

De politie een zorg!

Analyse van overlijdensgevallen onder de zorg
van de politie 2000-2004

Meer informatie over
de organisatie en taken
van de Rijksrecherche
kunt u opvragen bij de
hoofdvestiging in Den
Haag, telefoonnummer
070 34 11 100.

Informatie is ook te
vinden op internet:
www.rijksrecherche.nl

U kunt ook faxen naar
nummer 070 34 11 102 of
een e-mail sturen aan:
info@rijksrecherche.nl



Rijksrecherche
Postbus 16424
2500 BK Den Haag
070 34 11 100

Bezoekadres:
Kanonstraat 4
2514 AR Den Haag



Rijksrecherche

De politie een zorg!

Analyse van overlijdensgevallen onder de zorg van de politie 2000-2004



Inhoud

Voorwoord	3
1 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	5
1.1 Samenvatting	5
1.2 Conclusies	6
1.3 Aanbevelingen	6
2 Onderzoek	7
2.1 Vraagstelling en definities	7
2.2 Methode van onderzoek	7
3 Resultaten	9
3.1 Aantal sterfgevallen	9
3.2 Plaats van overlijden	9
3.3 Demografisch profiel	10
3.4 Doodsoorzaak, tijdverloop, spreiding in tijd	11
3.5 Reden onderzorgstelling	19
3.6 Aanwijzingen vooraf	19
3.7 De accommodatie	23
3.8 Afdoening	25
4 Regels en procedures	26
4.1 Regelstelsel insluiting en politiecellen	26
4.2 Controlerende instanties	26
4.3 Algemeen beeld	27
4.4 Casuïstiek	28
5 Nazorg	33
5.1 Nabestaanden	33
5.2 Verzorgend personeel	34
Middelen en werking	35
Summary	36
Projectstructuur	38
Geraadpleegde deskundigen	39
Schriftelijke bronnen	40
Voetnoten	42
Colofon	48

Voorwoord

De Rijksrecherche is een repressieve onderzoeksinstantie. Dat levert soms onvoldoende bevrediging op. Ook al vind je dweilen een deugdzame bezigheid, het beïnvloeden van de mate waarin de kraan openstaat is effectiever. Aan 1 op de 4 onderzoeken van de Rijksrecherche wordt een preventief advies verbonden: hoe kan de kans verkleind worden dat het op dezelfde manier weer misgaat?

Vaak kan de uitkomst van Rijksrechercheonderzoek niet openbaar gemaakt worden. Dat heeft meestal te maken met respect voor de privacy of het voorkomen van (verdere) reputatieschade. Ook was tot voor kort de capaciteit niet in eigen huis beschikbaar om meer beleidsmatig naar de onderzoeksuitkomsten van de Rijksrecherche te kijken.

Dat is veranderd: de Rijksrecherche kan voortaan in meer brede zin bijdragen aan de preventie van onjuist, onzorgvuldig of crimineel gedrag van ambtenaren.

We willen meer te weten komen over de fenomenen waar we in de onderzoeken mee te maken hebben. We willen weten welke trends, risicofactoren en misdaadprofielen aanwezig zijn en waar lacunes of tegenstrijdigheden in de regelgeving zijn: waar regelgeving contraproductief is of niet nageleefd wordt. Ook willen we weten bij welke typen onderzoek de meeste kans van slagen aanwezig is en waar de beste aangrijpingsmogelijkheden in het onderzoek liggen. Dat kan nu gerealiseerd worden doordat de Rijksrecherche permanent de criminaliteit die we onderzoeken beleidsmatig zal gaan analyseren. Dit rapport is het eerste product van deze beleidsmatige aandacht. Eerder analyseerden externe wetenschappers onze corruptieonderzoeken, nu is er de eerste analyse door de Rijksrecherche zelf.

Dit rapport geeft een analyse van sterfgevallen van mensen die onder de zorg van de politie stonden. Een betrekkelijk smal onderwerp als je het totale onderzoekspakket van de Rijksrecherche in ogenschouw neemt, maar wel een zeer belangrijk onderwerp. Iedere burger kan in Nederland in een politiecel belanden, los van de vraag of hij zich ook daadwerkelijk aan een strafbaar feit schuldig heeft gemaakt. Een ernstig vermoeden van een dergelijk feit kan leiden tot preventieve hechtenis, waarvan de eerste dagen meestal in een politiebureau moeten worden doorgebracht. Of nu vaststaat dat iemand schuldig is of niet, de overheid dient alle waarborgen in te vullen om de vrijheidsbeneming fatsoenlijk en correct te laten plaatsvinden. Als daarbij iets misgaat, moet worden uitgezocht hoe dat kon gebeuren.

Als iemand onder de volledige zorg van de overheid overlijdt en het kostbaarste verliest wat hij heeft, dan is er regelrecht sprake van een catastrofe. De overheid is volledig verantwoordelijk en er zal grondig moeten worden onderzocht of die verantwoordelijkheid goed is ingevuld. Dat onderzoek wordt uitgevoerd door de Rijksrecherche. In dit rapport leest u hoe zulk onderzoek is uitgevoerd, wat de resultaten waren en bovendien: of er lessen uit zijn te trekken voor de toekomst. Het rapport is niet alleen gebaseerd op onderzoek van de dossiers van de Rijksrecherche, maar ook op vele gesprekken met deskundigen en relevante literatuur. Dit rapport verschaft inzicht in de omstandigheden die een rol spelen als mensen

onder de zorg van de politie in een cel overlijden. Ik hoop dat iedereen die betrokken is bij deze arrestantenzorg in dit rapport handvatten vindt voor kwaliteitsverbetering. Dat de kwaliteit van deze zorg voortdurend verbetert en iedere betrokkene zich bewust is van de zware verantwoordelijkheid die hij of zij draagt.

Ik dank eenieder die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport, in het bijzonder Erik Hoenderkamp, die de motor was achter dit project en tevreden kan zijn over het product.

Wanneer u als lezer na bestudering van het rapport vragen hebt, suggesties wilt doen of een nadere toelichting wenst, dan verzoek ik u contact op te nemen met de Rijksrecherche.

Dick Pijl

Directeur Rijksrecherche

1 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Voor dit rapport zijn 37 Rijksrechercheonderzoeken vergeleken naar sterfgevallen van mensen die aan de zorg van de politie waren toevertrouwd. Het gaat om zaken waarbij het overlijden plaatsvond in de jaren 2000 tot en met 2004. De gevonden beelden zijn vergeleken met eerder onderzoek en andere geschreven bronnen, en besproken met materie-deskundigen waaronder arrestantenverzorgers, hoofden arrestantenzorg en forensisch artsen. De onderzoeksresultaten worden in de hoofdstukken 2 tot en met 5 uitgebreid besproken.

Hier volgt een samenvatting van het rapport. Daarna worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen gepresenteerd. Voor dit rapport zijn alleen overlijdensgevallen onderzocht. Uit de resultaten van dit onderzoek kunnen dus slechts beperkt conclusies worden afgeleid over de zorgkwaliteit die de politie levert. Buiten beschouwing blijven alle gevallen waarin levens gered werden door snelle onderkenning van gevaar, adequaat optreden, goede toepassing van de juiste procedures en getroffen veiligheidsvoorzieningen. Dit rapport gaat niet over sterfgevallen van personen die vielen onder de zorg van andere overheidsinstanties dan de politie, zoals van het Ministerie van Justitie of de Koninklijke Marechaussee.

1.1 Samenvatting

Gemiddeld overleden in de periode 2000 tot en met 2004 jaarlijks 7,4 personen onder zorg van de politie. Als de onderzoekscriteria in overeenstemming worden gebracht met de definities van eerder onderzoek, ligt het gemiddelde over de jaren 2000-2004 op 5,2 (zie paragraaf 3.1, onder 'Vergelijking met eerder onderzoek'). Dat is vrijwel gelijk aan de eerder gevonden gemiddelden over de jaren 1983-1999.

Doodsoorzaken

Oorzaken van overlijden (zie tabel 6a in hoofdstuk 3) waren vooral suïcide, intoxicatie en natuurlijke dood. Andere oorzaken kwamen incidenteel voor. Intoxicatie was in 15 van de 37 gevallen (mede) de doodsoorzaak. In bijna de helft van deze gevallen was de intoxicatie veroorzaakt door cocaïne. Bijna een derde van de drugsslachtoffers had een mengsel van middelen gebruikt. Suïcide en natuurlijke dood komen elk 9 keer voor. Bij suïcide was verwurging of verhangende de meest gebruikte methode. De meest voorkomende natuurlijke doodsoorzaak was hartfalen. Ongevallen en letsel dat voorafgaand aan de aanhouding was opgelopen kwamen meer incidenteel voor als oorzaak van overlijden. In 4 zaken is geen zekere of waarschijnlijke doodsoorzaak vastgesteld. De meeste overlijdensgevallen zijn terug te voeren op handelen van de persoon zelf of een slechte lichamelijke of geestelijke gesteldheid die al bestond voordat de betrokkene onder de zorg van de politie kwam.

Vergelijking met eerder onderzoek wijst op een afname van het aantal suïcides. Bij intoxicatie als doodsoorzaak lijkt sprake te zijn van een relatieve toename maar de vergelijking geeft hier mogelijk een vertekend beeld. Alcoholgebruik als directe oorzaak van overlijden is afgenomen. Cocaïne maakte waarschijnlijk meer slachtoffers dan voorheen. Ook binnen de

periode 2000-2004 is hier een toename zichtbaar. Relatief veel mensen stierven een natuurlijke dood.

Tijdstip

De meeste mensen die stierven door intoxicatie, overleden binnen 12 uur na het eerste contact met de politie. Zij stierven vaker in de nacht. Meer dan de helft van de personen die door een natuurlijke dood stierven, overleed tussen de 7 en 12 uur nadat zij onder de zorg van de politie waren gesteld. Slachtoffers van zelfdoding vielen vooral overdag.

Demografische kenmerken

De gemiddelde leeftijd van overlijden was 38 jaar. Onder de 37 overledenen waren 5 vrouwen; 3 van hen stierven door zelfdoding. Van de 37 overleden personen zijn er 22 in Nederland geboren. Binnen deze groep kwam overlijden wegens intoxicatie relatief veel voor. Van de 37 sterfgevallen waren er 15 van mensen die niet in Nederland zijn geboren. Zij pleegden relatief vaak zelfdoding.

Omstandigheden

De overleden personen leefden niet zelden in een sociaal isolement. Ruim de helft had een verslavingsachtergrond. De meeste overleden personen kwamen als verdachte onder de zorg van de politie. Personen die stierven door suïcide waren relatief vaak vastgezet vanwege gewelddelicten. Veel van de door intoxicatie overleden mensen zaten vast wegens opiumdelicten of diefstal. Een derde van de personen die een natuurlijke dood stierven, was aangehouden wegens openbare dronkenschap.

Het blijkt lastig te zijn om sommige aanwijzingen vooraf te zien. En als ze worden gezien zijn aanwijzingen moeilijk te duiden: vooral aanwijzingen voor een psychische stoornis, en in mindere mate voor intoxicatie. Daarbij speelt mee dat de omstandigheden waaronder personen onder zorg van de politie komen, vaak hectisch zijn. Het gaat soms om mensen die tegenwerken of simuleren en die vaak al eerder op het bureau zijn geweest, en toen vergelijkbare symptomen vertoonden zonder dat zij in nood kwamen. Culturele verschillen en taalbarrières kunnen aanwijzingen maskeren. Sommige middelen kunnen ziekteverschijnselen camoufleren. Ook komt het voor dat symptomen van ziekte worden aangezien voor aanwijzingen van middelengebruik en andersom.

Als het personeel vooraf aanwijzingen herkende, werd in de regel een arts ingeschakeld. In enkele zaken is dit niet gebeurd. De oorzaken daarvan lopen uiteen van onduidelijke procedures tot verkeerde inschattingen.

De voorgeschiedenis van de betrokkene is niet altijd bekend bij het politiepersoneel of te hulp geroepen zorgverleners. Verder werd een aantal van de betrokkenen al langdurig niet (meer) door andere zorgkaders bereikt, waardoor geen informatie over de arrestant bekend was. Ook artsen hebben soms geen zicht op de achtergrond van ingesloten personen. Dit komt ook doordat relevante gegevens beperkt of niet toegankelijk zijn. In de loop van 2006 wordt een systeem

ingevoerd dat medisch personeel inzage verschaft in de medische voorgeschiedenis van mensen.

Van de personen die zelfdoding pleegden, gebruikten 4 personen onderdelen van de ruimte waar zij verbleven voor een ophangconstructie. Bijna 1 op de 5 personen die in een cel overleden, was ingesloten in een cel die niet aan de technische eisen voldeed. In een aantal gevallen speelden tekortkomingen in observatiemogelijkheden mogelijk een rol bij het overlijden. Het valt op dat er althans binnen sommige korpsen weinig capaciteit is. Daarbij gaat het vooral om een tekort aan personeel. Er zijn minstens drie personen nodig om alle werkzaamheden in een politiecellencomplex verantwoord te kunnen uitvoeren. Anders kan vooral het aflezen van camerabeelden in gevaar komen. Tegelijkertijd worden er steeds meer grootschalige politiecellencomplexen gebouwd. Deze ontwikkeling biedt de kans locaties te creëren die geheel op het proces van arrestantenverzorging zijn ingericht en waarbij schaalvoordelen kunnen worden benut. Zo kan de kwaliteit van de verzorging verder worden verbeterd, zonder dat hiervoor – per cel gerekend – veel extra personeel nodig is.

Procedures en voorschriften

De in de landelijke regelingen voorgeschreven vijfjaarlijkse keuring van politiecellencomplexen wordt niet meer uitgevoerd. Het voornemen bestaat om deze keuring neer te leggen bij de regionale commissies van toezicht op de politiecellencomplexen. Een alternatief is om toezichthoudende instanties met een algemene bevoegdheid hiermee te belasten. Alle korpsen hebben een regionale commissie van toezicht op politiecellencomplexen. De samenstelling, bevoegdheden, taakopvatting en werkwijze van de commissies verschillen per regio. Een centraal aanspreekpunt van de commissies ontbreekt.

Regionale instructies zijn vaak zeer gedetailleerd. Zo ontstaat het gevaar van een verkeerde interpretatie en krijgt het personeel niet altijd de ruimte die het nodig heeft om zijn werk te doen. Er zijn regionale instructies aangetroffen die innerlijk tegenstrijdig zijn, of onverenigbaar met hogere regelgeving. Het komt voor dat regels en procedures niet worden nagevolgd wegens personeelstekort of doordat ze bij het personeel onbekend zijn. Een geautomatiseerde beslishulp die het personeel langs de relevante bepalingen van de diverse regelingen en procedures leidt, ontbreekt. Wel zijn soms stroomschema's beschikbaar.

Een ander knelpunt is het toewijzen van verantwoordelijkheid voor de insluitfoullering. Ook het moment van overdragen van de arrestant vanuit het opsporingsproces aan de arrestantenverzorging is een knelpunt, evenals het bepalen welke functionarissen wanneer verantwoordelijk zijn voor de zorg – vooral tijdens het ophouden. Ook verloopt de overdracht van de wacht en het doorgeven van informatie over ingesloten personen niet altijd goed. Potentiële risico's zijn het mogelijk onvoldoende houden van ontruimingsoefeningen in politiecellencomplexen en de wijze van medicijnverstrekking in sommige complexen. Een bijzonder probleem is ten slotte de (tijdige) overdracht van mensen onder zorg van de politie aan een ander zorgkader. Om in deze situatie verbetering te brengen is in 2003 een convenant gesloten tussen de politie en de Landelijke Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. In de praktijk blijken er op dit terrein nog steeds moeilijkheden te zijn.

Afdoening

De 37 dossiers vormen de weerslag van een feitenonderzoek. In 2 gevallen zijn met de zorg belaste functionarissen als verdachte aangemerkt. In 1 zaak leidde dit tot een sepot omdat de sectie het personeel vrijpleitte. In de andere zaak vond vervolging plaats die tot vrijspraak leidde.

Nazorg

In eerste instantie is het korps waarin de betrokkene overleed verantwoordelijk voor de nazorg aan nabestaanden. In de praktijk draagt ook de Rijksrecherche bij. Zeker als de verhouding tussen nabestaanden en het regiokorps verstoord is, kan de Rijksrecherche de eerstverantwoordelijke voor nazorg worden. Ook de officier van justitie die het onderzoek leidt is belangrijk, vooral voor de terugkoppeling van de onderzoeksresultaten en (de toelichting op) zijn beslissing al dan niet tot vervolging over te gaan. Nabestaanden kunnen worden verwezen naar het Bureau Slachtofferhulp en – al dan niet door tussenkomst van deze instelling – naar professionele hulpverleners. Nazorg voor het betrokken personeel is beschikbaar in de vorm van de regionale bedrijfsopvangteams. Ook hier kan indien nodig professionele hulp worden ingeschakeld.

1.2 Conclusies

- Sterfgevallen onder de zorg van de politie zijn niet uit te sluiten omdat de populatie in politiecellen deels bestaat uit mensen met een slechte lichamelijke en/of geestelijke conditie. Veel van deze personen hebben zowel een grotere kans op politiecontact als een verhoogd overlijdensrisico.
- Er zijn mogelijkheden om de zorg door de politie verder te verbeteren.
- De politie verzorgt mensen die in een ander zorgkader thuishoren. Het aangewezen zorgkader is zeker 's nachts vaak niet (tijdig) beschikbaar.
- Er is soms onvoldoende personeel beschikbaar voor arrestantenverzorging.
- Het herkennen van aanwijzingen voor geestelijke of lichamelijke nood is moeilijk.
- Regels en procedures voldoen soms niet en ze worden niet altijd nagevolgd.
- De meest voorkomende doodsoorzaak van mensen onder de zorg van de politie is intoxicatie door middelengebruik voorafgaand aan de onderzorgstelling. Andere belangrijke doodsoorzaken zijn natuurlijke dood en zelfdoding.

1.3 Aanbevelingen

In dit rapport zijn ongeveer tachtig adviezen opgenomen. Deze zien vooral toe op de volgende aandachtspunten.

- Bepalen van het moment waarop het raadzaam is een arts of andere deskundige te consulteren, c.q. de betrokkene over te dragen aan een ander en meer aangewezen zorgkader.
- Goed vastleggen van rollen en verantwoordelijkheden van functionarissen bij de verzorging van mensen door de politie, en het toewijzen van die verantwoordelijkheden aan specifieke functionarissen.
- De eisen die moeten worden gesteld aan de accommodatie.
- Zorgen voor voldoende capaciteit en toezicht.
- Regels, procedures en instructies overzichtelijker en toegankelijker maken.

2 Onderzoek

2.1 Vraagstelling en definities

Aan dit rapport ligt de volgende onderzoeksopdracht ten grondslag: 'Geef op basis van onderzoeken uit de periode 2000-2004 inzicht in de omstandigheden die een rol spelen bij het overlijden van personen onder de zorg van de politie.'

Definities

Op basis van onderzoeken betekent dat onderzoeken door de Rijksrecherche naar overlijdensgevallen van personen onder zorg van de politie, de belangrijkste bron van informatie waren. De periode 2000-2004 verwijst naar de datum van overlijden, die ligt tussen 1 januari 2000 en 31 december 2004. Met omstandigheden wordt het samenspel van factoren rond het overlijden bedoeld. Op basis hiervan zijn risicofactoren benoemd.

Een persoon staat onder zorg van de politie als hem door de politie op enige wijze zijn vrijheid is ontnomen. Het gaat dus om de periode die verstrijkt tussen het moment van daadwerkelijke aanhouding – of bij niet-strafrechtelijke gronden het moment waarop de betrokkene daadwerkelijk niet meer vrij is zich aan de zorg te onttrekken – en het moment van overdracht aan een ander zorgkader, of invrijheidstelling. Het gaat dus niet om een toevallige passant die in een politiebureau overlijdt of iemand die omkomt nadat hij door een politievoertuig is aangereden.

Een persoon overlijdt onder de zorg van de politie als hij op het moment van overlijden onder de zorg van de politie staat, of voor het overlijden onder de zorg van de politie heeft gestaan. Er moet dan wel een verband worden vermoed tussen het overlijden en de zorg van de politie. Ook zijn gevallen onderzocht waarbij er een verband is tussen het overlijden en een gebeurtenis die plaatsvond direct voor het moment dat de persoon onder de zorg van de politie kwam te staan.

