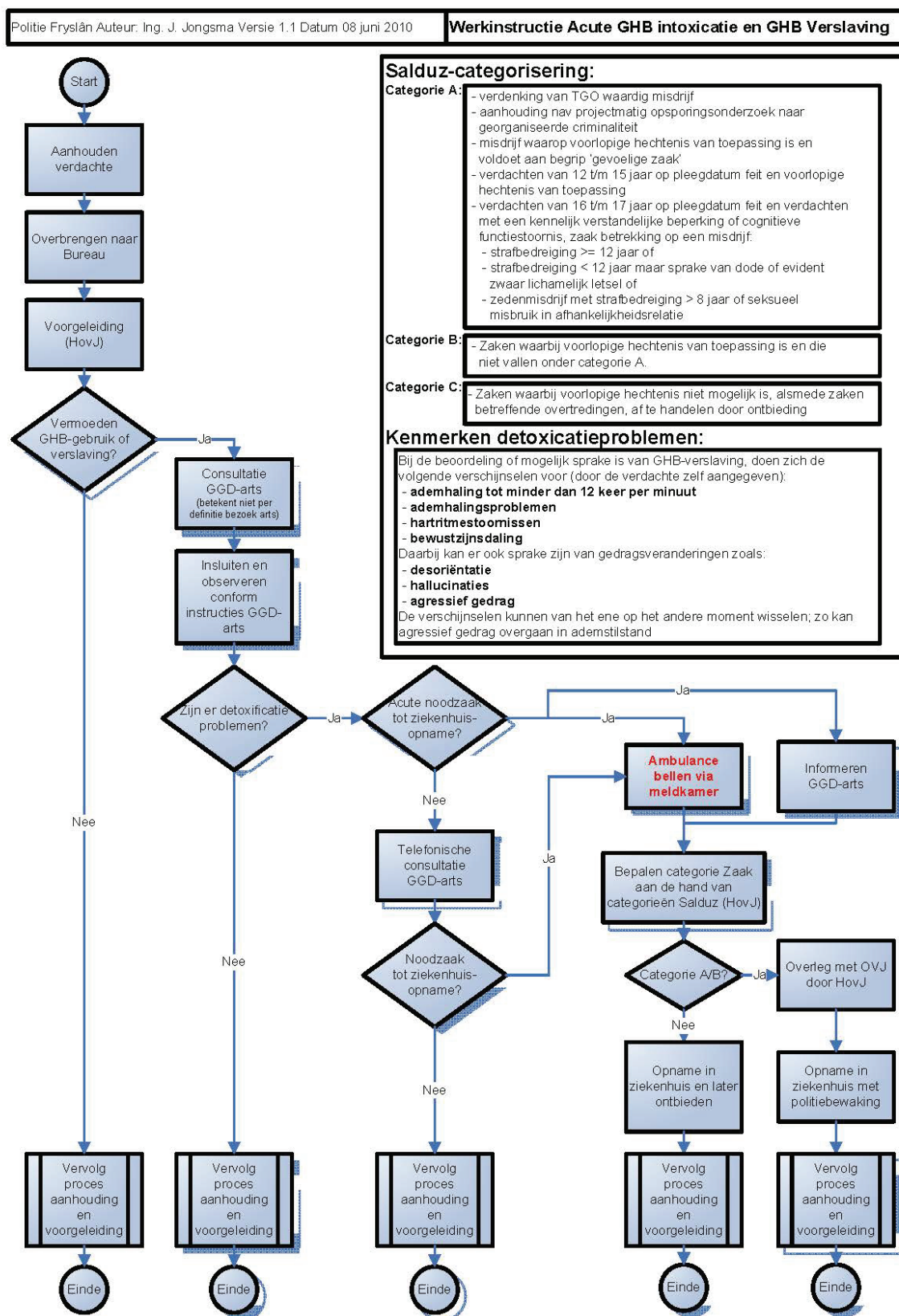
*“Eerst beslis je in de arrestantenzorg of het een verslaafde of gebruiker is. Een verslaafde gaat hier meteen door naar het ziekenhuis. De gebruiker wordt alleen voor zware delicten ingesloten. Bij lichte delicten ga je naar huis met een proces-verbaal en de volgende dag ga je diegene opzoeken.”*

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.