Inperking onderzoek

Voordat het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit rapport van start ging, zijn op basis van de onderzoeksopdracht een aantal keuzes gemaakt die het onderzoek inperkten. Zo zijn uitgezonderd de sterfgevallen die door de Rijksrecherche zijn onderzocht als 'schietincident door de politie' en als 'geweldgebruik door de politie'.¹ Het is niet uitgesloten dat ook hieronder gevallen zijn waarbij een persoon na aanhouding is overleden, maar onderzoeken naar schiet- en geweldsincidenten vinden vanuit een ander uitgangspunt plaats dan de onderzoeken naar sterfgevallen onder zorg van de politie. Bij schiet- en geweldsincidenten is al bij aanvang van het onderzoek duidelijk dat politieoptreden waarschijnlijk direct heeft bijgedragen aan de dood van betrokkene. Bij onderzoeken naar sterfgevallen onder de zorg van de politie ontbreekt deze indicatie vooraf meestal. Wel zijn ten behoeve van dit rapport alle Rijksrecherchezaken die zijn gestart als onderzoek naar geweld- en schietincidenten in de jaren 2003 en 2004 aan de hand van de korte omschrijving bekeken. Daarbij bleek dat in de onderzoeken naar schiet- of andere geweldsincidenten, niemand was overleden nadat hij feitelijk door de politie van zijn vrijheid was beroofd.

Onderzoeken naar sterfgevallen die in verband zijn gebracht met het onthouden van politiezorg of het niet optreden van de politie, vallen buiten de opzet van dit rapport. Voorbeelden hiervan zijn het aantreffen en achterlaten op straat van een zwerver in de winter, en het volgens omstanders niet ingrijpen van aanwezig politiepersoneel terwijl een zwemmer ondergaat.

Voor dit onderzoek zijn verder de sterfgevallen bij andere instanties dan de politie buiten beschouwing gelaten. De Koninklijke Marechaussee verricht ook politietaken en kan personen aanhouden en insluiten. De Koninklijke Marechaussee houdt zich vooral bezig met grensbewaking, het bestrijden van migratiecriminaliteit, en ordehandhaving en opsporing op de luchthaven Schiphol. Een aantal van de door de Rijksrecherche onderzochte zaken waarbij personen onder de zorg van de marechaussee overleden, betreft bolletjesslikkers. Dat is een specifiek probleem dat beter in een apart kader kan worden besproken omdat het anders het beeld vertekent van het reguliere politiewerk.

Sommige door de politie aangehouden personen worden in politiecellen in een justitiële inrichting geplaatst. Hier is niet politiepersoneel maar personeel van het Ministerie van Justitie belast met de zorg. Onderzoek naar sterfgevallen onder de zorg van andere diensten dan de politie is in beginsel voorbehouden aan de regionale politiekorpsen, tenzij het vereiste van onpartijdigheid hierbij in de weg staat.² De Rijksrecherche is daarom niet de eerst aangewezen instantie om op basis van de eigen dossiers een algemeen beeld te schetsen van deze sterfgevallen. Daarom zijn overlijdensgevallen in de door justitie beheerde huizen van bewaring en gevangenis of andere penitentiaire inrichtingen evenmin bij dit onderzoek betrokken.

2.2 Methode van onderzoek

Dossievergelijking

Er is vanuit verschillende invalshoeken onderzoek verricht. Het uitgangspunt is de bestudering en onderlinge vergelijking van dossiers van de Rijksrecherche, waarbij de factoren rond het overlijden in kaart zijn gebracht. Het gaat dan niet alleen om in de persoon van de overledene gelegen aspecten; ook andere, zeer uiteenlopende zaken komen aan bod. Voorbeelden zijn het optreden van het politiepersoneel, de accommodatie, medische zorg, artsbezoek en tijdstip van overlijden. Er is geïnventariseerd welke procedures en protocollen relevant zijn voor het adequaat verlenen van politiezorg. Daarbij is bezien of de regels en procedures bekend zijn, of deze zijn nageleefd, in hoeverre de regel of het (niet) naleven ervan een rol speelde bij het overlijden en of er aan de hand van de praktijk hiaten zijn aan te wijzen in regelgeving, werkwijzen en zorg.

Medisch perspectief

Rosan Toonder, student geneeskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen en als stagiair verbonden aan de GGD Groningen, heeft aan de hand van onderzoeken van de Rijksrecherche de medische omstandigheden onderzocht.

Zij heeft de onderzoeksresultaten en onderliggende documentatie ter beschikking gesteld aan de Rijksrecherche, en zo vanuit het medisch perspectief expertise geleverd. De door haar verzamelde gegevens zijn eveneens gebruikt voor dit rapport.

Vergelijking uitkomsten

De uitkomst van het dossieronderzoek is vergeleken met eerder onderzoek en voorgelegd aan deskundigen. De zo verkregen inzichten zijn verwerkt in dit rapport en betekenden een belangrijke aanvulling op het beeld. Er is gesproken met ervaren medewerkers in de arrestantenzorg, deskundigen in de gezondheidszorg en regionale commissies van toezicht op politiecellencomplexen. Ook is gesproken met een vertegenwoordiger van Amnesty International en met mensen die nazorg leveren. Verder zijn functionarissen van het Openbaar Ministerie en van de Rijksrecherche zelf bevroegd (zie 'Geraadpleegde deskundigen' achterin dit rapport). De deskundigen hebben een aantal risicofactoren genoemd – veelal van organisatorische of procedurele aard – waarvan uit de dossiers niet is gebleken dat deze daadwerkelijk hebben bijgedragen aan het overlijden van een of meer personen onder de zorg van de politie. Het onderkennen van deze risico's kan echter bijdragen aan het voorkomen van sterfgevallen in de toekomst. Daarom zijn zij opgenomen in dit rapport.

Beperking

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de kwantitatieve uitkomsten niet zijn vergeleken met statistische informatie uit andere bronnen. Het gaat dan vooral om een vergelijking met gegevens over de gehele bevolking en met informatie over alle mensen die onder zorg hebben gestaan van de politie. Van vergelijking is afgezien om de volgende redenen.

- Het aantal onderzochte zaken is zo laag, dat hieruit statistisch gezien geen harde conclusies kunnen worden getrokken. Dat maakt een vergelijking met ander statistisch materiaal slechts beperkt zinvol.
- Er zijn weinig vergelijkbare gegevens beschikbaar. Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft geen aparte indeling beschikbaar van personen die aan intoxicatie zijn overleden, terwijl dit de belangrijkste doodsoorzaak is van personen onder de zorg van de politie. Vergelijkbare gegevens over alle mensen die onder zorg hebben gestaan van de politie zijn niet voorhanden. Niet alle zorgmomenten worden door de politie geregistreerd. De verschillende politiekorpsen slaan dit soort informatie bovendien niet op dezelfde wijze op. Het vullen van arrestantenmodules gebeurt evenmin overal op hetzelfde moment in het zorgproces.

Wellicht kan (wetenschappelijk) onderzoek naar bevolkingsbrede cijfers en de precieze samenstelling van de populatie van mensen onder zorg van de politie uitkomst bieden.

3 Resultaten

3.1 Aantal sterfgevallen

Het instellen van onderzoek naar overlijdensgevallen onder de zorg van de politie is bij uitstek een zaak voor de Rijksrecherche. Dit is ook vastgelegd in de beleidsregels van het Openbaar Ministerie, Aanwijzing taken en inzet Rijksrecherche, van kracht sinds 2002 (College van Procureurs-Generaal 2002). Aangenomen mag worden dat daarom zeker met ingang van 2002 alle of vrijwel alle overlijdensgevallen onder de zorg van de politie door de Rijksrecherche worden onderzocht.³ Het is echter niet uitgesloten dat zich sterfgevallen bij de politie hebben voorgedaan die niet door de Rijksrecherche zijn onderzocht. Gezien de inzetcriteria die tot 2002 golden, zou het dan vooral om de jaren 2000 en 2001 moeten gaan. Er zijn echter geen aanwijzingen gevonden dat er toen sterfgevallen waren die niet door de Rijksrecherche zijn onderzocht. Het aantal zaken uit deze jaren is weliswaar lager dan in de jaren 2003 en 2004, maar uit het bestuderen van een andere relevante gegevensverzameling – de meldingen bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties – blijkt dat ook daar de jaren 2000 en 2001 duidelijk ondervertegenwoordigd zijn. Voor de verdere bespreking van de gegevens van het ministerie en het belang daarvan zie paragraaf 3.2.

De Rijksrecherche heeft 37 gevallen onderzocht van personen die in de periode 2000-2004 onder de zorg van de politie stierven.⁴ Het gemiddelde aantal overlijdensgevallen ligt op 7,4 per jaar. De verdeling over de jaren is opgenomen in tabel 1.

Tabel 1: Overlijdensgevallen 2000-2004

Jaar	Aantal overledenen
2000 ⁵	1
2001	5
2002	10
2003	13
2004	8
Totaal	37

Bron: dossiers Rijksrecherche

Vergelijking met eerder onderzoek

Het gemiddelde van 7,4 is hoger dan de uitkomst van eerder onderzoek. Blaauw c.s. (1995, p. 19) vonden over de periode 1983-1993 een gemiddelde van 5,4 en Blaauw (2001, p. 12) over de periode 1994-1999 een gemiddelde van 5,2. Om een directe vergelijking tussen de beide onderzoeken mogelijk te maken, moeten echter wel dezelfde criteria worden gehanteerd, en in 1995 en in 2001 zijn engere definities gebruikt. De gevallen waarbij iemand onder politiezorg stierf nog voordat hij bij een politiebureau was binnengebracht en was voorgeleid aan de officier van justitie, zijn in het onderzoek uit 1995 niet meegeteld, tenzij insluiting plaatsvond ten behoeve van de hulpverlening.⁶ In dit rapport zijn zulke gevallen wel meegenomen, zodat is gehandeld volgens de huidige inzetcriteria voor de Rijksrecherche.⁷

Als de 37 dossiers worden onderworpen aan een selectie aan de hand van de maatstaf van Blaauw c.s. uit 1995, blijven er 26 slachtoffers over. Dat zou voor de jaren 2000 tot en met

2004 een gemiddelde van 5,2 per jaar opleveren. In 2001 heeft Blaauw het aantal sterfgevallen op politiebureaus onderzocht.⁸ Uitgaande van deze maatstaf zouden eveneens 26 – deels andere – dossiers overblijven en zou het gemiddelde dus eveneens op 5,2 liggen.⁹

Het aantal personen dat in de periode 2000-2004 onder zorg van de politie stond is niet bekend.¹⁰ Het is niet uit te sluiten dat dit aantal in de periode 2000-2004 is gestegen. Zo zijn in deze jaren allerlei vormen van gedogen ter discussie komen te staan en is meer prioriteit toegekend aan de handhaving van de openbare orde en veiligheid. De capaciteit van de politie is uitgebreid en veelplegers werden sneller aangepakt. In dat geval zou er sprake kunnen zijn van een relatieve daling van het aantal sterfgevallen onder de zorg van de politie. Nader onderzoek kan hierover wellicht duidelijkheid verschaffen.

3.2 Plaats van overlijden

De bekende sterfgevallen uit de periode 2000-2004 zijn over de korpsen verdeeld zoals getoond in tabel 2a.¹¹

Tabel 2a: Verdeling over politiekorpsen

Korps	Sterfgevallen 2000-2004	
	RR	BZK
Amsterdam-Amstelland	8	3
Brabant Noord	1	1
Drenthe	2	–
Friesland	1	–
Gelderland Midden	3	–
Gelderland Zuid	1	–
Groningen	3	2
Haaglanden	2	1
IJsselland	1	–
Kennemerland	2	–
Limburg Zuid	2	–
Midden- en West Brabant	4	3
Rotterdam-Rijnmond	4	3
Utrecht	2	–
Zuid-Holland Zuid	1	–
Totalen	37	13

Bronnen: dossiers Rijksrecherche, meldpunt Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Het aantal sterfgevallen is ongelijk verdeeld over de verschillende korpsen. Dat wijst niet zonder meer op een algeheel kwaliteitsverschil in de zorg. Ten eerste zijn de absolute aantallen laag, zodat de toevalsfactor een belangrijke rol speelt. Een voorbeeld hiervan is Gelderland-Midden: van de 3 sterfgevallen waren er 2 het gevolg van een ongeval tijdens het transport naar het bureau. Deze ongevallen zeggen niets over bijvoorbeeld de zorg aan arrestanten die door dit korps in een politiecel zijn geplaatst. Ten tweede zijn de aantallen insluitingen en andere situaties waarbij personen onder de zorg komen te vallen van de politie, niet gelijk verdeeld over de korpsen. Ten derde zijn het aantal inwoners en de samenstelling van de bevolking niet in alle regio's vergelijkbaar. Ten slotte komt uit het vervolg van dit rapport naar voren dat

er bepaalde risicocategorieën bestaan. Deze groepen lopen zowel een verhoogd risico op politiecontact als op overlijden. Personen uit deze risicocategorieën zijn evenmin gelijk over de regio's verdeeld. Zo is bekend dat er relatief veel drugsverslaafden in Amsterdam zijn.¹² Dan is het verklaarbaar dat in Amsterdam-Amstelland – met veel inwoners, een intensief uitgaanscircuit en veel toeristen die deels voor drugsgebruik komen – in verhouding veel personen onder de zorg van de politie zijn overleden.

In tabel 2a zijn ook de gegevens van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties opgenomen; de politiekorpsen moeten alle sterfgevallen op het politiebureau melden aan dit ministerie. Eerder onderzoek geeft aan dat deze meldingsplicht lang niet altijd werd nagekomen.

Ook nu blijken niet alle door de Rijksrecherche onderzochte sterfgevallen bekend te zijn bij het ministerie. Dit komt niet alleen doordat verschillende definities worden gehanteerd. Voor dit Rijksrechercheonderzoek zijn de gevallen meegeteld waarbij personen uiteindelijk overleden in het ziekenhuis en van personen die wel waren aangehouden maar nog niet op het bureau waren aangekomen. Die gevallen vallen buiten de meldingsplicht aan het ministerie, het gaat om 11 van de 37 bij de Rijksrecherche bekende slachtoffers. Van de 26 bij de Rijksrecherche bekende sterfgevallen die plaatsvonden binnen de muren van een politiebureau, zijn er 13 niet bekend bij het ministerie. Er waren dus onvolkomenheden bij het melden van deze gevallen door de politie en/of bij de registratie daarvan binnen het ministerie, al is de situatie wel beter dan in de periode 1994-1999.¹³

Onderzocht is op welk plaats in het zorgproces mensen onder zorg van de politie overleden. De resultaten zijn opgenomen in tabel 2b.

Tabel 2b: Moment van overlijden (plaats in zorgproces)

Plaats in zorgproces	Aantal
Plaats delict	1
Transport naar bureau	2
Ophoudkamer	5
Politiecel	19
Verhoorruimte	2
Ziekenhuis, niet voorgeleid aan hulpofficier van justitie	5
Ziekenhuis, wel voorgeleid aan hulpofficier van justitie	3

Bron: dossiers Rijksrecherche

Advies

- 1 Er zou onderzocht moeten worden waarom niet alle sterfgevallen op politiebureaus bekend zijn bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- 2 Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties zou de meldingen aan een analyse kunnen onderwerpen en de resultaten daarvan naar de korpsen kunnen terugkoppelen.¹⁴ Zo wordt de zin van de registratie duidelijk en kunnen korpsen leren van voorvallen bij andere politiekorpsen. Zie ook advies 4.

3.3 Demografisch profiel

Leeftijd en geslacht

De verdeling van de leeftijd ten tijde van overlijden is weer-gegeven in tabel 3. De gemiddelde leeftijd was 38 jaar.

De jongste overledene was 20 jaar, de oudste 61. Van de 37 slachtoffers waren er 5 vrouw.

Tabel 3 Verdeling over leeftijdscohorten

Cohort	Aantal overledenen (n = 37)
20-30 jaar	9
31-40 jaar	12
41-50 jaar	10
51+	6

Bron: dossiers Rijksrecherche

Regio van geboorte

Vanwege het kleine aantal zaken is het weinig zinvol overlijdensgevallen per geboorteland te bespreken: de toevalsfactor is te groot. Om toch enig inzicht te verschaffen is gezocht naar een meer globale verdeling tussen personen die in Nederland ter wereld kwamen en degenen die in andere landen zijn geboren.

Tabel 4: Verdeling over de geboortelanden

Geboorteland	Aantal (n = 37)
Nederland	22
Ander land	15

Bron: dossiers Rijksrecherche

Persoonlijke omstandigheden

De Rijksrecherchedossiers bevatten meestal weinig informatie over de achtergrond van de overleden personen. Dit is verklaarbaar: de onderzoeksopdracht in deze zaken is om vast te stellen of de verantwoordelijke functionarissen al dan niet juist hebben gehandeld. Daarom is de aandacht vooral geconcentreerd op de gebeurtenissen vanaf het moment van onderzorgstelling, niet op de achtergrond van de overledene. Verder beperken vereisten van efficiency en tijdigheid (doorlooptijden) de mogelijkheid tot het onderzoeken van criminologische verschijnselen. Bovendien gaat het bij de overledenen soms om personen die al langere tijd niet meer werden bereikt door de diverse zorgkaders. Vaak onderhouden mensen in deze positie ook geen contacten meer met familie of vrienden. In die gevallen is het verkrijgen van informatie over persoonlijke omstandigheden zeer moeilijk.

Dat de Rijksrechercheonderzoeken soms weinig informatie bevatten over de sociale achtergronden van de overledene, is al geconstateerd door Blaauw c.s. in 1995 (p. 70). Blaauw merkt in zijn onderzoek uit 2001 echter ook op dat van de beschikbare gegevens Rijksrecherchedossiers op dit punt de meeste informatie bevatten (Blaauw 2001, p. 12-13). Het formulier met betrekking tot sterfgevallen en pogingen tot suïcide, waarmee sterfgevallen bij de politie worden gemeld aan het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, bevat hierover geen enkele vraag.

Advies

- 3 Besteed in het onderzoek van de Rijksrecherche aandacht aan de sociale status en persoonlijke achtergrond van de betrokkene, aan de vraag in hoeverre toezien personeel hiervan op de hoogte

was en of die kennis het overlijden had kunnen voorkomen. Pas de checklist van de Rijksrecherche toe en breid deze uit met verdere vragen over dit onderwerp.

- 4 Pas het registratieformulier ten behoeve van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in overeenkomstige zin aan, zodat er meer gegevens beschikbaar komen voor onderzoek naar de mogelijkheden om sterfgevallen in de politiebureaus te voorkomen.
- 5 Stel dossiers van andere zorginstanties open voor het onderzoek naar sterfgevallen. Dan kunnen alle factoren zichtbaar worden die hebben bijgedragen aan het overlijden. Ook dit kan helpen bij het zoeken naar preventieve maatregelen.

Het onderzoek van Toonder (2005, p. 11 en 30) bevat informatie over de woon- of verblijfplaats. Deze informatie is aangevuld met de beschikbare gegevens uit de 8 dossiers die buiten het onderzoek van Toonder vielen maar wel zijn onderzocht voor dit rapport. De uitkomsten zijn verwerkt in tabel 5.

Tabel 5: Verblijfplaats

Verblijfplaats	Geboorteland	
	Nederland	Ander land
Vaste woon/verblijfplaats	14	9
Geen vaste woon/verblijfplaats	8	3
Overig/onbekend	-	3
Totalen	22	15

Bron: dossiers Rijksrecherche, onderzoek Toonder

Uit de door Toonder (2005) en de Rijksrecherche verzamelde gegevens komt naar voren dat in 19 van de 37 gevallen sprake was van verslavingsproblemen bij de overledenen. Niet bekend is welk deel van alle personen onder politiezorg een verslavingsachtergrond heeft. Daarom kunnen geen uitspraken op basis van kwantitatieve gegevens worden gedaan over het risico op overlijden van verslaafden bij de politie. Duidelijk is wel dat verslaafden vaker een verzwakt gestel hebben. Ontwenningssverschijnselen kunnen het lichaam daarbij extra belasten. Verder kan middelengebruik ziekten camoufleren, zowel voor de betrokkene zelf als voor de arts. Verslaafden lopen dan ook een relatief hoog risico op overlijden, ook als zij onder de zorg van de politie komen te staan. Drugsgebruik kan bovendien leiden tot sociaal isolement en crimineel gedrag. Daardoor lopen verslaafden ook nog een grotere kans dat de politie hun op enig moment hun vrijheid ontnemt. Dat kan een verklaring zijn voor het feit dat er relatief veel gevallen van mensen met drugsverslaving zijn onder de overlijdensgevallen in politiecellen.

3.4 Doodsoorzaak, tijdverloop, spreiding in tijd

Doodsoorzaak

De gegevens over de doodsoorzaak zijn overwegend ontleend aan onderliggende documenten van het onderzoek Toonder (2005), waarvoor naast de Rijksrecherchedossiers ook de sectierapporten van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) zijn bestudeerd. Dit onderzoek is niet integraal overgenomen omdat het ook overlijdensgevallen in het door het Ministerie van Justitie beheerde Grenshospitium behandelt, en overlijdensgevallen onder de zorg van de Koninklijke Marechaussee.¹⁵ Toonder heeft bovendien een aantal dossiers buiten beschouwing gelaten die hier wel zijn meegenomen.

Toonders onderzoek had dus een ander bereik dan dit rapport. De door Toonder verzamelde gegevens zijn voor dit rapport aangevuld met de gegevens uit de 8 niet door Toonder onderzochte dossiers.

Sectie is een belangrijk onderdeel van het onderzoek naar sterfgevallen. In veel gevallen kan de doodsoorzaak worden verklaard of worden mogelijke oorzaken benoemd. De patholoog-anatoom kan bovendien de altijd aanwezige Rijksrechercheurs wijzen op bijzonderheden. Op basis van deze informatie kan dan worden besloten tot het (opnieuw) verhoren van bepaalde personen en/of het stellen van bepaalde vragen. Uit brieven van het Openbaar Ministerie over de afdoening kan worden afgeleid dat de uitslag van de sectie zwaar weegt bij de beslissing om al dan niet vervolging in te stellen. Uit de dossiers komt naar voren dat de officier van justitie in een aantal gevallen naar aanleiding van het hem toegezonden sectieverslag en het resultaat van het Rijksrechercheonderzoek het NFI nadere vragen heeft gesteld. In alle onderzochte dossiers heeft het NFI sectie verricht op het lichaam van de overledene. In één geval is de sectie beperkt gebleven tot het afnemen van lichaamsvloeistoffen voor onderzoek naar middelengebruik. Het betreft een arrestant die door een trein is aangereden, de oorzaak van het overlijden is hierbij evident. De definitieve sectierapporten worden naar het Openbaar Ministerie verzonden en daar in het dossier gevoegd. Hiervan zijn niet altijd afschriften opgenomen in de dossiers van de Rijksrecherche. De uitslagen van later in opdracht van de officier van justitie uitgevoerde aanvullende sectieonderzoeken ontbreken nog vaker. Wel zijn altijd de voorlopige sectieverslagen in de Rijksrecherchedossiers opgenomen.

Uit het onderzoek komen de volgende doodsoorzaken of waarschijnlijke doodsoorzaken naar voren (tabel 6a).

Tabel 6a: (Waarschijnlijke) doodsoorzaak

Toe te schrijven aan handelen door of gesteldheid van overledene

Suicide	9
Intoxicatie	15
Natuurlijke dood	9
Andere oorzaak	1

Toe te schrijven aan uitwendige factoren

Ongeval voorafgaand aan moment onder zorgstelling	1
Ongeval volgend op onder zorgstelling	2
Geweldgebruik door derden voorgaand aan moment onder zorgstelling	1

Andere oorzaken

Letsel opgelopen voorafgaand aan aanhouding, oorzaak letsel onbekend	1
Sectie gaf geen uitsluitel, dossier bevat geen eenduidige aanwijzingen	4

Bron: dossiers Rijksrecherche, sectierapporten Nederlands Forensisch Instituut, onderzoek Toonder

Anders dan in de rapporten van Toonder (2005) en van Blaauw c.s. (1995), zijn hier de gevallen waarbij de doodsoorzaak niet met zekerheid is vastgesteld, maar wel een of meer waarschijnlijke oorzaken bekend zijn, niet als 'onbekend' opgenomen, maar bij de betreffende doodsoorzaken. Hierdoor zijn 43

doodsoorzaken benoemd op een totaal van 37 sterfgevallen. Zo ontfermde de politie zich over een verwarde vrouw die in een plantsoen onder haar flatwoning werd aangetroffen. De vrouw overleed vervolgens aan letsel dat zij, naar later bleek, had opgelopen door een val of een sprong van grote hoogte. Deze zaak is zowel onder 'ongeval voorafgaand aan moment onderzorgstelling' als bij 'suicide' opgenomen. Er zijn bovendien personen overleden door een oorzaak die onder verschillende noemers valt te brengen. Een voorbeeld hiervan is het geval van een arrestant die stierf door een overdosis middelen die hij ingenomen had voordat hij werd aangehouden (intoxicatie dus). Uit de context (afscheidsbrieven, eerdere zelfdodingplannen) kan worden afgeleid dat de middelen waren ingenomen met het doel zelfdoding te plegen.

Aan de uitkomst valt op dat in vrijwel alle gevallen waarbij uitspraken zijn gedaan over de doodsoorzaak, het overlijden zeker of waarschijnlijk is toe te schrijven aan de gevolgen van handelen door de overledene zelf of aan zijn lichamelijke of geestelijke gesteldheid. De uitzonderingen zijn de gevallen waarbij een arrestant omkwam bij een aanrijding, een arrestant voor zijn aanhouding was beschoten door een burger en een arrestant hoofdletsel bleek te hebben waarvan de oorzaak nooit is achterhaald.

De meest voorkomende doodsoorzaak was **intoxicatie**, veroorzaakt door het innemen van middelen als drugs, alcohol, andere genotsmiddelen of medicijnen. In tabel 6b wordt dit verder uitgesplitst; gebruikte termen worden toegelicht in het bij 'Middelen en werking' achter in dit rapport.

Tabel 6b: Intoxicatie naar stof

Stof	Aantal
Cocaïne	7
Medicijnen	2
Alcohol in combinatie met medicijnen	1
Alcohol in combinatie met benzodiazepinen	1
Heroïne	1
Methadon in combinatie met andere middelen	1
MDMA in combinatie met MDA	1
Onbekend	1
Totaal	15

Bron: dossiers Rijksrecherche, onderzoek Toonder

Bijna de helft van de personen die overleden door intoxicatie, stierf na cocaïnegebruik. Binnen de groep van door intoxicatie overleden personen is het aantal sterfgevallen dat in verband kan worden gebracht met cocaïne in de periode 2000-2004 toegenomen. In 2000 en 2001 overleed niemand onder de zorg van de politie als gevolg van cocaïnegebruik. In de jaren 2002 en 2003 trof dit lot 2 personen, in 2004 werden 3 overlijdensgevallen (van de 8 in totaal) toegeschreven aan het innemen van cocaïne. De aantallen zijn te laag om met zekerheid te spreken over een trend. Wel is dit een ontwikkeling die nadere aandacht vraagt. Het past ook in de context van toenemend cocaïnegebruik in Nederland.¹⁶

In 5 van de 7 gevallen waarin cocaïne (mede) oorzaak was van het overlijden, heeft het verzorgend personeel direct onderkend dat er aanwijzingen waren dat de betrokkene in gevaar was en dat intoxicatie mogelijk een rol speelde (meer

over aanwijzingen vooraf: paragraaf 3.6). Hier volgde het overlijden kort na aanhouding, of kort na het zichtbaar worden van de eerste intoxicatieverschijnselen. In 2 van deze gevallen werd een arrestant onwel tijdens het binnenbrengen in het bureau. Reanimatie volgde en in beide gevallen is de betrokkene in een onmiddellijk opgeroepen en binnen enkele minuten gearriveerde ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Beide personen overleden enkele uren na opname in het ziekenhuis. De derde arrestant overleed tijdens het toedienen van een kalmerend middel door een ambulance-medewerker. Deze was al tijdens het transport naar het bureau opgeroepen en was tegelijkertijd met de arrestant op het bureau gearriveerd. De vierde persoon overleed direct bij de aanhouding op de plaats delict. In het vijfde en laatste geval was het personeel van een te hulp geroepen ambulance van mening dat de betrokkene niet in een levensbedreigende toestand verkeerde. Het slachtoffer werd daarna naar het politiebureau afgevoerd in plaats van naar het ziekenhuis. De betrokkene is later alsnog naar het ziekenhuis gebracht en daar overleden. In de overige 2 gevallen ontbrak de tijd om aanwijzingen te herkennen. Het ging hier om ingesloten personen waarvan pas na hun overlijden bleek dat zij bolletjes cocaïne hadden geslikt.

Alle mensen die overleden aan intoxicatie door cocaïne, waren agressief. Getuigen: 'Hij ging volledig door het lint' en 'Niet normaal zo sterk als dat deze man was'. De agressie was zodanig dat bij aanhouding geweld moest worden gebruikt en de inzet van meerdere politiemensen nodig was. In 1 geval was zelfs hulp van een omstander nodig. Extreme agressie in combinatie met grote lichaamskracht kan duiden op inname van cocaïne of op een andere ernstige vorm van intoxicatie. In totaal blijkt uit 12 van de 37 dossiers dat sprake was van agressief gedrag. In al die gevallen betrof het personen die uiteindelijk overleden als gevolg van intoxicatie. Anders gesteld: van de 15 personen die overleden door intoxicatie, vertoonden 12 personen agressief gedrag.

Bij de gevallen van cocaïnevergiftiging viel op dat in een aantal gevallen de te hulp geroepen medisch verzorgers zeer hoge koorts hebben gemeten (42 graden).¹⁷ In een dossier zit een verklaring van een medisch specialist die vermeldt dat in dergelijke gevallen overlijden medisch gezien zeer moeilijk kan worden voorkomen omdat in combinatie met de andere effecten van cocaïne ernstige schade aan de organen ontstaat. In een sectierapport van het NFI wordt het volgende opgemerkt: 'Bij een cocaïnedelirium doorlopen slachtoffers achtereenvolgens de stadia van hyperthermie (hoge koorts), delirium met opwinding, ademhalingsstilstand en (meestal) de dood.' In de literatuur wordt naar voren gebracht dat in dit soort situaties een fatale afloop vaak onafwendbaar is.¹⁸

De geraadpleegde forensisch artsen bevelen aan om direct als aanwijzingen worden gezien, telefonisch met een arts te overleggen. Die kan aan de hand van de beschrijving en gerichte vragen inschatten of direct een ambulance moet worden opgeroepen. Dit kan – zeker in situaties waarin de arts zich niet in de directe nabijheid van de betrokkene bevindt – tot tijdwinst leiden. Bovendien kan de arts het verzorgend personeel opmerkelijk maken op het mogelijk later optreden van bepaalde symptomen. De kans is dan groter dat een verslechtering in de toestand van de betrokkene eerder wordt herkend.

Advies

- 6 *Roep bij zeer agressieve personen op zo kort mogelijke termijn een arts te hulp; overweeg de betrokkene niet naar het bureau maar naar de spoedeisende hulp te brengen. Vraag ter plaatse specifiek om aandacht voor de mogelijkheid van intoxicatie. Zeer hoge koorts kan wijzen op een intoxicatie als gevolg van cocaïne-gebruik en een al dan niet beginnend cocaïnelirium.*
- 7 *Pleeg telefonisch overleg met een arts als aanwijzingen van intoxicatie of psychische aandoeningen worden vermoed.*
- 8 *Gebruik de bevindingen bij opleidingen voor de politie, zoals de politie school, de arrestantenzorgcursus te Vaassen en de IBT (integrale beroepsvaardigheidstraining).*

In tabel 6b is zichtbaar dat 4 van de 15 intoxicatieslachtoffers zijn overleden na gemengd middelengebruik. Dat het gebruik van meerdere middelen veel voorkomt, sluit aan bij eerder onderzoek in de regio Amsterdam: 'Polydruggebruik bij druggebruikende arrestanten is eerder regel dan uitzondering' (Van Laere en Barends 2002). Gemengd middelengebruik is gevaarlijk doordat het soms gaat om een mengsel van stimulerende en verdovende middelen die door het lichaam in een verschillend tempo worden afgebroken. Dat kan in een later stadium leiden tot verstoring van het precare evenwicht, en tot overdosering.¹⁹ Dit bemoeilijkt niet alleen het voorschrijven van de juiste (dosering van) middelen door een arts.²⁰ Het maakt volgens materiedeskundigen ook de eerste beoordeling van een arrestant voorafgaand aan insluiting moeilijker. Iemand die een mengsel van middelen heeft gebruikt kan direct na aanhouding nog een heldere en gezonde indruk maken, maar door de verschillende uitwerking van de middelen kan hij na enkele uren alsnog in grote lichamelijke nood raken. Is bij insluiting niet onderkend dat er sprake is van een bijzonder risico, dan zal de betrokkene in beginsel niet onder observatie zijn geplaatst. Tijdig ingrijpen – als dat al levensreddend kan zijn – is dan minder waarschijnlijk.

Suicide is zeker of mogelijk gepleegd door 9 van de 37 overleden personen. In 5 gevallen is sprake geweest van verhangings of verwurgings. Tweemaal is daarbij een hoofddoek gebruikt, eenmaal een rekverband, eenmaal een sjaal en eenmaal een in elkaar gedraaid papier wegwerplaken. Een persoon overleed nadat hij een ader had doorsneden met gebroken glas van zijn bril. Een andere persoon had middelen ingenomen voorafgaand aan zijn aanhouding met de bedoeling zelfdoding te plegen. In een ander geval werd een persoon aangetroffen die mogelijk van een flat was gesprongen. Ten slotte was er een geval van een arrestant die direct na zijn aanhouding geboeid voor een trein sprong, al dan niet in een poging zich aan zijn aanhouding te onttrekken.

Als de gevallen van zelfdoding worden vergeleken met de bevindingen over aanwijzingen vooraf (zie ook paragraaf 3.6), blijkt dat er in slechts 4 van de 9 zaken indicaties vooraf waren voor zelfdoding. Die aanwijzingen betroffen in 4 gevallen symptomen van een psychische aandoening. In 3 van deze 4 zaken waren er ook aanwijzingen van intoxicatie. In 1 zaak was een politieambtenaar zowel op de hoogte van uitspraken over suicide van de betrokkene, als van diens insluiting. Hij heeft die kennis niet gedeeld met zijn collega's omdat deze al hadden besloten tot plaatsing in een observatiecel.

Advies

- 9 *In 2 van de 9 (mogelijke) gevallen van suicide betrof het moslima's die zich met behulp van hun hoofddoek van het leven hebben beroofd. Overweeg hoofddoeken bij insluiting af te nemen.*

In 9 gevallen stierven mensen een **natuurlijke dood**. In 6 gevallen was de doodsoorzaak hartfalen, waaronder eenmaal gecombineerd met een longontsteking. In 1 geval overleed een persoon door een hersenbloeding, 1 persoon stierf aan een buikvliesontsteking. De negende persoon had een terminale leveraandoening.

7 van de 9 personen die een natuurlijke dood stierven, waren verslaafd aan drugs of alcohol. Uit onderzoek komt naar voren dat drugsverslaving wegens de gezondheidsondermijnende effecten van de verslaving en bijbehorende levensstijl een risico vormt op vroegtijdig overlijden.²¹

In 8 van de 9 gevallen van natuurlijke dood heeft het verzorgend personeel voorafgaand aan het overlijden een arts gewaarschuwd, in 7 van de 9 gevallen heeft de arts de betrokkene voor zijn overlijden bezocht. Zoals gezien de geschetste verslavingsachtergrond kan worden verwacht, zijn in 5 van de gevallen van natuurlijk overlijden door het verzorgend personeel vooraf aanwijzingen voor intoxicatie gezien.

Het valt op dat uit slechts 3 van de 9 gevallen waarbij de betrokkene een natuurlijke dood stierf, duidelijk wordt of de ingeschakelde artsen bekend waren met de voorgeschiedenis van de overledene. Dit roept allereerst de vraag op in hoeverre het optreden van de arts wordt getoetst. Op het eerste gezicht mag worden verwacht dat deze toets wel plaatsvindt en mede inhoudt dat wordt gevraagd of de voorgeschiedenis bekend was bij de personen die waren belast met de medische zorg. De dossiers geven hier niet altijd uitsluitsel over. Dat staat in duidelijk contrast met het onderzoek naar de voorkennis van het politiepersoneel. In de praktijk blijkt diepgaand onderzoek door de Rijksrecherche op dit punt ondoenlijk omdat door de betrokken medici veelvuldig een beroep wordt gedaan op het beroepsgeheim. Dat het optreden van de arts niet altijd wordt onderzocht is verder te verklaren aan de hand van de door het Openbaar Ministerie verstrekte onderzoeksopdracht aan de Rijksrecherche. Die opdracht blijft vaak beperkt tot het onderzoeken van de rol van het politiepersoneel. Hierbij wordt opgemerkt dat de Rijksrecherche zich in beginsel altijd richt op handelingen door overheidspersoneel en een arts valt hier meestal niet onder. Onderzoek naar medisch handelen ligt meer op de weg van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Bij het beoordelen van de positie van de arts moet rekening worden gehouden met de rol die hij speelt bij de verzorging van de betrokkene. Er is onderscheid tussen de rol van adviseur en die van behandelaar. De arts die adviseert om de betrokkene niet of juist wel in te sluiten, en daarbij de randvoorwaarden als wekadvis, het verstrekken van bepaalde middelen of plaatsing in een observatiecel aangeeft, vervult de rol van adviseur. De arts is hier verantwoordelijk voor het advies en de daaraan ten grondslag liggende diagnose. Het verzorgend personeel is verantwoordelijk voor het uitvoeren van dat advies. De hulpofficier van justitie beslist over de (wijze van) insluiting van arrestanten en is daarvoor verantwoordelijk.²² De arts die aan betrokkene middelen toedient, of een wond hecht, treedt op als de behandelend arts. Hij is verantwoordelijk voor de consequenties van het medisch

handelen, of het nalaten daarvan. Soms zijn de rollen van adviseur en behandelaar verenigd in dezelfde persoon. De Rijksrecherche beschikt niet over specialistische medische expertise. Uit de dossiers blijkt dat in sommige zaken advies wordt ingewonnen van onafhankelijke deskundigen. Bij de sectie verschaft de patholoog-anatoom van het NFI Rijksrechercheurs soms nadere uitleg. Uit 5 dossiers van de 9 waarbij een natuurlijke dood de oorzaak was, blijkt dat het verzorgend politiepersoneel op de hoogte was van de verslavingsachtergrond van de ingeslotene. Dat niet in alle zaken deze achtergrond bekend was, wordt verklaard door de beperkte leesrechten in de bedrijfsproces-systemen en opsporingsregisters van het verzorgend personeel, door bescherming van de privacy en het medisch beroepsgeheim, en door het niet altijd bevragen van de beschikbare systemen. Een van de materiedeskundigen – verantwoordelijk voor arrestantenzorg – voegt hieraan toe dat de arrestantenmodule van het in zijn korps gehanteerde systeem niet erg geschikt is om incidenten en ervaringen te registreren. Hiervoor moet een zogeheten mutatie worden gemaakt en niet alle functionarissen die met de zorg voor arrestanten zijn belast hebben de hiervoor vereiste vaardigheden en/of autorisatie. Het registreren van dit soort informatie vergroot de kans dat het dienstdoend personeel bij toekomstige insluiting van eerdere ervaringen op de hoogte is. Medewerkers van een ander korps verklaren dat incidenten wel in de systemen worden opgenomen en dat zij hiertoe ook zijn opgeleid. Een geraadpleegde forensisch arts die werkt voor dit korps gebruikt deze gegevens ook. Een ander belangrijk aandachtspunt is de overdracht van een arrestant aan het verzorgend personeel. Het is goed mogelijk dat de functionaris die iemand aanhoudt of op andere gronden naar het bureau overbrengt, aanwijzingen ziet dat iemand in geestelijke of lichamelijke nood is of kan komen, bijvoorbeeld omdat hij de betrokkene kent als verslaafde of psychiatrisch patiënt. Als deze aanwijzingen niet aan het verzorgend personeel worden doorgegeven, ontstaat een verhoogd risico op een verkeerde inschatting.

Advies

- 10 *Maak in de dossiers beter zichtbaar in hoeverre onderzoek is gedaan naar het optreden van verpleegkundigen en artsen. Hun rol blijft in de Rijksrecherchedossiers soms onduidelijk.*
- 11 *Beperk het onderzoek naar overlijdensgevallen onder zorg van de politie niet in die zin dat aspecten van het optreden van medisch personeel en/of artsen buiten het onderzoek worden gehouden. Bij overlijdensgevallen spelen vaak verschillende, in elkaar grijpende factoren een rol die in samenhang beschouwd moeten worden om de feiten goed zichtbaar te maken.*
- 12 *Neem in overweging of de Rijksrecherche de geëigende instantie is voor onderzoek naar verpleegkundigen en artsen, vanwege het ontbreken van medische expertise, het medisch beroepsgeheim en de gerichtheid van de Rijksrecherche op overheidsfunctionarissen. Schakel daarom, zodra aanwijzingen worden gevonden dat medisch handelen of het nalaten daarvan een rol kan hebben gespeeld, een onafhankelijke medisch expert of een inspecteur voor de volksgezondheid in. De deskundige kan zijn bevindingen rapporteren aan het Openbaar Ministerie. Het feitencomplex kan door de Rijksrecherche wel worden vergeleken met de protocollen die gelden voor de met de medische zorg belaste geneeskundigen. Landelijk geldende afspraken zijn beschikbaar via het Forensisch*

Medisch Genootschap (FMG, de beroepsgroep van onder andere forensisch artsen).