**Figuur 5.1 Werkinstructie insluiting GHB-verslaafden regio Friesland**



## 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.<sup>18</sup> 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

---

<sup>18</sup> 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.

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 ontweningsverschijnselen 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 heenzing 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 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 ontnuchtering, 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.

## 6 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.

Enerzijds 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 provinciegrensoverschrijdend 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, overlegt 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.





## 7 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 terugrijpen 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 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.

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 werkbaar 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                              | 9b (1) precies aantal | (2) schatting |
| 9.c | ..... individuele GHB-gebruikers in 2011                              | 9d (1) precies aantal | (2) schatting |
| 9.e | ..... totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2010 | 9f (1) precies aantal | (2) schatting |
| 9.g | ..... totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2011 | 9h (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                              | 10b (1) precies aantal | (2) schatting |
| 10.c | ..... individuele GHB-gebruikers in 2011                              | 10d (1) precies aantal | (2) schatting |
| 10.e | ..... totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2010 | 10f (1) precies aantal | (2) schatting |



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

O<sup>1</sup> veel kleiner O<sup>2</sup> kleiner O<sup>3</sup> hetzelfde O<sup>4</sup> groter O<sup>5</sup> 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:*

O<sup>1</sup> veel kleiner O<sup>2</sup> kleiner O<sup>3</sup> hetzelfde O<sup>4</sup> groter O<sup>5</sup> 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. verkeersdeelnemers/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 (25b) ..... % van *individuele* GHB-gebruikers in 2010

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

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

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

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

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

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

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

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

- 26.a ..... (aantal) of (26b) ..... % van *individuele* GHB-gebruikers in 2010  
26c (1) precies aantal / % (2) schatting
- 26.d ..... (aantal) of (26e) ..... % van *individuele* GHB-gebruikers in 2011  
26f (1) precies aantal / % (2) schatting
- 26.g ..... *totaal aantal* (incl. herhalingsgevallen) of (26h) .... % van GHB-gebruikers in 2010  
26i (1) precies aantal (2) schatting
- 26.j. .... *totaal aantal* (incl. herhalingsgevallen) of (26k) .... % van GHB-gebruikers in 2011  
26l (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 (28b) ..... % van *individuele* GHB-arrestanten in 2010  
28c (1) precies aantal / % (2) schatting
- 28.d ..... (aantal) of (28e) ..... % van *individuele* GHB-arrestanten in 2011  
28f (1) precies aantal / % (2) schatting
- 28.g ..... *totaal aantal* (incl. herhalingsgevallen) of (28h) .... % van GHB-arrestanten in 2010  
28i (1) precies aantal / % (2) schatting
- 28.j. .... *totaal aantal* (incl. herhalingsgevallen) of (28k) .... % van GHB-arrestanten in 2011  
28l (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 (29b) ..... % van *individuele* GHB-arrestanten in 2010  
29c (1) precies aantal / % (2) schatting
- 29.d ..... (aantal) of (29e) ..... % van *individuele* GHB-arrestanten in 2011  
29f (1) precies aantal / % (2) schatting
- 29.g ..... *totaal aantal* (incl. herhalingsgevallen) of (29h) .... % van GHB-arrestanten in 2010  
29i (1) precies aantal / % (2) schatting
- 29.j. .... *totaal aantal* (incl. herhalingsgevallen) of (29k) .... % van GHB-arrestanten in 2011  
29l (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 | 32f (1) precies aantal | (2) schatting |
| 32.g | ..... totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2011 | 32h (1) precies aantal | (2) schatting |

*33. Doen zich ook complicaties voor bij de in verzekeringstelling 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 | 34f (1) precies aantal | (2) schatting |
| 34.g | ..... totaal aantal (incl. herhalingsgevallen) GHB-gebruikers in 2011 | 34h (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.