- 13 *De hulpofficier moet bij zijn beslissing hoe een persoon wordt ingesloten, onderzoeken of de voorgeschiedenis van de betrokkene bekend is. Verplicht de hulpofficier daarom voorafgaand aan die beslissing de politiestructuren te (doen) raadplegen over achtergronden van de betrokkene. De hulpofficier kan de uitkomsten betrekken bij zijn afweging en gebruiken om het verzorgend personeel te instrueren.*
- 14 *Onderzoek of landelijk toegankelijke politie- en/of medische systemen zich lenen voor het invoeren van aan de persoon gerelateerde riskante aspecten die bij eerdere insluitingen zijn gebleken, of daartoe kunnen worden aangepast. Deze aspecten kunnen dan bij later contact met de politie worden herkend door het dan dienstdoende verzorgend of medisch personeel.*
- 15 *Bezie in hoeverre bij de overdracht van personen aan verzorgend (politie)personeel ook de overdracht van aanwijzingen van verslaving, intoxicatie, psychische problemen en dergelijke is gewaarborgd. Dit punt behoeft extra aandacht daar waar de processen van opsporing en van arrestantenverzorging gescheiden (zullen gaan) worden. Zie de adviezen 27 en 64.*

Het sterfgeval dat genoemd wordt onder **overige oorzaken** gelegen in handelen of gesteldheid van de de betrokkene, betreft een ingesloten arrestant die in zijn slaap is gestikt in zijn gebitsprothese. Middelengebruik heeft daarbij mogelijk geleid tot een verminderd bewustzijn. Hierdoor zouden reflexen kunnen zijn uitgebleven.

Een zaak waarbij een arrestant overleed door een **ongeval na aanhouding** betreft een verkeersongeval met een politieauto. Dit gebeurde bij het overbrengen van de arrestant naar het bureau. De andere zaak betreft de arrestant die stierf nadat hij onder een trein kwam.

Er is een arrestant overleden als gevolg van **door derden voorafgaand toegebracht letsel**. Deze persoon was neergeschoten door een winkelier tijdens een overval. Noch de politie, noch het te hulp geroepen personeel van de GGD heeft de opgelopen verwonding gezien. Het slachtoffer had ook niet gemeld te zijn beschoten. De winkelier had dit feit evenmin gemeld.²³

Een andere persoon, die door de politie naar het bureau was gebracht omdat zij verward en met symptomen van een psychische aandoening onder haar flatwoning was aangetroffen, is mogelijk als gevolg van een **ongeval voorafgaand aan de onderzoekstelling** overleden. Het is niet bekend of zij is gevallen of gesprongen.

Er zijn geen gevallen waarbij is vastgesteld dat het overlijden het gevolg was van houdingsverstikking. Hieronder wordt verstaan dat een persoon op dusdanige wijze wordt geboeid of in bedwang gehouden, dat hij als gevolg van een belemmerde ademhaling komt te overlijden. Dikke mensen die geboeid aan handen en voeten op hun buik worden gelegd, lopen mogelijk een bijzonder risico, net als personen met aandoeningen aan de luchtwegen en mensen die onder invloed verkeren van drugs.

In 3 zaken bestonden bij aanvang van het Rijksrecherche-onderzoek aanwijzingen dat houdingsverstikking een rol kon hebben gespeeld bij het overlijden. In 2 gevallen is dit vermoeden met zekerheid weerlegd. Door sectie is vastgesteld dat de dood was veroorzaakt door cocaïnegebruik. In de derde zaak gaf sectie geen uitsluitsel over de doodsoorzaak.

De officier van justitie heeft na verder onderzoek, waarbij herhaaldelijk vervolgvragen zijn gesteld aan het Nederlands Forensisch Instituut, geconcludeerd dat er geen bewijs is dat het optreden van de betrokken politieambtenaren heeft bijgedragen aan het overlijden van de arrestant.

Een deskundige vermeldt dat het door sectie vaststellen van houdingsverstikking als doodsoorzaak zeer moeilijk is. Het laat veelal geen lichamelijke sporen na.

Er zijn geen andere gevallen gevonden waarbij is vastgesteld dat overlijden is veroorzaakt door geweldgebruik door de politie.²⁴ Het wordt nog eens benadrukt dat zaken die door de Rijksrecherche zijn gestart als onderzoek naar geweldgebruik of als schietincident, niet zijn meegenomen in dit onderzoek. Over toepassing van geweld tegen ingesloten personen merkte een materiedeskundige werkzaam in de arrestanten-zorg op, dat dit niet altijd wordt gemeld en/of gemuteerd in de systemen. Een deskundige die werkzaam is in een andere regio geeft aan dat dit verschijnsel juist met succes is bestreden. Kennelijk wordt in de verschillende politiekorpsen niet op dezelfde manier met het registreren van geweldtoepassing omgegaan.²⁵ Het betreft hier weliswaar geen gevallen waarbij personen zijn overleden, maar alleen al vanuit een oogpunt van preventie is het niet wenselijk dat geweld wordt gebruikt zonder dat hier melding van wordt gemaakt. Het melden is bovendien verplicht.²⁶

Een bewaker die geen opsporingsambtenaar is, mag geen geweld toepassen anders dan uit noodweer en mag geen geweldmiddelen inzetten.²⁷ Ambtenaren die wel opsporingsambtenaar zijn moeten bovendien de juiste training hebben gehad in het omgaan met geweldmiddelen (integrale beroepsvaardigheidstraining, IBT). Een van de geraadpleegde materiedeskundigen die in de arrestantenverzorging werkt, merkte op dat alle arrestantenverzorgers binnen zijn korps opsporingsambtenaar zijn maar dat het korps te weinig opleidingsplaatsen heeft. Daarom krijgt het personeel uit het operationele proces voorrang. Dat heeft tot gevolg dat een aantal arrestantenverzorgers wel opsporingsambtenaar is, maar desondanks geen geweldmiddelen mag inzetten.

Hier ontstaat een risico, vooral als een cellencomplex uitsluitend wordt bemenst door particulier personeel. In de gevallen dat dwang moet worden uitgeoefend – bijvoorbeeld bij weigering een ruimte te betreden of te verlaten – zal altijd hulp moeten worden gevraagd van daartoe bevoegd personeel. Dat kan tijd kosten en het kan leiden tot escalatie. Een particulier medewerker kan zonder opsporingsbevoegdheid evenmin insluitfouilleringen uitvoeren – in dat geval zal hulp moeten worden ingeroepen van een hiertoe bevoegde ambtenaar.²⁸

Advies

16 *Doordringend verzorgend personeel van de noodzaak toepassing van geweld te melden. Vermijd bij de behandeling van zulke meldingen een afrekencultuur.*

17 *Zorg ervoor dat personeel dat is belast met de verzorging van ingeslotenen, toegang heeft tot de voor het uitvoeren van zijn werkzaamheden benodigde trainingen.*

Doodsoorzaak vergeleken met eerder onderzoek

De uitkomsten over de doodsoorzaak zijn vergeleken met het onderzoek van Blaauw c.s. uit 1995. Van de 37 voor dit rapport onderzochte dossiers zijn er 26 bij deze vergelijking betrokken (zie paragraaf 3.1 onder 'Vergelijking met eerder onderzoek').

De sterfgevallen waarvoor verschillende doodsoorzaken zijn genoemd, zijn in tabel 7 toegeschreven aan de oorzaak die als meest waarschijnlijk is genoemd. Als de oorzaak niet is aangewezen of als meerdere mogelijke doodsoorzaken in gelijke mate waarschijnlijk zijn, is de zaak gerekend tot de categorie 'onbekend/niet vast te stellen'.

Tabel 7: Doodsoorzaak 2000-2004 vergeleken met 1983-1993

Oorzaak	2000-2004 (n=26)	1983-1993 (n=59)
Suicide	6	20
Intoxicatie	12	19
Natuurlijke dood	6	8
Brand	-	2
Ongeval	-	4
Geweld bij aanhouding	-	1
Onbekend/niet vast te stellen	2	5

Bron: dossiers Rijksrecherche, onderzoek Blaauw c.s. 1995

Er zijn verschillen tussen de beide perioden. Het aantal **suicides** is verhoudingsgewijs teruggelopen. Was zelfdoding in de periode 1983-1993 nog in ruim een derde van de gevallen de doodsoorzaak, in de periode 2000-2004 was dit aandeel teruggelopen tot ongeveer een vijfde. De dossiers bevatten hiervoor geen duidelijke verklaring. Uit de interviews met materiedeskundigen komt echter wel het beeld naar voren dat in het laatste decennium de zorg voor arrestanten steeds verder is geprofessionaliseerd. Er wordt meer toezicht gehouden en er is meer aandacht voor de gesteldheid van ingesloten personen.

Blaauw heeft ook onderzoek verricht naar suicides op politiebureaus in de periode 1994-1999 (Blaauw 2001). De resultaten zijn niet helemaal vergelijkbaar met de gegevens over de periode 2000-2004, en evenmin met zijn eerdere onderzoek over de periode 1983-1993. Hij heeft voor de jaren 1994-1999 niet de mensen meegeteld die als gevolg van een op het bureau gepleegde zelfdodingpoging in het ziekenhuis zijn overleden, en evenmin de gevallen van zelfdoding van personen die nog niet op het bureau waren gearriveerd. Dat betekent dat tussen 1994 en 1999 mogelijk meer suicides onder de zorg van de politie plaatsvonden dan uit het rapport van Blaauw blijkt. Met inachtneming van deze beperkingen blijkt uit de onderzoeken van Blaauw en dit onderzoek van de Rijksrecherche dat er van 1983 tot en met 2004 minstens 57 personen die op dat moment onder zorg van de politie stonden, zelfdoding hebben gepleegd. Dat is gemiddeld 2,6 personen per jaar. Dat is meer dan het gemiddelde over de periode 2000-2004: 1,2 per jaar, uitgaande van de vergelijking met het onderzoek van Blaauw c.s. in 1995. Als ook de gevonden 3 mogelijke gevallen in het onderzoek van de Rijksrecherche worden meegeteld, is het gemiddelde over de jaren 2000 tot en met 2004 niet hoger dan 1,8.

Het aandeel zaken waarbij **intoxicatie** de doodsoorzaak is, lijkt in vergelijking met het onderzoek van Blaauw c.s. uit 1995 te zijn toegenomen, van iets minder dan een derde in de periode 1983-1993 tot bijna de helft in de periode 2000-2004. De uitkomst van de vergelijking op dit punt is echter onzeker. Uit de beschrijving van de gevallen die in het onderzoek van Blaauw c.s. onder 'onbekend' zijn opgenomen komt naar voren dat in 1 geval aanwijzingen voor middelengebruik zijn gevonden (Blaauw c.s. 1995, p. 111 e.v.).

Over de periode 2000-2004 zijn 2 zaken gevonden waarbij de doodsoorzaak niet zeker is en waarin middelengebruik mogelijk een rol heeft gespeeld. Dat zou kunnen betekenen dat de toename van het aandeel van intoxicatie als doodsoorzaak nog groter is dan uit de vergelijking blijkt.

Het aantal sterfgevallen door cocaïnegebruik werkt mogelijk ook vertekenend. In het onderzoek van Blaauw uit 1995 wordt slechts 1 geval van cocaïnegebruik aangehaald. In de periode 2000-2004 speelde het waarschijnlijk of zeker een rol bij 7 sterfgevallen. Het is bij slachtoffers van cocaïnegebruik achteraf vaak moeilijk het cocaïnegebruik als oorzaak van overlijden aan te wijzen: de cocaïne wordt na het overlijden in het lichaam afgebroken zodat bij sectie niet altijd zekerheid bestaat. Bovendien bestaat er geen duidelijke maat voor een overdosis: ook het gebruik van kleinere hoeveelheden cocaïne kan tot de dood leiden.²⁹ Het overlijden volgde bovendien in een aantal gevallen zo snel na aanvang van de politiezorg, dat de cocaïneslachtoffers nooit zijn voorgeleid. Als ook in eerdere jaren het proces van overlijden zo snel is verlopen, zijn dit soort cocaïnegerelateerde zaken als gevolg van definitieverschillen wellicht niet mee gewogen in het onderzoek van Blaauw c.s. uit 1995, terwijl dit soort sterfgevallen toen mogelijk wel voorkwamen. Uit ander onderzoek is bekend dat ook vóór 2000 cocaïnegebruik in Nederland een rol speelde bij gewelddadige confrontaties met de politie.³⁰ In Europa was cocaïnegebruik bovendien ook vóór 2000 al oorzaak van sterfgevallen van personen onder zorg van de politie.³¹ Het is dan ook mogelijk dat het aantal sterfgevallen door intoxicatie in de door Blaauw c.s. in 1995 onderzochte periode hoger is dan uit de rechtstreekse vergelijking met dit onderzoek het geval lijkt te zijn. De relatieve toename over de jaren 2000-2004 van het aantal wegens intoxicatie overleden personen is dan dus lager dan de vergelijking aangeeft.

In het onderzoek Blaauw c.s. uit 1995 is vergiftiging door overmatig alcoholgebruik – al dan niet in combinatie met andere middelen – veruit de belangrijkste doodsoorzaak (meer dan driekwart) binnen de groep geïntoxiceerden. In de periode 2000-2004 wordt slechts in 2 van de 15 intoxicatiegevallen alcoholgebruik mede aangewezen als doodsoorzaak (zie tabel 6b). Mogelijk speelt hier mee dat men meer terughoudend is bij insluiting in de zogeheten ‘dronkenmanscel’ of ‘soppecel’, of wordt eerder medisch advies gevraagd.³² Daarmee is overigens niet gezegd dat alcohol in de periode 2000-2004 geen rol speelde bij overlijdensgevallen: overmatig gebruik van alcohol ondermijnt de gezondheid. In dit verband wordt gewezen op de al vermelde constatering dat meer dan de helft van de personen die stierven, verslaafd waren aan alcohol en/of drugs. Uit 1 zaak komt bovendien naar voren dat een ingeslotene zeer veel gedronken had. Het overlijden werd hier verklaard door zwaar hoofdletsel dat al voor de confrontatie met de politie was opgelopen door een val of een klap. Het is mogelijk dat het alcoholgebruik (mede) heeft geleid tot dit uiteindelijk fatale incident. De arrestant die onder de trein kwam had voorafgaand aan zijn aanhouding eveneens gedronken. In hoeverre dit alcoholgebruik zijn beslissing zich los te rukken en op het spoor te springen heeft beïnvloed zal nooit bekend worden. Alcoholgebruik was bovendien een belangrijke aanleiding waardoor personen onder de zorg van de politie kwamen: 4 van de overleden personen waren aangehouden wegens openbare dronkenschap.

Het aandeel van zaken waarbij de betrokkene een **natuurlijke dood** stierf is in de periode 2000-2004 aanzienlijk gestegen in vergelijking met het onderzoek van Blaauw c.s. uit 1995. Het aandeel steeg van ongeveer 1 op de 7 naar 1 op de 4 sterfgevallen. In de dossiers kan voor deze toename geen sluitende verklaring worden gevonden. Wellicht speelt het hoge aandeel personen met een verslavingsachtergrond een rol.

Tijdverloop

Het moment van overlijden is op 2 manieren in beeld gebracht. Er is gekeken naar de tijd die verstreek vanaf het moment dat de persoon onder de zorg van de politie kwam tot het moment van overlijden. Ook is in kaart gebracht op welk tijdstip van het etmaal (ochtend, middag, avond, nacht) de sterfgevallen plaatsvonden.

In 4 gevallen overleed de betrokkene onmiddellijk na het moment van onderzorgstelling. Als andere uiterste verliepen er 230 uur tussen de onderzorgstelling en het overlijden. De tijd die verstreek tussen het moment van de aanvang van de zorg en het overlijden is – uitgesplitst naar de meest voorkomende doodsoorzaken – in tabel 8a opgenomen.

Tabel 8a: Tijdverloop

Tijdverloop uren	Waarschijnlijke doodsoorzaak		
	Intoxicatie	Suicide	Natuurlijke dood
1 uur	4	2	-
2 uur	1	1	-
3-6 uur	5	1	1
7-12 uur	2	-	5
13-24 uur	1	1	-
24-72 uur	1	1	3
Meer dan 72 uur	1	3	-
Totaal	15	9	9

Bron: dossiers Rijksrecherche

Uit de tabel komt het beeld naar voren dat het gevaar dat een persoon onder de zorg van de politie komt te overlijden aan de gevolgen van **intoxicatie** het grootst is in de eerste 12 uren. Dat ligt voor de hand omdat de kans klein is dat iemand, eenmaal ingesloten door de politie, kans ziet (opnieuw) een grote dosis middelen in te nemen. De werkingsduur van daarvóór ingenomen middelen is beperkt, zodat na verloop van tijd het gevaar vermindert. De resultaten op dit punt lijken op de uitkomsten van ander onderzoek.³³

Bij mensen die bolletjes geslikt hebben, kunnen de effecten van intoxicatie ook later optreden, als gevolg van het trage proces van afbreken van de verpakking van bolletjes cocaïne door de spijsvertering. De beide personen in dit onderzoek die bolletjes geslikt hadden, overleden overigens binnen 5 uur nadat zij onder de zorg van de politie waren gebracht. In deze zaken hadden de betrokkenen waarschijnlijk al betrekkelijk lang in vrijheid met de cocaïne in hun lichaam rondgelopen. Van de betrokkenen had 1 persoon de bolletjes opnieuw ingeslikt, waarna het omhulsel was geknapt. Dit is waarschijnlijk in de cel gebeurd: er waren sporen van uitwerpselen op de vloer en het plafond. Uit het onderzoek kwam naar voren dat het verpakkingsmateriaal niet bestand was tegen herhaalde blootstelling aan de spijsvertering.

Overigens bleek bij een bezoek aan een cellencomplex in het kader van het onderzoek voor dit rapport, dat de cel voor bolletjesslikkers wel was voorzien van een zeef in de toilet-afvoer, zodat bolletjes konden worden opgevangen, maar niet van een camera om continue observatie mogelijk te maken. Voorafgaand aan insluiting wordt wel een arts geraadpleegd. Desondanks lijkt deze werkwijze riskant, gezien het gevaar van het knappen van bolletjes.³⁴ In een ander bezocht complex voorzag de voor bolletjesslikkers gebruikte cel overigens wel in de mogelijkheid van cameratoezicht.

Bij de gevallen van **natuurlijke dood** valt op dat 5 van de 9 overlijdensgevallen tussen 7 en 12 uur na aanvang van de politiezorg plaatsvonden. Wellicht spelen lichamelijk belastende bijverschijnselen hier een rol. Zoals eerder is opgemerkt hadden 7 van de 9 personen die een natuurlijke dood stierven een verslavingsachtergrond.

De (interpretatie van de) richtlijn dat het heroïnevervangende middel methadon pas 24 uur na insluiting mag worden toegediend, tenzij een arts op basis van klachten van de verslaafde anders voorschrijft, is hier mogelijk relevant. Doel is om eventuele middelen die zijn ingenomen voor de aanhouding, eerst te laten uitwerken. Uit onderzoek in Amsterdam komt naar voren dat lichte afkickverschijnselen bij heroïnegebruik circa 4-6 uren na de laatste inname zichtbaar worden, en dat ernstige afkickverschijnselen (*cold turkey*) meestal pas na 24 uur ontstaan (Van Laere en Barends 2002, p. 13). Uit gesprekken met materiedeskundigen blijkt dat – onder verwijzing naar de richtlijn – verzorgend personeel in politiecellencomplexen over ontwenningverschijnselen klagende arrestanten soms zonder meer verwijst naar het spreekuur van de arts. De 24 urenregel richt zich echter niet tot arrestantenverzorger, maar tot artsen. Slechts artsen kunnen bepalen of er van de richtlijn moet worden afgeweken. Een van de bevroegde deskundigen vertelde dat in het korps waar hij verantwoordelijk is voor de verzorging van arrestanten, intensief wordt samengewerkt met de instantie die verslaafden begeleidt. Als bekend is dat een verslaafde wordt ingesloten, neemt het verzorgend personeel eerst contact op met deze instantie. Blijkt de betrokkene in een methadonprogramma te zitten, dan wordt volgens schema methadon verstrekt. Dit wordt geregistreerd en gemeld aan de verslaafdenzorg, zodat na vrijlating het behandelprogramma kan worden voortgezet. Als de verslaafde niet bekend is bij de verslaafdenzorg, wordt een arts geconsulteerd.

Verder komt naar voren dat, naast heroïnegebruik, het gebruik van cocaïne of het innemen van een mengsel van middelen veel en steeds vaker voorkomt. Wellicht dat onthoudingsverschijnselen zich in deze gevallen op andere momenten of manieren manifesteren dan bij heroïnegebruik of wanneer een persoon uitsluitend andere middelen gebruikt. Zo adviseert het Forensich Medisch Genootschap om bij vermoedens van gemengd middelengebruik, eerder te verwijzen naar de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis dan in geval van intoxicatie met alleen alcohol, juist vanwege het minder voorspelbare verloop.³⁵ Zie over gemengd middelengebruik en de gevaren hiervan paragraaf 3.4, onder ‘doodsoorzaak’ bij de bespreking van intoxicatie.

Tabel 8b: Spreiding over het etmaal

	Doodsoorzaak		
	Intoxicatie	Suicide	Natuurlijke dood
Tijdvak overlijden			
Ochtend 6-12 uur	3	3	3
Middag 12-18 uur	2	3	2
Avond 18-0 uur	3	1	1
Nacht 0-6 uur	7	2	3
Totaal	15	9	9

Bron: dossiers Rijksrecherche

De spreiding van de overlijdensgevallen over het etmaal is weergegeven in tabel 8b. Bij intoxicatie overleed de betrokkene in bijna de helft van de gevallen 's nachts. Voor suicide en natuurlijke dood levert het onderzoek geen duidelijke pieken in de tijd op.

De uitkomsten stemmen hier bij de categorie intoxicatie in grote lijnen overeen met de bevindingen van Blaauw c.s. in 1995. Destijds bleek dat relatief veel personen overleden in de nachtelijke uren of vroeg in de ochtend (tot 9 uur). Als mogelijke verklaring werd gegeven dat er minder en oppervlakkiger werd gecontroleerd tijdens de nachtelijke uren. Daardoor leek het of arrestanten die in een problematische fysieke toestand verkeerden, gewoon lagen te slapen. Dit beeld komt ook naar voren uit enkele van de nu onderzochte dossiers. In de regel werd echter ook tijdens de nachten meermalen gecontroleerd. Een andere verklaring kan zijn dat meer middelengebruik plaatsvindt in de avonduren (uitgaanscircuit). Zoals uit tabel 8a naar voren komt volgt het overlijden door intoxicatie in veel gevallen binnen enkele uren na aanvang van de zorg – die weer kan samenhangen met overlast die de betrokkene wegens zijn middelengebruik oplevert – hetgeen de piek van het overlijden in de nachtelijke uren kan verklaren.

In de categorie suicides wijkt het nu gevonden beeld af van de bevindingen van Blaauw c.s. (1995, p. 68). Zij gaven aan dat bijna de helft van de suicides gedurende de nacht werd begaan. In dit Rijksrechercheonderzoek is een gelijkmatiger spreiding over het etmaal te zien, waarbij twee derde van de gevallen zich overdag heeft voorgedaan. Ook als de gevallen van suicide buiten de politiecel niet worden meegerekend, blijft een afwijking bestaan.

Advies

- 18 Overweeg straathandelaren in drugs en drugkoeriers die onder de zorg staan van de politie, continu te observeren. Als wordt vermoed dat er bolletjes zijn geslikt, moet een arts beoordelen of opname in een (penitentiair) ziekenhuis nodig is.
- 19 Beperk bij ingeslotenen met indicaties van intoxicatie de controle niet tot visuele inspectie (door het raam van de celdeur of naar het camerabeeld van de observatiecel kijken) maar controleer ook fysiek – zeker als de persoon slaapt. Overweeg personen met een bekende verslavingachtergrond de eerste 24 uur periodiek en fysiek te controleren, ook als er geen verschijnselen van intoxicatie zijn gezien. Er zal daarbij een afweging moeten worden gemaakt tussen humane zorg en het minimaliseren van de kans op gezondheidsschade of zelfs overlijden van ingeslotenen.
- 20 Er zal voldoende verzorgend personeel beschikbaar moeten zijn. Ten eerste moeten ook andere werkzaamheden in het cellencomplex zoveel mogelijk ongehinderd doorgang kunnen vinden. Ingeslotenen kunnen bovendien agressief optreden tegen het

personeel, zeker als zij bij herhaling worden gestoord tijdens hun (nacht)rust. Dat houdt een geweldrisico in. Meer over voldoende personeel en minimale bezetting in paragraaf 3.7, onder Capaciteit.

- 21 Het verdient aanbeveling bij ontweningsverschijnselen altijd een arts te consulteren. Wanneer het verzorgend personeel zonder meer verwijst naar het eerstvolgende spreekuur van de arts, wordt de arts de mogelijkheid onthouden om zich direct bij het optreden van klachten een oordeel over de ernst van de klachten te vormen.
- 22 Onderzoek of er een risico is dat verslaafden die een mengsel van middelen of andere middelen dan heroïne hebben ingenomen, eerder dan na 24 uur last zullen krijgen van (ernstige) onthoudingsverschijnselen.

Doodsoorzaak en afkomst, geslacht

Er is gekeken of er een relatie is te leggen tussen het land van geboorte en de doodsoorzaak. Onderstaande tabel geeft het overzicht.

Tabel 9: Relatie tussen geboorteland en doodsoorzaak

Geboorteland	Suicide	Intoxicatie	Natuurlijke dood
Nederland	4	11	7
Ander land	5	4	2

Bron: dossiers Rijksrecherche, onderzoek Toonder

De meest voorkomende doodsoorzaak van in Nederland geboren personen die overleden onder zorg van de politie is intoxicatie, veelal door overmatig drugsgebruik voorafgaand aan het moment van onderzorgstelling. De natuurlijke dood als oorzaak van overlijden komt ook relatief veel voor. Het beeld bij personen die in niet in Nederland zijn geboren wijkt hiervan af: hier is suicide relatief vaak de doodsoorzaak. Intoxicatie of natuurlijke dood als oorzaak van het overlijden komt verhoudingsgewijs minder vaak voor. Ook hier geldt dat voor het doen van harde uitspraken meer onderzoek vereist is: de aantallen zijn zo laag dat de toevalsfactor een grote rol speelt.

Van de overleden vrouwen pleegden 3 van de 5 suicide. Van deze vrouwen waren er 2 niet in Nederland geboren en moslima. Mogelijk is dit een *aanwijzing* – het aantal is te laag voor harde conclusies – dat er verhoogd risico bestaat op suicide door vrouwen die onder zorg van de politie zijn gesteld. Indien zij van niet-westerse afkomst zijn, zouden de taalbarrière en culturele of religieuze aspecten een rol kunnen spelen. Voor harde uitspraken is meer onderzoek nodig waarbij ook de pogingen tot zelfdoding moeten worden betrokken, net als de samenstelling van de populatie in politiecellen.³⁶

Houdingsverstikking, pepperspray en boeimethoden

Zoals eerder naar voren is gekomen, zijn in 7 van de voor dit onderzoek gebruikte dossiers personen overleden als gevolg van cocaïnegebruik. In die gevallen was sprake van aanzienlijke agressie van de zijde van de betrokkenen, die in een aantal zaken is toegeschreven aan het optreden van een zogeheten cocaïnedelie. Er moest geweld worden gebruikt bij de aanhouding c.q. het onder controle brengen van de later overleden persoon. In 3 gevallen is pepperspray gebruikt waarna de betrokkenen geboeid in buikligging werd gebracht.

Twee van hen overleden kort daarna, de derde persoon nadat hij medisch was onderzocht en was ingesloten in een observatiecel. Bij de secties is niet gebleken dat het gebruik van de spray of de wijze van boeien bijdroeg aan het overlijden. Er is in Amerikaans onderzoek ooit een verband gesuggereerd tussen het effect van pepperspray, boeimethoden en houdingsverstikking.³⁷ Voorafgaand aan de beslissing pepperspray als wapen voor de Nederlandse politie in te voeren is eind jaren negentig door TNO literatuuronderzoek verricht naar de effecten. Hieruit komen geen overwegende bezwaren tegen het gebruik van pepperspray naar voren.³⁸ In meer recent Amerikaans onderzoek kon evenmin een verband worden vastgesteld tussen het gebruik van pepperspray, boeimethoden en houdingsverstikking. Wel bleek gebruik van de spray soms te leiden tot stijging van de bloeddruk³⁹. Deze bevindingen zouden gezien de verschijnselen van vooral een cocaïnedelie – versnelde hartslag, hoge koorts, hartritme-stoornissen, hysterisch en zeer agressief gedrag waarbij een onverwacht grote lichaamskracht wordt tentoongespreid – relevant kunnen zijn. De agressie en het hysterische gedrag zijn daarbij soms aanleiding om pepperspray en bepaalde boeimethoden in te zetten.⁴⁰ Daarbij blijkt onder meer uit recent Nederlands onderzoek dat pepperspray bij agressieve geïntoxiceerde personen niet effectief is en zelfs kan leiden tot verdere toename van de agressie⁴¹. Wellicht dat de combinatie van de effecten van een cocaïnedelie en pepperspray (toename van bloeddruk, agressie) en methoden van onder controle brengen (worsteling, op de betrokkene gaan zitten) en boeien (buikligging) een bijzonder risico inhoudt. Wanneer men zich een oordeel wil vormen over het gebruik van pepperspray moet overigens altijd worden mee gewogen dat ook aan het niet toepassen van dit wapen gevaar verbonden kan zijn voor omstanders, geweldplegers en politiefunctionarissen. Dat kan tot gevolg hebben dat andere geweldmiddelen moeten worden ingezet.⁴²

Advies

- 23 Overweeg om bij toekomstig onderzoek naar de effecten van pepperspray en boeimethoden aandacht te besteden aan een mogelijk verband tussen de kans op overlijden, het gebruik van pepperspray bij een cocaïnedelie en de wijze van onder controle brengen en boeien van de verdachte. Breid zulk onderzoek bij voorkeur uit naar landen die pepperspray en boeimethoden toepassen op vergelijkbare wijze als in Nederland. Het aantal Nederlandse gevallen waarbij de bespoten personen overlijden, is waarschijnlijk te laag voor conclusies.
- 24 Betrek de Nederlandse Politieacademie, de Adviescommissie Bewapening en Uitrusting en het Nederlands Forensisch Instituut bij zulk onderzoek, zodat aansluiting bij lopend onderzoek en al beschikbare kennis wordt verwezenlijkt.
- 25 Overweeg, afhankelijk van de resultaten, aanpassing van artikel 12a, tweede lid van de Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en bijzondere opsporingsambtenaren, in die zin dat pepperspray niet wordt gebruikt tegen agressieve personen bij wie cocaïnegebruik wordt vermoed.

3.5 Reden onderzoekstelling

Er is onderscheid gemaakt tussen strafrechtelijke verdenking (tabel 10a) en andere redenen tot onderzoekstelling (tabel 10b). Soms kon geen scherp onderscheid worden gemaakt. Denk daarbij aan een agressieve persoon die omstanders of zichzelf in gevaar brengt en zich daarnaast ook schuldig maakt aan strafbare feiten. Deze persoon is om verschillende redenen onder zorg van de politie gesteld. Ook is een aantal personen aangehouden wegens meer dan 1 delict.

Tabel 10a: Onder zorg wegens verdenking strafbaar feit

Verdenking strafbaar feit	Aantal
Openbare dronkenschap	4
Overtreding Wegenverkeerswet	3
Niet opvolgen ambtelijk bevel	1
Opiumdelict	4
Diefstal	3
Diefstal met geweld/afpersing	6
Geweldsdelict (poging tot doodslag, doodslag, moord)	3
Bezit kinderporno	2
Vernieling	5
Bezit van wapens en munitie	2
Verduistering	1
Inbraak	1

Bron: dossiers Rijksrecherche

Tabel 10b: Onder zorg andere redenen

Andere redenen tot onderzoekstellen	Aantal
Bescherming arrestant	4
Bescherming anderen	2
Vreemdelingenbewaring	1
Gastarrestant wegens plaatsgebrek Huis van Bewaring	1
Onbekend/overig	1

Bron: dossiers Rijksrecherche

Als de aanleiding tot de onderzoekstelling wordt vergeleken met de meest voorkomende doodsoorzaken, ontstaat het in tabel 10c weergegeven beeld. In tabel 10c zijn de totalen hoger dan in tabel 6a ((Waarschijnlijke) doodsoorzaak), omdat overleden personen in een aantal gevallen om verschillende redenen onder de zorg van de politie waren komen te vallen.

Tabel 10c: Aanleiding en belangrijkste doodsoorzaken

Aanleiding zorg Politie	Suïcide	Intoxicatie	Natuurlijke dood
Openbare dronkenschap	–	1	3
Overtreding Wegenverkeerswet	–	–	1
Niet opvolgen ambtelijk bevel	–	1	–
Opiumdelict	–	3	1
Diefstal	–	3	–
Diefstal met geweld/afpersing	2	–	–
Geweldsdelict	3	1	–
Bezit kinderporno	1	–	1
Vernieling	2	1	–
Bezit van wapens en munitie	–	1	–
Verduistering	–	–	1
Inbraak	1	1	–
Vreemdelingenbewaring	1	–	–
Bescherming arrestant	1	2	–
Bescherming anderen	–	1	–
Onbekend en overig	–	2	1

Bron: dossiers Rijksrecherche

Uit tabel 10c komt naar voren dat personen die suïcide hadden gepleegd, relatief vaak vastzaten wegens geweldgerelateerde delicten en bezit van kinderporno. Bij de personen die overleden door intoxicatie is relatief vaak sprake van overtredingen van de opiumwetgeving en diefstal zonder geweld. Dit wekt gezien de verslavingsachtergrond van veel van deze personen weinig verbazing. Wel valt op dat het vaak agressieve optreden tegenover de politie van geïntoxiceerden niet is terug te vinden bij de gronden van aanhouding: slechts 1 persoon die overleed aan intoxicatie werd aangehouden wegens een geweldsdelict. Mogelijk houdt dit verband met het tijdig herkennen van indicaties van intoxicatie door het politiepersoneel. Dit komt ook naar voren uit de getuigenverhoren in enkele van de dossiers. Daarin verklaarden politiefunctionarissen die waren betrokken bij aanhoudingen waarbij geweld werd gebruikt, dat zij de later overleden persoon eerder als patiënt dan als verdachte zagen. Relatief veel personen die een natuurlijke dood stierven waren aangehouden vanwege openbare dronkenschap.

3.6 Aanwijzingen vooraf

De Rijksrecherchedossiers geven niet altijd uitsluitel over het bestaan van aanwijzingen waaruit het verzorgend personeel voorafgaand aan het overlijden had kunnen afleiden dat de betrokkene in geestelijke of lichamelijke nood verkeerde. Dat kan wijzen op onvolledige dossiervorming. Het komt voor dat er wel aanwijzingen zijn gevonden maar dat deze naar het oordeel van de rechercheurs geen factor waren bij het overlijden. Hierover worden dan geen uitspraken in het dossier opgenomen. Het kan daardoor echter niet worden uitgesloten dat het ontbreken van informatie op dit punt in een enkel geval wijst op een tekortkoming in het onderzoek. Het is immers moeilijk te beoordelen of de verantwoordelijke politieambtenaren juist hebben gehandeld, als niet duidelijk is of er vooraf aanwijzingen waren.

Advies

26 *Onderzoek de bestaande onderzoekspraktijk nader op aanwijzingen vooraf. Maak zichtbaar of de bestaande interne checklist van de Rijksrecherche is toegepast en leg de bevindingen op uniforme wijze vast. Daarbij moeten in ieder geval alle punten op de checklist worden besproken. Zo wordt uitgesloten dat aanwijzingen ten onrechte zijn gemist, en kan de officier van justitie hierover goed oordelen.*

Afgezien van de onduidelijkheden in de dossiers, is grote voorzichtigheid op zijn plaats bij de beoordeling van de onderzoeksresultaten op dit punt. De eerste beperking ligt in de gevolgde onderzoeksmethode. Het is moeilijk te bepalen waar precies de grens ligt tussen bijvoorbeeld 'aanspreekbaar' en 'niet aanspreekbaar'. Ook het duiden van aanwijzingen is lastig. Als iemand vreemd reageert, is dat dan een signaal van intoxicatie of wijst dat op een psychische stoornis? Of op allebei? Of op geen van beide en probeert hij het politiepersoneel op een dwaalspoor te brengen? En hoe sterk moet de aanwijzing zijn voordat maatregelen als artsbezoek en insluiting in de observatiecel aan de orde zijn? Dit maakt dat de hier verzamelde gegevens nauwkeuriger lijken dan zij daadwerkelijk zijn – er is sprake van een niet te kwantificeren onzekerheidsmarge.

De tweede beperking bij de interpretatie van onderzoeks-dossiers is dat rijksrechercheurs die een sterfgeval onder-

zoeken, weten dat de betrokkene is overleden. Terugredenerend is het dan minder moeilijk eventuele aanwijzingen vooraf te vinden. Daarbij speelt mee dat uit de Rijksrecherchedossiers niet naar voren komt in hoeveel andere gevallen dezelfde aanwijzingen worden gezien, maar de betrokkene niet overlijdt⁴³ en niet in lichamelijke of geestelijke nood komt. Het is aannemelijk dat dit bij een aantal personen dat onder zorg van de politie komt, het geval is. Veel arrestanten zijn bekenden van de politie die regelmatig te gast zijn in het politiecellencomplex. Het gaat bijvoorbeeld om veelplegers, chronisch drugsverslaafden of mensen die vaak dronken zijn, of erg agressief, of onder invloed van verdovende of stimulerende middelen,⁴⁴ of die lijden aan een psychische of psychiatrische aandoening maar nergens kunnen of willen worden opgenomen. Uit een aantal dossiers blijkt ook dat de overleden personen vaker en onder vergelijkbare omstandigheden ingesloten zijn geweest, zonder dat dit tot problemen leidde. Daardoor is het niet altijd doenlijk om vóóraf alle voortekenen te herkennen die nu juist wel wijzen op een verhoogd overlijdensrisico. Bovendien moet een afweging worden gemaakt tussen veiligheid (bijvoorbeeld het afnemen van voorwerpen waarmee suïcide kan worden gepleegd) en humanitaire overwegingen (behoud van de menselijke waardigheid).⁴⁵ Er zal bij de beoordeling achteraf dus altijd rekening moeten worden gehouden met de ruimte voor afweging en inschatting die de individuele politiemedewerker nodig heeft om zijn werk te kunnen doen.

Een derde beperking bij de interpretatie van onderzoeksdossiers is dat het verzorgend personeel soms prioriteiten moet stellen waarvan het de uitwerking niet altijd van tevoren kan voorzien en/of waarbij alle opties betekenen dat procedures worden overtreden. Het op de juiste wijze stellen van prioriteiten wordt daarbij bemoeilijkt door de toestand en eigenschappen van veel personen die onder de zorg van de politie worden gesteld. Wat te doen als een zeer dronken feestganger of een persoon die bolletjes heeft geslikt wordt binnengebracht terwijl de observatiecel al is bezet door een ingeslotene die suïcidaal is? In hoeverre simuleert een arrestant? Moet er op het vijftiende belsignaal op dezelfde wijze worden gereageerd als op de eerdere veertien van die nacht, terwijl de betrokkene die eerdere signalen duidelijk alleen gaf om het verzorgend personeel bezig te houden? Wil een drugsverslaafde een middel hebben omdat hiervoor een medische indicatie bestaat of omdat hij weet dat dit hem in een aangename roes brengt?

Advies

27 Overweeg zoveel mogelijk de processen opsporing en (arrestanten)zorg te scheiden. Zo wordt de hectiek van het politiewerk 'op straat' gescheiden van de zorgverlening aan personen die bij de politie moeten blijven. Hierbij moet worden gewaarborgd dat informatie over de in te sluiten persoon wordt overgedragen bij de overgang van het operationele proces naar het verzorgingsproces.

28 Zorg voor voldoende verzorgend personeel.

Deze adviezen moeten worden gelezen in samenhang met de adviezen 44-47 (paragraaf 3.7 onder 'Capaciteit').

In de dossiers worden bovendien verschillende gevallen beschreven waarbij het overlijden snel volgde nadat de zorg

aanving. Daardoor kwam direct ingeroepen medische hulp te laat. Een dergelijk geval telt in dit onderzoek mee als een zaak waarbij sprake is van een indicatie vooraf. Er is een aantal zaken waarbij door sectie duidelijk is geworden dat medisch gezien niets meer voor de overleden persoon had kunnen worden gedaan, los van de vraag of er aanwijzingen vooraf waren en hoe daarmee is omgegaan. Uit de dossiers kwam – met inachtneming van voorgaande nuanceringen – het in tabel 11 weergegeven beeld naar voren. Na tabel 11 volgt een toelichting op elke soort aanwijzing.

Tabel 11: Aanwijzingen vooraf

Soort aanwijzing	Frequentie		
	Ja	Nee	n.b. ⁴⁶
1 Aanspreekbaar zijn	31	5	1
2 Aanwijzingen voor intoxicatie	23	7	7
3 Aanwijzingen voor psychische stoornis	11	17	9
4 Gezondheidsklachten van de betrokkene	13	16	8
5 Verzoek om arts door de betrokkene	6	20	11
6 Indicaties herkend door personeel	28	7	2
7 Aanvraag bezoek arts door personeel	26	9	2
8 Bezoek van arts voorafgaand aan overlijden	18	13	6
9 Voorgeschiedenis bekend bij politiepersoneel	15	15	7
10 Voorgeschiedenis bekend bij GGD/arts	10	9	17

Bron: dossiers Rijksrecherche, onderzoek Toonder

1. Aanspreekbaar zijn

Onder aanspreekbaar zijn wordt verstaan dat de betreffende persoon door het geven van antwoorden gericht reageert op vragen van politiepersoneel. Het wil niet zeggen dat de betrokkene daarbij in alle gevallen helder en samenhangend ingaat op vragen van het politiepersoneel. Iemand die die niet wil meewerken kan zowel aanspreekbaar zijn als onzinnige antwoorden geven.

In alle gevallen waarbij de betrokkene niet aanspreekbaar was, is medische hulp ingeroepen. In 2 gevallen volgde het overlijden zo snel dat de hulp pas na het overlijden arriveerde. Het betrof hier agressieve arrestanten die overleden na cocaïnegebruik.

2. Aanwijzingen voor intoxicatie

Aanwijzingen voor intoxicatie zijn zowel te zien in het gedrag en de motoriek van de persoon als in zijn verklaringen. Zaken als formaat van de pupillen, agressie of juist sufheid, angst of overmoed kunnen eveneens wijzen op intoxicatie en/of ontweningsverschijnselen. Ook de verkenning van de plaats delict of bijvoorbeeld de woning of auto van de persoon kan aanwijzingen opleveren. Zo komt een geval voor waarbij op de plaats delict lege flessen werden aangetroffen. In een ander geval werd de auto van een geïntoxiceerde arrestant onderzocht waarbij afscheidsbrieven werden gevonden. Ook de voorgeschiedenis kan aanwijzingen bevatten.

In 23 gevallen bestonden indicaties van intoxicatie. Daaronder waren 13 van de 15 gevallen waar uiteindelijk intoxicatie als

(waarschijnlijke) doodsoorzaak is aangewezen. In het veertiende geval overleed de persoon vrijwel onmiddellijk na zijn aanhouding, bij het binnenbrengen in het politiebureau. Door het hectische verloop van de aanhouding ontbrak de tijd voor het onderkennen van aanwijzingen. Een vergelijkbare situatie deed zich voor bij het vijftiende slachtoffer. Deze werd geboeid op de plaats delict en overleed direct, naar uit de sectie bleek door cocaïnegebruik.

In 18 van de 23 gevallen waarbij er aanwijzingen waren voor intoxicatie, is door het verzorgend personeel een arts gewaarschuwd. In de 5 gevallen waarin dit niet gebeurde speelden de volgende omstandigheden een rol. In 1 zaak rukte een aangehouden dronken verdachte zich los en kwam onder een trein. In een tweede zaak betrof het een drugsverslaafde die men in de ophoudkamer had geplaatst voorafgaand aan de beslissing of insluiting in een politiecel – en daarmee wegens de kans op intoxicatie een controle door de arts – moest plaatsvinden. De man overleed in de ophoudkamer. Het derde slachtoffer overleed nadat transport naar een geschikt cellencomplex was vertraagd. Medische beoordeling was voorzien na aankomst in het andere cellencomplex.

De vierde zaak betrof een drugsverslaafde die de toegang tot de nachtopvang was ontzegd. Hij veroorzaakte overlast en weigerde zich te verwijderen toen de politie kwam. De agenten dachten dat de betrokkene zich zo gedroeg omdat hij dan in de cel de nacht kon doorbrengen, en hielden hem aan. De werk-instructies lieten ruimte voor het insluiten van personen met een aanwijzing van intoxicatie zonder voorafgaand advies door een arts. De vijfde zaak betrof een drugsverslaafde die was aangehouden wegens het gebruiken van verdovende middelen op straat. Hij verklaarde tijdens de overbrenging dat hij aan een neurologische aandoening leed. Deze opmerking is doorgegeven aan het personeel in het politiecellencomplex. Desondanks is er geen arts gewaarschuwd omdat de ingeslotene een levendige indruk maakte en verklaarde zijn medicatie te hebben ingenomen. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de geldende procedures zijn gevolgd. Deze vierde en vijfde zaak worden besproken in paragraaf 4 van hoofdstuk 4 onder 'Overlijden niet voorkomen'.

Uit het voorafgaande komt naar voren dat indicaties behorend bij een uiteindelijk fatale dosis middelen vrijwel altijd worden herkend, waarna meestal medische hulp wordt ingeroepen.

Advies

29 *Pas de procedures in voorkomende gevallen zo aan dat in gevallen waarbij er indicaties worden gezien dat er middelen met toxische werking zijn ingenomen, direct een arts wordt geraadpleegd. Dit vereist dat de arts bereikbaar is, ook in de nachtelijke uren.*

3. Psychische stoornis

Een psychische stoornis kan bijvoorbeeld worden vermoed als de betrokkene suïcidaal is, zichzelf verwondt, agressief of overmatig angstig is of geestelijk erg labiel. Uit 11 dossiers bleken indicaties voor een psychische stoornis. Deels ging het hier om gedrag dat zowel indicatief is voor intoxicatie als voor een psychische stoornis.

In 4 van de 11 gevallen waarbij een aanwijzing bestond voor een psychische stoornis, overleed de betrokkene door suïcide. In 1 van deze zaken was de indicatie dat een arrestant zich tijdens een verhoor aan zijn hand verwondde, en later zijn hoofd tegen een ruit sloeg. Ook had hij geroepen dat hij er een eind aan zou

maken. Hij werd in een cel met cameratoezicht geplaatst, echter zonder dat de camerabeelden continu werden bekeken. Zie hierover ook hoofdstuk 4, paragraaf 4 onder de kop 'praktijk wijkt af'.

De tweede zaak betreft de zelfdoding van een vrouw na een confronterend verhoor. De indicatie hier was een eerdere zelfdodingpoging, die bij de politie echter niet bekend was. Meer hierover in hoofdstuk 4, paragraaf 4, bij 'overlijden niet voorkomen'.

In het derde geval werd een persoon aangehouden nadat hij met zijn hoofd tegen de ramen van een eerstehulp post van een ziekenhuis stond te bonken. Hij was zeer agressief bij zijn aanhouding. Na aantreffen van afscheidsbrieven in de auto van de arrestant is een arts gewaarschuwd die medisch ingrijpen niet nodig achtte. Zie over het onderzoek van de auto hoofdstuk 4, paragraaf 4, bij 'praktijk wijkt af'.

In het laatste geval was het slachtoffer verward en vervuild aangetroffen en meegenomen naar het bureau om daar te worden onderzocht door een medewerker van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Het vermoeden van een psychische stoornis was hier de aanleiding de betreffende persoon onder de zorg te brengen van de politie.

Opvallend is dat in 2 van de overige dossiers waarbij sprake was van suïcide als doodsoorzaak, niet duidelijk is geworden of er sprake was van indicaties van een psychische stoornis ('onbekend'). Verwacht mag worden dat hiernaar specifiek onderzoek is gedaan, maar daarvoor bevatten de betreffende dossiers geen aanwijzingen. In geen van de 4 gevallen van zelfdoding door een persoon die in een niet-westers land⁴⁷ was geboren, beschikte het verzorgend personeel over indicaties van psychische stoornissen. Gezien de lage aantallen kan het hier om toeval gaan. Het kan ook zijn dat taalbarrières of culturele en/of religieuze aspecten een rol spelen, of dat de zelfdodingen niet waren terug te voeren op een psychische stoornis.

In 5 van de 11 gevallen waarbij aanwijzingen bestonden voor een psychische stoornis, was intoxicatie de doodsoorzaak; hierbij wordt aangetekend dat in 1 geval de suïcide werd uitgevoerd door het innemen van een overdosis en dus sprake is van een dubbeltelling. In de laatste 2 van de 11 zaken waarbij een psychische stoornis werd vermoed, is de doodsoorzaak ondanks sectie niet duidelijk geworden.

Advies

30 *Betrek bij Rijksrechercheonderzoeken naar suïcide altijd de vraag of er aanwijzingen waren voor een psychische stoornis en of het verzorgend personeel deze had kunnen zien. De uitkomst hiervan kan worden betrokken bij de afweging in hoeverre de politie op de hoogte moet zijn van de voorgeschiedenis van personen die onder haar zorg vallen.*

31 *Geef het verzorgend personeel richtlijnen voor het herkennen van psychische problemen bij mensen met een niet-westerse achtergrond.*

32 *Overweeg om bij verschijnselen van psychische aandoeningen naast een psychiater ook een somatisch arts te raadplegen, zeker als de toestand van de betrokkene verslechtert. Daarmee wordt de kans kleiner dat iemand overlijdt door intoxicatie waarvan de verschijnselen zijn aangezien voor een psychische aandoening.*

Zoals gezegd is de grens tussen aanwijzingen voor intoxicatie en psychische stoornis erg moeilijk te trekken. Dit kan een

verklaring zijn voor de relatief omvangrijke rubrieken 'onbekend' in deze categorieën. Bovendien komt uit onderzoek naar voren dat relatief veel aan drugs verslaafde personen ook lijden aan psychische stoornissen die samenhangen met het drugsgebruik (Van Laere en Barends 2002, p. 9).

4-5. Gezondheidsklachten en verzoek om arts door de betrokkene

Onder gezondheidsklachten geuit door de betrokkene wordt verstaan dat deze persoon op enig moment aangaf aanzienlijke pijn of ander ernstig lichamelijk ongemak te ondervinden.

De opmerking dat bijvoorbeeld handboeien onaangenaam zitten, wordt niet gezien als gezondheidsklacht. Van een verzoek om een arts door de betrokkene is sprake als uit het dossier blijkt dat de betrokkene heeft gevraagd om medische hulp die duidelijk door een arts moest worden gegeven. De vraag om een aspirientje valt hierbuiten, al kan die vraag wel duiden op mogelijke gezondheidsklachten.

Uit de dossiers komt naar voren dat in 6 gevallen door de betrokkenen is gevraagd om bezoek door een arts. In alle zaken is het verzoek gehonoreerd. In 3 van deze gevallen had de betrokkene last van afkickverschijnselen en heeft een arts de betrokken personen onderzocht. Uit de onderzoeken zijn geen aanwijzingen naar voren gekomen dat de gegeven medicatie of het onthouden daarvan bijdroeg aan het overlijden.

In 1 geval betrof het de persoon die was neergeschoten door een burger voorafgaand aan zijn aanhouding. Hij klaagde over ernstige pijn en verzocht om transport naar een ziekenhuis.

Enkele minuten hierna werd hij onwel. Het opgeroepen ambulancepersoneel heeft zijn overlijden niet kunnen voorkomen. Pas bij de schouw werd een schotwond gevonden. Een van de andere overleden personen was ingesloten terwijl hij medicijnen gebruikte vanwege een recente zware medische ingreep. Hij is herhaaldelijk onderzocht door artsen en moest op korte termijn overgeplaatst worden naar een penitentiair ziekenhuis. Voordat deze overplaatsing was verwezenlijkt overleed de betrokkene aan een terminale aandoening.

Het zesde geval betrof een kennelijk dronken persoon die ter ontuchtering was ingesloten na een verkeersongeval.

Uit sectie door het NFI bleek dat de betrokkene een hartkwaal had. Dit was niet zichtbaar voor het ambulancepersoneel dat na de aanrijding ter plekke was, en evenmin voor de door het verzorgend personeel geroepen arts. In het ziekenhuis waar de betrokkene uiteindelijk overleed, kon men ook geen diagnose stellen.

6-8. Indicaties en verzoek om arts door personeel

De vraag naar indicaties herkend door personeel is bedoeld om zichtbaar te maken in hoeverre de indicaties zoals deze uit het onderzoek achteraf naar voren zijn gekomen en hiervoor zijn beschreven, ook daadwerkelijk vooraf waren onderkend door het verzorgend personeel. De antwoorden op de vraag of het personeel een arts heeft opgeroepen, verschaft daarbij duidelijkheid over de consequenties die het personeel heeft verbonden aan de onderkenning van de indicatie. In het verlengde van het voorgaande is ook onderzocht of de arts nog voor het overlijden aanwezig was. Uit 28 dossiers komt naar voren dat het verzorgend personeel een of meer indicaties heeft onderkend. In 25 gevallen is een arts gewaarschuwd. Hieronder bevinden zich zaken waar geen aanwijzingen waren

gezien maar de procedures voorschreven dat er een arts moest komen.

Als de (herkenning van) aanwijzingen wordt vergeleken met de belangrijkste doodsoorzaken, ontstaat het volgende beeld. Het blijkt zo te zijn dat er in slechts 4 van de 9 dossiers waarin sprake was van zelfdoding, indicaties zijn gevonden dat er iets mis was met de betrokkenen. Die indicaties bestonden uit aanwijzingen dat de betrokkene een psychische stoornis had (4) en geïntoxiceerd was (3). In 3 van deze 4 gevallen heeft het verzorgend personeel die indicaties ook vooraf onderkend en een arts opgeroepen. Het vierde geval was de zaak waarbij de betrokkene direct na aanhouding voor de trein sprong.

In 13 van de 15 sterfgevallen door intoxicatie bleken gezien de dossiers vooraf aanwijzingen te hebben bestaan. Die zijn door het verzorgend personeel ook herkend, waarna in alle gevallen op 1 na een arts is gewaarschuwd. De aanwijzingen waren verschijnselen van intoxicatie (11), gezondheidsklachten geuit door de betrokkene (2) en gedrag dat kan duiden op een psychische stoornis (5), vooral overmatige agressie en hysterisch gedrag. Het geval waarbij geen arts werd gewaarschuwd betrof een arrestant die moest worden overgebracht naar een ander politiecellencomplex om daar te worden ingesloten. Het transport werd vertraagd waarna betrokkene overleed. Artsbezoek was voorzien bij aankomst in het andere politiecellencomplex.

In alle 9 dossiers van sterfgevallen wegens natuurlijke dood zijn aanwijzingen gevonden; die zijn ook door het verzorgend personeel herkend. Het gaat om vermoedens van intoxicatie (5), klachten van de betrokkene (5) en in 1 geval het niet aanspreekbaar zijn. In 8 zaken is een arts opgeroepen. In de zaak waar dit achterwege bleef, overleed een drugsverslaafde in de ophoudkamer voordat voorgeleiding had plaatsgevonden.

Tabel 12: Herkenning indicaties en doodsoorzaak

Doodsoorzaak	Indicatie(s)		Arts opgeroepen
	achteraf	vooraf	
Suicide (9)	4	3	3
Intoxicatie (15)	13	13	12
Natuurlijke dood (9)	9	9	8

Bron: dossiers Rijksrecherche

9. en 10. Bekendheid voorgeschiedenis bij politiepersoneel, GGD en artsen

De vragen over bekendheid met de voorgeschiedenis zijn bedoeld om inzicht te verkrijgen in de vraag of met deze voorkennis het overlijden wellicht had kunnen worden voorkomen. De medische voorgeschiedenis – voor zover deze in de Rijksrecherchedossiers is terug te vinden – was de zorgverleners veelal niet bekend voorafgaand aan het overlijden. Opvallend is dat de medische voorgeschiedenis soms informatie bevatte die als aanwijzing vooraf zou kunnen worden gezien. Het probleem is dat uit veel dossiers blijkt dat de voorgeschiedenis niet toegankelijk is voor het verzorgend politiepersoneel. Dat geldt niet alleen voor gegevens van de politie – soms heeft het verzorgend personeel beperkt of helemaal geen toegang tot politie-informatie – maar vooral voor medische gegevens. Navraag door verzorgend politiepersoneel bij bijvoorbeeld een afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis strandt vrijwel altijd op het zich

beroepen op het medisch beroepsgeheim. Dan moet eerst de arts worden ingeschakeld en dat kan (te) veel tijd kosten. Artsen hebben vaak evenmin zicht op de medische voorgeschiedenis van de te onderzoeken personen. Ook bij deelname van een geïntoxiceerde arrestant aan een methadonprogramma mist de arts vaak essentiële informatie. Hij is dan afhankelijk van de verklaringen van de betrokkene over inname van methadon en/of andere middelen (Van Laere en Barends 2002, p. 14). Het komt voor dat de arts methadon moet voorschrijven enkel op basis van de verklaringen van een arrestant over zijn middelengebruik – waarbij hij overigens wel een beroep kan doen op landelijke protocollen die onder meer maximale doses en onthoudingstermijnen aangeven. Daarbij komt dat zowel Rijksrechercheurs als arrestantenverzorgers en forensisch artsen het vermoeden uitspraken dat sommige ingesloten verslaafden weten welke klachten zij moeten simuleren om bepaalde middelen voorgeschreven te krijgen.

Een van de geraadpleegde forensische artsen merkte op dat politiekorpsen soms met verschillende contractpartners werken, waarbij informatieoverdracht tussen deze partners niet altijd gewaarborgd is. Een voorbeeld hiervan is de situatie dat de medische zorg (fysieke beoordeling voor insluiting, het verlenen van somatische zorg) is uitbesteed aan een maatschap van artsen, terwijl voor geestelijke gezondheidszorg een gemeentelijke dienst wordt ingeschakeld. Deze organisaties hebben niet altijd kennis van elkaars betrokkenheid bij dezelfde persoon.

Op het gebied van toegang tot medische dossiers is een belangrijke ontwikkeling gaande. Er wordt binnen de gezondheidszorg door het NICTIZ (Nationaal ICT Instituut in de Zorg) gewerkt aan een systeem om zowel voorgeschreven medicatie als een samenvatting van het huisartsendossier online raadpleegbaar te maken voor iedere medicus met een BIG-registratie.⁴⁸ De start van de invoering is voorzien in 2006.⁴⁹ Met dit systeem is – mits ook forensisch artsen toegang krijgen en de benodigde infrastructuur wordt gerealiseerd – de kans groter dat zorgverlenend medisch personeel kennis kan nemen van de medische achtergrond van een persoon onder de zorg van de politie.

Advies

- 33 *Onderzoek de mogelijkheden om politiegegevens over de voorgeschiedenis van arrestanten zoveel mogelijk toegankelijk te maken, zodat het verzorgend personeel eerder beschikt over indicaties vooraf. Koppel politiestystemen bij voorkeur aan de beslissingsondersteunende systemen zoals die in hoofdstuk 4 worden bepleit. Lees dit advies in samenhang met de adviezen 14 en 52.*
- 34 *Onderzoek of de mogelijkheid kan worden geschapen verzorgend politiepersoneel snel van basale medische informatie te voorzien zodat adequaat zorg kan worden verleend. Dit zal wel beperkt moeten blijven tot gevallen die niet kunnen wachten op bezoek door de arts op het bureau. Verlies daarbij niet uit het oog dat politiepersoneel medische kennis ontbeert en oordelen op dit terrein altijd aan medici moet overlaten.*
- 35 *Betrek bij het opzetten en vullen van het hiervoor genoemde door het NICTIZ te bouwen medische systeem naast het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie ook het Forensisch Medisch Genootschap, de overkoepelende instelling van de*

*verslavingszorg, instanties van geestelijke gezondheidszorg en de politie.*⁵⁰

- 36 *Zorg dat in cellencomplexen tijdig de infrastructuur gereed is, zodat de arts beschikbare medische gegevens online kan benaderen.*

3.7 De accommodatie

De rol die de accommodatie heeft gespeeld, is per doods-oorzaak uitgesplitst. Bij suïcidale ingesloten is het van groot belang dat de ruimte waar de persoon verblijft geen gelegenheid biedt tot bijvoorbeeld het aanbrenge van ophangconstructies. Voor de overige gevallen zijn vooral de observatiemogelijkheden en de manier waarop daarvan gebruik werd gemaakt van belang gebleken.

Suicide

In 4 gevallen is zelfdoding gepleegd door verhänging. Hier gaf de accommodatie dus de mogelijkheid een ophangconstructie te maken. In 2 van deze gevallen kwam dit door technische gebreken. In de eerste zaak was de betrokkene, die licht gewond was aan zijn hand en daarvoor medische zorg had ontvangen, geplaatst in een politiecel. De cel had een spoelbak waarin de wartelring rond de verzonken aangebrachte spoelknop van het toilet speling vertoonde. Door het iets losdraaien van de ring kon de ingeslotene door gebruikmaking van zijn rekverband een ophangconstructie maken.

In de tweede zaak heeft de overledene zich aan een lichtbak opgehangen waarvan de beschermkap ontbrak. Het betreffende cellencomplex was niet geschikt bevonden voor het insluiten van arrestanten. De verleende ontheffing strekte niet zover dat de overledene in de betreffende politiecel had mogen worden opgesloten.

In de overige 2 gevallen vormden standaard aangebrachte voorzieningen onderdeel van de ophangconstructie. Een arrestant heeft zichzelf opgehangen in een politiecel waarin een ventilatierooster bereikbaar was. Dat rooster is gebruikt als deel van de ophangconstructie. De andere arrestant stierf in een verhoorruimte. Hij was op straat aangehouden en direct naar deze kamer gebracht voor een eerste verhoor. De verhorende politieambtenaar wilde ruggespraak plegen en verliet de ruimte. De verdachte verhing zich aan het traliewerk voor een raam.

Advies

- 37 *Verwijder alle punten die als ophangconstructie kunnen worden gebruikt in ruimten waar personen worden ingesloten, of maak deze punten duurzaam ontoegankelijk.*
- 38 *Betrek dit bij frequente technische controle van de ruimten. Bij geconstateerde gebreken moeten deze direct worden hersteld en in afwachting daarvan zouden geen personen in deze ruimten moeten worden ingesloten.*

Een persoon is overleden op een politiebureau nadat zij in afwachting van de komst van een psychiater en een somatische arts in een kamer was geplaatst waarop slechts beperkt zicht was. Hier overleed zij aan inwendig letsel dat zij bij een mogelijke poging tot zelfdoding had opgelopen. Bij de overige vier gevallen van zelfdoding is uit de dossiers niet gebleken dat accommodatie een rol kan hebben gespeeld.

Intoxicatie

In 2 van de 15 gevallen waarbij het overlijden waarschijnlijk of zeker is veroorzaakt door intoxicatie, kan de accommodatie een rol hebben gespeeld. In het eerste geval is een verdachte die onder invloed verkeerde van alcohol naar het bureau gebracht met de bedoeling hem in te sluiten in een observatiecel. Bij insluiting waren zowel het camerasysteem als de intercom defect. Daarom werd besloten de betrokkene direct over te plaatsen. Vlak voordat het transport zou plaatsvinden werden de hiervoor verantwoordelijke agenten met een aantal collega's naar een grote calamiteit geroepen. De arrestant bleef achter in de cel en bleek na terugkomst van de betrokken politieambtenaren, ongeveer anderhalf uur later, overleden te zijn.

In het tweede geval was een verdachte ingesloten in een observatiecel die aan alle eisen voldeed. Uit het onderzoek kwam naar voren dat het beeld uit deze cel als een vierde deel van een van de verschillende beeldschermen op de centrale controlepost werd weergegeven. Het kon niet uitgesloten worden dat de hier gepresenteerde beelden daardoor konden worden gemist. Het betreft hier een persoon die bolletjes had geslikt en die gezien de sporen mogelijk in de observatiecel een eerder geslikt bolletje met cocaïne opnieuw heeft ingenomen. Dit zou dan zijn gemist bij het observeren. Daarom is niet uit te sluiten dat de slechte zichtbaarheid van de beelden uit de cel gevolgen heeft gehad.

Natuurlijke dood

Ook in een zaak waarbij een ingeslotene een natuurlijke dood stierf, werd optimale observatie bemoeilijkt door de wijze van presentatie van de camerabeelden. De beeldkwaliteit was zo slecht dat het verzorgend personeel er mogelijk minder gebruik van maakte. Hier is niet gebleken dat dit een rol heeft gespeeld bij het overlijden van de ingesloten persoon, maar het valt niet uit te sluiten dat dit in de toekomst anders kan zijn.

Advies

39 *Bezie of de schermen waarop camerabeelden worden getoond groot genoeg zijn en zo zijn geplaatst dat ze goed afleesbaar zijn. Betrek hierbij de indeling van het controlepaneel. Dat moet de informatie overzichtelijk presenteren. Deze aanbeveling moet worden gelezen in samenhang met de adviezen 44 (beschikbaarheid van voldoende observatiecellen) en 45 (voldoende verzorgend personeel om permanente observatie mogelijk te maken).*

Ongeval

Uit het onderzoek naar het verongelukken van een politieauto kwam naar voren dat de arrestant die daarbij omkwam geen veiligheidsgordel droeg. De auto had in het achtercompartiment geen airbags of andere bijzondere veiligheidsverhogende uitrusting. De kans dat de arrestant het ongeval had overleefd indien wel extra veiligheidsuitrusting aanwezig was geweest, is in dit geval vanwege de ernst van de aanrijding (met als gevolgen zeer ernstige zijwaartse indrukking van het passagierscompartiment en het blootstellen van de inzittenden aan een zeer grote vertraging) waarschijnlijk zeer gering. Bij minder ernstige ongevallen zou dat anders kunnen zijn.

Advies

40 *Vervoer arrestanten bij voorkeur in een auto die ook achterin is voorzien van moderne veiligheidsvoorzieningen. Dit geldt temeer bij inzet van arrestatieteams, aangezien hier voorzien kan worden dat een of meer arrestanten moeten worden afgevoerd en de bijzondere omstandigheden (voorkomen van herkenning, gevaar van bevrijdingsacties) aanleiding kunnen zijn tot snel rijden.*

Medische voorzieningen

In 2 gevallen is bij het aantreffen van een kennelijk levenloze arrestant enige tijd verloren gegaan voordat reanimatie in gang werd gezet. Het personeel moest eerst mondkapjes halen uit respectievelijk een ander deel van het complex en de dienstauto. Uit de dossiers is niet gebleken dat dit tijdverlies heeft bijgedragen aan het overlijden van de betrokken personen. Het is echter niet uit te sluiten dat dit in een toekomstig geval anders is.

Geraadpleegde materiedeskundigen merken op dat andere medische hulpmiddelen niet altijd voorhanden zijn, zoals reanimeermiddelen, een defibrillator of een cardiopomp. Niet al het ingezette personeel is opgeleid voor noodhulpverlening. Een van de geraadpleegde artsen merkt op dat vooral in kleinere politiecellencomplexen een behoorlijke behandelruimte ontbreekt. Onderzoek en hulpverlening vinden daardoor vaak plaats in de cel. Dat maakt de arrestant fysiek moeilijker te onderzoeken: het bed is bij de bezochte politiecellencomplexen laag en tegen een muur van de cel geplaatst, de cel is betrekkelijk klein en vaak minder goed verlicht. Bovendien ontbreekt soms een ruimte waar de betrokken artsen een dossier of journaal van de betreffende arrestant kunnen onderbrengen. Dat bemoeilijkt overdracht van medische informatie. Een van de bezochte complexen beschikt over een artsenkamer met behandelafel en een af te sluiten dossierkast. Hier is ook al de infrastructuur aanwezig voor medici om systemen te bevragen.

Advies

41 *Zorg dat in de onmiddellijke nabijheid van de ruimtes waar personen worden ingesloten alle middelen voor reanimatie, waaronder mondkapjes, beschikbaar en voor het personeel toegankelijk zijn.*

42 *Overweeg al het verzorgend personeel een opleiding Bedrijfshulpverlening (BHV) of EHBO te geven en reanimatiemiddelen zoals een defibrillator ter beschikking te stellen. Zorg ervoor dat het personeel de vaardigheden heeft om die middelen te gebruiken.⁵¹*

43 *Maak waar dat mogelijk is een ruimte vrij voor medische hulpverlening.*

Capaciteit

In 1 dossier komt naar voren dat een politiekorps dat over 3 politiecellencomplexen beschikt en een gebied bestrijkt met veel inwoners en een internationaal verkeersknooppunt, slechts 1 observatiecel heeft. Uit een ander dossier blijkt dat een uiteindelijk overleden arrestant niet in een observatiecel werd geplaatst omdat deze al werd bezet door een andere, suïcidale, arrestant. Ook hier geldt dat in beide zaken niet is gebleken dat dit heeft bijgedragen aan het overlijden van de arrestanten, maar dat dit in de toekomst anders kan zijn. Het algemene beeld komt naar voren dat – afhankelijk van de omvang en opzet van het politiecellencomplex – een minimale

bezetting van 3 personen voor de bewaking en verzorging van ingesloten personen nodig is: 2 personen om de rondes te lopen – zeker als daarbij cellen moeten worden betreden – en 1 persoon om per toerbeurt de wachtpost te bemensen zodat direct op (nood)oproepen uit de cel kan worden gereageerd en het continu aflezen van camerabeelden mogelijk is.

In de praktijk worden vaak slechts 2 personen en wordt soms 1 persoon ingezet in een politiecellencomplex. In voorkomende gevallen moet dan extra inzet worden gevraagd van elders werkzaam politiepersoneel. Een moeilijke factor is de wisselende bezettingsgraad van de cellen, die ook lastig voorspelbaar is. Een constante inzet van 3 personen per politiecellencomplex is een kostbare zaak. Bij de inzet van minder mensen ontstaan bij plotselinge calamiteiten echter duidelijke risico's. Extra personeel is dan niet altijd direct beschikbaar. Bij een van de bezochte cellencomplexen is een regeling getroffen met een aanpalende penitentiaire inrichting – inclusief een binnendoorgang zodat bij calamiteiten snel extra personeel kan worden ingezet. Een ander probleem is dat het moeilijk is voldoende ervaren en opgeleid personeel te vinden. Daarbij kan de waardering van het werk een rol spelen. De arrestantenverzorger heeft binnen de politie lange tijd een lagere status gehad. Uit de verklaringen van bevraagde arrestantenverzoekers, hun leidinggevendenden en forensisch artsen komt naar voren dat zeker in een verder verleden arrestantenzorg wel als een sluitpost werd gezien. De werkzaamheden van arrestantenverzoekers stellen echter bijzondere eisen aan het incasseringsvermogen, de tact en de mensenkennis van het verzorgend personeel.⁵² Een deskundige werkzaam in de arrestantenverzorging vermeldde dat in zijn korps een reorganisatie gaande is, waarbij sprake is van een verlaagde inschaling van sommige functies binnen het proces van verzorging van arrestanten. Dat heeft geleid tot het vertrek van een aantal meer ervaren medewerkers.

Personele tekorten worden soms aangevuld met behulp van particuliere bewakers. Zij hebben minder bevoegdheden dan politiefunctionarissen. Zij mogen bijvoorbeeld geen geweld toepassen anders dan uit noodweer en evenmin insluit-fouilleringen uitvoeren.⁵³ Ze zijn volgens geraadpleegde deskundigen vaak minder ervaren, hebben geen of een verkorte opleiding arrestantenzorg gevolgd en zijn niet altijd goed bekend met de bijzonderheden van het betreffende cellencomplex. Uit 1 dossier is gebleken dat een politiecellencomplex in de nachtelijke uren slechts werd bemest door 1 particuliere bewaker.

Advies

44 *Bekijk of er voldoende observatiecellen zijn. Plaats een ingeslotene die voor plaatsing in een observatiecel in aanmerking komt over naar een ander complex – desnoods buiten de eigen regio – als het eigen korps geen observatiecel beschikbaar heeft.*

45 *Zorg voor voldoende personeel (minimaal 3 personen) zodat de uitvoering van de diverse werkzaamheden en de bereikbaarheid van de bewaking gegarandeerd zijn.*

46 *Onderzoek hoe voldoende personeel kan worden geworven.*

47 *Overweeg de mogelijkheid een pool van politiefunctionarissen te vormen die ervaring hebben met arrestantenzorg en hiervoor ook een behoorlijke opleiding hebben genoten. Hieruit kan dan bij tijdelijke tekorten personeel worden ingeleend.*

3.8 Afdoening

Het volledig beantwoorden van de vraag naar de afdoening blijkt aan de hand van de bij de Rijksrecherche aanwezige dossiers niet mogelijk: de informatie over de uiteindelijke afloop ontbreekt meestal. In 26 van de 37 dossiers ontbreken de brieven van het Openbaar Ministerie over de afdoening.⁵⁴ Voor zover afschriften van de brieven aanwezig zijn, valt op dat de afweging soms zeer uitgebreid wordt verwoord en in andere gevallen wordt beperkt tot de feitelijke mededeling dat geen vervolging wordt ingesteld. Zie hierover ook hoofdstuk 5, paragraaf 5.1, over nazorg aan nabestaanden. Uit de dossiers blijkt dat alle onderzoeken, op 1 na, zijn begonnen als feitenonderzoek. De bedoeling daarvan is om in kaart te brengen welke factoren hebben geleid tot het overlijden van een persoon onder de zorg van de politie. Daarbij wordt de nadruk gelegd op het functioneren van het verzorgend personeel en de functionarissen die de aanhouding hebben verricht of op een andere grond iemand onder de zorg van de politie hebben gebracht. Het feitenonderzoek wordt afgesloten met een proces-verbaal dat naar de officier van justitie wordt gestuurd. Die beoordeelt of sprake is van mogelijk strafbaar handelen door een of meer betrokken functionarissen en of zij moeten worden vervolgd. Soms vraagt de officier van justitie eerst om vervolgonderzoek door de Rijksrecherche, of vindt nadere vraagstelling plaats aan experts (medici, Nederlands Forensisch Instituut). In 9 dossiers heeft de Rijksrecherche een beleidsadvies bij het proces-verbaal gevoegd. In 1 geval is een apart rapport opgenomen ter voorbereiding van het nemen van disciplinaire maatregelen. In 2 andere dossiers blijkt dat het Openbaar Ministerie de korpsleiding van de betrokken personeelsleden heeft geadviseerd disciplinaire maatregelen te treffen. In een van de onderzoeken is een aantal politiefunctionarissen direct als verdachte gehoord. In deze zaak was na aanhouding geweld gebruikt en bestond het vermoeden dat houdingsverstikking een rol had gespeeld. De betrokken ambtenaren zijn buiten verdenking gesteld omdat het sectierapport cocaïnegebruik als enige doodsoorzaak aanwees. Van 1 onderzoek is bekend dat het feitenonderzoek aanleiding vormde tot strafrechtelijk onderzoek. Hierbij werden 2 ambulancemedewerkers verdacht van het in hulpeloze toestand achterlaten van een hulpbehoevende. Het proces leidde tot vrijspraak.

4 Regels en procedures

4.1 Regelstelsel insluiting en politiecellen

In het besluit Ambtsinstructie Politie, de Koninklijke Marechaussee en de buitengewoon opsporingsambtenaar uit 1994⁵⁵ (verder genoemd 'de Ambtsinstructie') (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b) wordt de ingeslotene omschreven als degene die rechtens van zijn vrijheid is beroofd. Onder ingeslotene wordt ook verstaan degene die ten behoeve van de hulpverlening aan hem op het politiebureau is ondergebracht.⁵⁶ Iemand is overigens van zijn vrijheid beroofd vanaf het moment dat hij is aangehouden (Hoekendijk 2006, p. 88-89). De Ambtsinstructie geeft ook aan hoe te handelen als een ingeslotene medische bijstand heeft, hoe en wanneer ingeslotenen gecontroleerd en gefouilleerd moeten worden en wanneer een ingeslotene onder permanente cameraobservatie mag worden gesteld.

In het ministerieel besluit beheer regionale politiekorpsen uit 1994 (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994a) (verder genoemd 'ministerieel besluit') staat de definitie van een politiecellencomplex: 'een in een gebouw te onderscheiden ruimte waarin een of meer gangen met daaraan grenzend een of meer ruimten liggen die worden gebruikt voor het insluiten van personen.'

De minimumvoorzieningen waarop ingeslotenen recht hebben zijn volgens het besluit: slaapgelegenheden, eten en drinken in overeenstemming met medische, levensbeschouwelijke of godsdienstige eisen, sanitaire voorzieningen, noodzakelijke medische zorg en informatie over de gang van zaken in het cellencomplex. Daarnaast wijst het besluit de volgende verantwoordelijken aan voor het treffen van nadere regelingen.

- De korpsbeheerder treft een regeling met regionale artsen voor de medische zorg en hij zorgt voor regelingen over roken, ontspanning, telefoneren en ontvangst van bezoek. De korpsbeheerder is ook verplicht overlijdensgevallen en pogingen tot zelfdoding te melden aan het Openbaar Ministerie en schriftelijk rapport uit te brengen aan de ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en van Justitie. Hij zorgt voor de aanstelling van een politieambtenaar die de leiding heeft van het politiecellencomplex en het toezicht op ingeslotenen. Ook moet hij zorgen voor werkinstructies voor het personeel belast met de zorg voor ingeslotenen. De korpsbeheerder is verder verantwoordelijk voor de instelling van een regionale commissie van toezicht (zie onder 4.2).
- De ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en van Justitie maken regels over inrichting van een politiecellencomplex en over de registratie van gegevens over ingesloten personen. Verder stellen zij een modelrapport vast voor het melden van overlijdensgevallen en pogingen tot zelfdoding. Uit het bovenstaande volgt dat het besluit vereist dat er verdere regels moeten worden gemaakt. De ministers hebben deze vastgelegd in een regeling uit 1994.⁵⁷ Deze wordt hier verder aangeduid als 'de landelijke regeling politiecellencomplexen'.

De korpsbeheerders moeten diverse onderwerpen binnen het eigen korps nader regelen. Het besluit stelt geen bijzondere

eisen aan de inhoud van die regelingen. Dit heeft geleid tot een niet uniform stelsel van regels, die elkaar soms aanvullen, soms overlap hebben met landelijke regels en – zoals later zal blijken – hier niet altijd mee stroken. Deze regelingen worden verder aangeduid als 'regionale reglementen', 'regionale voorschriften' of 'regionale werkinstructies'.

De regels die van toepassing zijn op personen die niet worden ingesloten, worden hier niet afzonderlijk besproken.

De beschreven sterfgevallen van personen die niet waren ingesloten vonden plaats onder wel zeer uiteenlopende omstandigheden. Als hier regels of procedures een rol speelden worden deze hieronder in hoofdstuk 4, paragraaf 4 onder 'casuïstiek' behandeld.

4.2 Controlerende instanties

Er bestaan formeel 2 specifieke regimes voor controle van of toezicht op politiecellencomplexen. Daarnaast zijn er nog instanties met een algemene bevoegdheid in het veld actief. Het eerste specifieke regime staat beschreven in artikel 13, tweede lid van de landelijke regeling politiecellencomplexen. Hier staat dat een politiecellencomplex eenmaal in de 5 jaar wordt gecontroleerd. Die controle moet gezien de Politiewet worden uitgevoerd door Rijksrechercheurs.⁵⁸ Als het complex niet aan de gestelde eisen voldoet worden er geen personen in opgesloten.⁵⁹ De (fungerend) hoofdofficier van justitie verleent een eventuele ontheffing uit naam van de procureur-generaal van het gerechtshof van het ressort waaronder het politiecellencomplex valt.⁶⁰

De mogelijkheid van een ontheffing bestaat alleen voor het ontbreken van een luchtruimte of de aanwezigheid van een te kleine luchtruimte, het ontbreken van lichtopeningen en verlichting van voldoende sterkte, een verwarmings- of ventilatiesysteem met lagere capaciteit dan de norm, of een bed dat korter is dan 2,10 meter.

Artikel 13, tweede lid, is een dode letter. De vijfjaarlijkse controles worden al jaren niet meer door de Rijksrecherche uitgevoerd.⁶¹ De in 1997 vastgestelde inzetcriteria voor de Rijksrecherche voorzagen al in de overdracht van deze taak.⁶² Vanaf dat moment is de Rijksrecherche, in overleg met de procureur-generaal, door haar directie aangestuurd deze inspecties niet meer te verrichten.⁶³ In 2000 informeerde de minister van Justitie de Tweede Kamer over zijn voornemen de inspectietaak ook formeel weg te nemen bij de Rijksrecherche. Daarbij wees de minister erop dat de Rijksrecherche deze taak 'niet of nauwelijks' meer uitvoert en dat de periodieke controle op termijn kan vervallen wanneer het hierna te bespreken tweede toezichtregime op politiecellencomplexen in werking is getreden.⁶⁴ In de huidige inzetcriteria is de periodieke inspectie van politiecellencomplexen al niet meer opgenomen.⁶⁵

Kennelijk bestaat er onduidelijkheid over wie politiecellencomplexen periodiek inspecteert.⁶⁶ Dit is ongewenst. Er kan niet worden uitgesloten dat bij sommige korpsen al sinds ongeveer 1997 deze taak niet meer of slechts gedeeltelijk is uitgeoefend. Deze situatie draagt gevaar in zich en zou dus zo snel mogelijk moeten worden beëindigd.

De tweede specifieke regeling is opgenomen in het ministerieel besluit. Artikel 16a regelt de instelling en de taken van de regionale commissies van toezicht ten behoeve van de politiecellencomplexen. Deze commissies moeten aan de volgende eisen voldoen.

- Ze kennen minimaal 3 en maximaal 12 onafhankelijke leden.
- Ze moeten minstens toezicht houden op de huisvesting, de veiligheid, de verzorging en de bejegening van ingeslotenen in de politiecellencomplexen.
- Ze moeten jaarlijks rapporteren aan de korpsbeheerder.
- Ze moeten gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan de korpsbeheerder.
- Ze kunnen worden belast met het behandelen van klachten.

De korpsbeheerder bepaalt zelf de bevoegdheden van de commissies voor deze taken, de samenstelling, de te volgen werkwijze en de wijze van benoeming en ontslag van leden. Deze vrijheid is wel begrensd. Bij de samenstelling moet de korpsbeheerder rekening houden met de benodigde maatschappelijke en bestuurlijke deskundigheid en ervaring van de leden. De korpsbeheerder moet jaarlijks rapporteren aan de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties over de bevindingen en werkzaamheden van de regionale commissie van toezicht. De eerste regionale commissie van toezicht is in 1988 in Amsterdam opgericht, na de dood van kraker Hans Kok. De meeste commissies zijn rond de eeuwwisseling ingesteld. De laatste regionale commissie van toezicht is in 2004 samengesteld en is na een korte inwerkperiode aan haar werk begonnen, waarmee in 2005 landelijke dekking is bereikt.⁶⁷ De reikwijdte van de bevoegdheden van de commissies varieert overigens per korps, net als de wijze waarop de onafhankelijkheid is gewaarborgd.⁶⁸

Ten slotte zijn er instanties met een algemene bevoegdheid die ook raakt aan politiecellencomplexen: brandweer (beoordeling brandveiligheid, ontruimingsplan, beschikbare nooduitgangen, stellen van brandwerende eisen), gemeenten (afgifte bouw- en gebruikersvergunning) en GGD (medische en hygiënische aspecten). Hier is ook specialistische kennis aanwezig van deelaspecten die samenhangen met de gang van zaken rond politiecellencomplexen. Expertise is waarschijnlijk ook aanwezig bij de Onderzoeksraad voor de Veiligheid.

Advies

48 Regel welke instantie zich gaat bezighouden met de periodieke controle op politiecellencomplexen. Besteed daarbij aandacht aan de volgende punten.

- *De onpartijdigheid van onderzoek naar sterfgevallen in politiecellen door de Rijksrecherche is niet gediend met een periodieke inspectie van die cellen door diezelfde Rijksrecherche. Het onderzoek kan zich richten op de vraag of wel terecht is gesteld dat een cel voldoet aan de eisen – en dus op het optreden van de Rijksrecherche.*
- *De minister van Justitie heeft in de Tweede Kamer uitgesproken dat het voornemen bestaat de periodieke controles over te laten aan de regionale commissies van toezicht op politiecellen. Deze commissies krijgen dan eveneens een ‘pettenprobleem’: zij worden verantwoordelijk voor het keuren van een complex waarop zij ook vanuit een onafhankelijk perspectief toezicht moeten houden. Wellicht kunnen de commissies van toezicht een gelijksoortige positie krijgen als de oudercommissies in de huidige Wet kinderopvang. Die commissies hebben adviesrecht waarvan de leiding alleen met een schriftelijke motivatie kan*

afwijken. Bij sterfgevallen waarbij de accommodatie een rol kan hebben gespeeld, kan de Rijksrecherche de adviezen en de motivatie voor eventuele afwijking door de korpsbeheerder onderzoeken. Deze constructie benadrukt dat de korpsbeheerder de eindverantwoordelijke is voor het politiecellencomplex.

- *Als alternatief kan de periodieke controle worden overgelaten aan de gemeentelijke dienst voor bouw- en woningtoezicht. Deze heeft de benodigde expertise. De commissies van toezicht kunnen de resultaten dan bij hun werkzaamheden betrekken.*
- 49 Stem zoveel als mogelijk de opzet, taken en bevoegdheden van de regionale commissies van toezicht op elkaar af en richt een centraal aanspreekpunt op.*

4.3 Algemeen beeld

Uit de onderzochte dossiers en de daarin opgenomen documenten komt naar voren dat regels en procedures vaak zeer uitgebreid zijn. Kennelijk bestaat binnen de korpsen de neiging tot ‘dichtregelen’. Gezien de grote belangen is dit begrijpelijk. Regels en procedures zijn de uitkomst van een complexe afweging, waarbij uiteenlopende zaken als medische, bouwkundige en gedragsfactoren en wettelijke minimumeisen meespelen. Die moeten ook nog eens worden afgezet tegen een realistisch beroep op beschikbare middelen. Daarbij komt nog het risico van schadeclaims door nabestaanden of andere belanghebbenden.

Dichtregelen is echter ook gevaarlijk. Zeer gedetailleerde regelingen kunnen schijnveiligheid scheppen. Dat kan leiden tot het beeld dat de risico's minimaal zijn zolang alle regels maar letterlijk worden gevolgd. Gezien de gesteldheid en creativiteit van veel personen onder de zorg van de politie is dat een gevaarlijke aanname. Een persoon die bolletjes heeft geslikt, geen symptomen heeft en conform de instructies wordt ingesloten, kan enkele uren later in grote lichamelijke nood komen – zeker als hij de bolletjes opnieuw inneemt. Een suïcidale arrestant die enkele dagen in een cel doorbrengt kan meer middelen voor en manieren van zelfdoding verzinnen dan iemand die regels en procedures opstelt of belast is met toezicht.

Voorbeelden daarvan zijn te vinden in 2 van de dossiers. In de werkinstructies zijn hier lange lijsten opgenomen van zaken die een arrestant moeten worden afgenomen voor insluiting. De voor de suïcide gebruikte hulpmiddelen staan hier niet op. Een lange lijst kan juist door zijn lengte een eigen leven gaan leiden. De indruk wordt gewekt dat de opsomming uitputtend is: als een voorwerp niet op de lijst voorkomt, hoeft het ook niet te worden afgenomen. Een algemene omschrijving dwingt het personeel zelf een afweging te maken. Deze kan desnoods met een klein aantal voorbeelden worden aangevuld, zodat duidelijk is dat het slechts om een richtsnoer gaat.⁶⁹ Ingewikkelde beschrijvingen leiden ook eerder tot interpretatieverschillen – en daarmee tot handelen in afwijking van wat werd bedoeld. Ook hiervan is in de onderzochte dossiers een voorbeeld aangetroffen. In de werkinstructie staat kort gezegd dat openen van een celdeur, en in het verlengde daarvan de voorgeschreven controle aan het lichaam, slechts is toegestaan als minstens 2 leden van het verzorgend personeel aanwezig zijn. Het woord ‘aanwezig’ leidde tot een misverstand. Het personeel verkeerde in de veronderstelling dat de tweede persoon fysiek in de cel aanwezig moest zijn. De leidinggevende verklaarde dat bedoeld werd dat de eerste persoon de tweede per portfoon moet kunnen oproepen en

dat deze persoon zich dan in het politiecellencomplex moet bevinden. Zou deze laatste versie zijn gevolgd, dan zou controle aan het lichaam hebben plaatsgevonden en was wellicht eerder duidelijk geworden dat de betrokkene in een slechte lichamelijke toestand verkeerde. Overigens wordt opgemerkt dat acceptatie van deze lezing van de leidinggevende betekent dat verzorgend personeel zonder toezicht alleen bij een arrestant op de cel kan zijn. Dat brengt weer andere risico's met zich mee, zoals mishandeling van beide partijen of (seksueel) misbruik, of klachten hierover. Dat is weer de reden waarom het voor het personeel van een ander korps expliciet verboden is om alleen de cel van een ingeslotene te betreden.

Uitgebreide regels vergroten ook de kans op tegenstrijdigheden. Zo schrijft een aangetroffen werkinstructie voor dat voorafgaand aan insluiting altijd een insluitfoullering plaatsvindt. Dezelfde werkinstructie geeft echter ook regels over ingeslotenen die niet zijn onderworpen aan een insluitfoullering. Dat is tegenstrijdig en wekt de suggestie dat insluitfoullering kennelijk achterwege kan blijven. De materie leent zich niet altijd voor 'uit het hoofd leren'. Daarom is het nodig dat regels ook in de hectiek van de praktijk duidelijk zijn, gemakkelijk zijn toe te passen en snel toegankelijk zijn. Daarbij moeten de situatie en het opleidingsniveau van de gebruiker van de regelingen – het verzorgend personeel – voorop worden gesteld. Het personeel moet soms in korte tijd zeer moeilijke afwegingen maken. Te gedetailleerde regels dwingen het personeel dan soms om voorschriften te overtreden. In enkele dossiers zijn stroomschema's aangetroffen die de toepassing van de regels en procedures vergemakkelijken, maar die zijn niet overal beschikbaar. Een nadeel van dergelijke schema's is dat het bij aanpassing zeker moet zijn dat oude in omloop zijnde exemplaren worden ingenomen en de nieuwe worden gebruikt.

In het openbaar bestuur is het niet ongebruikelijk dat medewerkers die een ingewikkelde procedure moeten toepassen, hierin worden begeleid door een geautomatiseerde beslisthulp. Via een systeem van vraag en antwoord wordt de ambtenaar dan aan de hand van de gegevens van het concrete geval door de procedures geleid. Regels die niet van toepassing zijn, blijven zo buiten zicht. Bijkomend voordeel is dat wijzigingen slechts één keer op centraal niveau in het systeem hoeven te worden verwerkt, zodat de praktijk direct wordt aangepast aan de gewijzigde regels, procedures en nieuwe inzichten. Een kwetsbaar punt is dat het systeem moet aansluiten op de praktijk en dus moet worden gemaakt samen met de personen die het gaan gebruiken. Bovendien moet het beheer goed zijn geregeld.

Advies

50 *Gebruik zoveel mogelijk regelgeving die op één centraal punt wordt gemaakt en bijgehouden. Aanpassing aan de hand van de praktijk kan dan ook centraal plaatsvinden, zodat geen tijdverlies optreedt en landelijk uniforme toepassing wordt bereikt. Maak hiertoe gebruik van de modelregelingen zoals deze door de Werkgroep Arrestantenzorg zijn opgesteld.*

51 *Neem hogere regelgeving waar nodig integraal over in lagere, en integreer meerdere regelingen op gelijk niveau tot één regeling. Daardoor zijn de regels beter toegankelijk voor het verzorgend personeel.*

52 *Voer een geautomatiseerde beslisthulp in, zodat bij een intake aan de hand van een beperkt aantal vragen alleen de relevante bepalingen van werkinstructies en/of beleidsinstructies worden doorlopen. Regel het maken en het onderhouden van dit systeem centraal.*

53 *Maak regels en procedures kort en overzichtelijk. Maak daarbij geen gebruik van lange opsommingen en gedetailleerde formuleringen. Er zal een prikkel moeten blijven voor toezienend personeel de eigen verantwoordelijkheid en inzichten te gebruiken. Daarvoor moeten de regels ook ruimte laten. Bied wel richtlijnen aan.*

54 *Geef het personeel dilemmatrainingen, waarbij situaties worden nagebootst die een moeilijke afweging vereisen. Bespreek de uitkomsten met elkaar en met de regionale commissies van toezicht, en pas de werkwijze indien nodig aan.*

55 *Beperk de inhoud van decentraal uitgevaardigde werkinstructies tot feitelijkheden die met de bijzonderheden van de locatie te maken hebben, zoals wie te bellen bij een technisch defect, aanwijzingen voor de bediening van apparatuur en dergelijke.*

Er wordt nadrukkelijk niet voor gepleit de regels en de procedures over het toezicht op ingeslotenen in algemene zin verder te verscherpen. Dit leidt tot een (nog) hogere werk- en regeldruk, en er is een grens aan de hoeveelheid informatie die kan worden verwerkt.

4.4 Casuïstiek

Praktijk wijkt af

Een aantal dossiers bevat aanwijzingen dat de gevolgde werkwijze afwijkt van de geldende regels. Zo bleek uit de dossiers en bij bezoeken aan politiecellencomplexen dat het personeel soms alle cellen met camera-toezicht omschrijft als observatiecel. Er worden echter meer eisen gesteld aan een observatiecel dan slechts de aanwezigheid van een camera. De landelijke regeling politiecellencomplexen eist een vlakke vloer, en er mag geen meubilair in staan.⁷⁰ In 3 van de dossiers voldeden de door het personeel als observatiecel aangeduide ruimten niet aan deze eisen. Deze praktijk kan ertoe leiden dat personen ten onrechte worden ingesloten in cellen die geen observatiecel zijn. De eerder uitgesproken verwachting dat isoleercellen, dronkencellen en cellen met cameratoezicht geen apart bestaansrecht meer zouden hebben, lijkt vooralsnog niet overal realiteit te zijn geworden (Blaauw c.s. 2002, p. 113-115). De hier gesignaleerde begripsvervaging is doorgedrongen in een regionaal reglement en de bijbehorende regionale werkinstructie. Het reglement stelt: 'Geïntoxiceerde arrestanten worden met toestemming van de hulpofficier van justitie ingesloten in een observatiecel en indien hiertoe aanleiding bestaat in een isoleercel. Over de aanwezigheid van een camera in de cel wordt de arrestant vooraf geïnformeerd.' Deze regel is vertaald in de werkinstructie als 'tevens kan op last van de officier en/of GGD-arts, besloten worden tot (tijdelijke) plaatsing in een observatie-/cameracel'. Hier wordt duidelijk geen onderscheid meer gemaakt tussen een observatiecel en een cel uitgerust met camera. Dat is ook niet verwonderlijk als wordt gezien wat in het regionale reglement onder een observatiecel wordt verstaan: 'Een cel waarvan de deur is voorzien van een venster waardoor extra toezicht kan worden gehouden op de ingeslotene en waarin met behulp van

een camera aangesloten op een monitor, voortdurend kan worden gecontroleerd door de arrestantenverzorger en/of degene die is belast met plantondienst'. Deze eisen strekken minder ver dan de omschrijving in de nationale regeling politiecellencomplexen. Het reglement bevat geen definities van isoleercel of cameracel. Bovendien suggereert de werk-instructie dat ook de GGD-arts kan bevelen dat een ingesloten naar de observatiecel gaat. Het reglement geeft deze bevoegdheid alleen aan de hulpofficier van justitie. Dat laatste is in overeenstemming met de (landelijke) ambtsinstructie.⁷¹ Zoals ook in paragraaf 3.4. is besproken heeft de arts hier alleen een adviserende rol.

Advies

- 56 *Breng reglementen en werkinstructies in overeenstemming met de landelijke regeling en de ambtsinstructie. Neem bij overlap de inhoud van de hogere regelingen integraal over in de lagere.*
- 57 *Doordring het verzorgend personeel van de verschillen tussen een observatiecel en een cel die weliswaar cameratoezicht biedt, maar niet als observatiecel kan worden aangemerkt.*

Verder is er niet altijd voldoende personeel om permanente observatie mogelijk te maken. In 1 zaak blijkt dat de camera's in de observatiecel zijn aangesloten op een monitor in de wachtkamer. Die wachtkamer is regelmatig niet bemenst, zodat de beelden niet altijd worden afgelezen. In dit complex met meer dan 30 cellen moeten regelmatig 2 personen, en moet tijdens nachtdiensten zelfs maar 1 persoon alle werkzaamheden verzorgen: zaken als insluiten, rondbrengen van eten en drinken, nemen van vingerafdrukken, verzorgen van de insluitfoullering enzovoort. Weliswaar geven de werkinstructies het personeel de mogelijkheid om extra inzet te vragen, maar die is niet altijd gegarandeerd. Hier staan de vereisten van efficiënt werken en kostenbesparing tegenover eisen aan de kwaliteit van de zorg. Dat de beelden niet altijd continu worden afgelezen bleek ook bij een bezoek aan een politiecellencomplex in het kader van het onderzoek voor dit rapport. Bij andere bezochte complexen was het doorlopend aflezen wel gegarandeerd.

Advies

- 58 *Realiseer een meldingsprocedure aan de regionale commissie van toezicht voor medewerkers die bij herhaling tekortkomingen in de zorgverlening constateren, bijvoorbeeld omdat wegens personeels-tekort permanente observatie niet mogelijk is. Hiervoor zou binnen de commissie een vertrouwenspersoon kunnen worden aangewezen die de bewering verifieert bij de leiding.*
- 59 *Als permanente observatie niet mogelijk is, dient de persoon die in de observatiecel moet worden geplaatst te worden overgeplaatst of overgedragen te worden aan een ander zorgkader.*

Een onderzocht dossier betrof een arrestant die was ingesloten op een wijze die strijdig is met de procedures. De insluitfoullering was achterwege gelaten. Daarom was zijn sjaal niet ingenomen. De sjaal werd gebruikt als ophangconstructie. In 2 zaken is wel een insluitfoullering uitgevoerd maar zijn achtereenvolgens een potje en doordrukstrips met pillen over het hoofd gezien. Deze middelen hebben de arrestanten in één keer zonder toezicht kunnen innemen. Uit de secties bleek dat het innemen van deze middelen niet bijdroeg aan de dood van

de arrestanten. Het innemen van middelen in de cel zonder dat voorafgaand aan de insluiting is overlegd met een arts, is echter een potentieel risico. Bij bezit van medicijnen moet dan ook een arts worden geraadpleegd.⁷²

Zoals eerder is aangegeven is 1 andere arrestant overleden doordat hij voor zijn aanhouding middelen had ingenomen met de kennelijke bedoeling zichzelf te doden. Deze persoon werd ingesloten na agressief gedrag, waarna zijn auto werd onderzocht. Bij dat onderzoek werden geen restanten van de ingenomen middelen gevonden. De volgende dag kwamen familieleden van de uiteindelijk overleden arrestant de restanten van de middelen aan het bureau afgeven. Zij hadden die in de vrijgegeven auto aangetroffen. Uit het dossier is niet gebleken aan welke eisen het onderzoek had moeten voldoen en hoe het is uitgevoerd.

In 1 onderzoek kwam naar voren dat de procedures niet voldoende bekend waren bij het verzorgend personeel. Het kostte de medewerkers moeite het protocol te vinden dat voorziet in de instructie voor het waarschuwen van een arts. Uit het feitenonderzoek kwam verder naar voren dat bij het inschakelen van een arts aanvankelijk het verkeerde nummer was gebeld, waardoor moest worden ingesproken op een antwoordapparaat. Dat heeft de medische hulpverlening verder vertraagd.

Bij het verongelukken van een politieauto kwamen 2 punten naar voren waarin is afgeweken van de voorgeschreven werkwijze. De snelheid was hoger dan gerechtvaardigd en de arrestant droeg geen gordel.

Overlijden niet voorkomen

Het geval van de ingeslotene die zichzelf heeft gewurgd met een hoofddoek wordt hier nader besproken. Van haar waren bij de politie geen aanwijzingen bekend dat zij suïcidaal was. Uit de verhoren met het verzorgend personeel komt naar voren dat er door de taalbarrière nauwelijks sprake was van contact. De politieambtenaren die de betrokkene hebben verhoord verklaarden unaniem nooit verwacht te hebben dat de betrokkene suïcide zou plegen. Zij werd dan ook niet in een observatiecel geplaatst of anderszins scherper gecontroleerd dan gewoonlijk.

De vrouw pleegde zelfmoord kort nadat zij op confronterende wijze was verhoord over het ernstige misdrijf waarvan zij werd verdacht. Er blijkt niet uit het dossier dat een afscheidsbrief is gevonden, zodat er geen zekerheid bestaat over haar motieven. Uit een aanvullend onderzoek door de Rijksrecherche naar dit sterfgeval is uiteindelijk gebleken dat zij een behandelings-traject heeft doorlopen wegens een eerdere poging tot zelfdoding. Die poging stond in direct verband met het misdrijf waarvoor zij ingesloten was en waarover het verhoor ging. Dit was bij de politie niet bekend. Nergens is uit het dossier gebleken dat de procedures voorzien in onderzoek naar de psychosociale voorgeschiedenis van een verdachte. Dit is overigens gezien de bestaande afscherming van dit soort gegevens ook zeer moeilijk.

Advies

- 60 *Het zou mogelijk moeten zijn, voorafgaand aan de beslissing of een verdachte wel of niet aan een sterk confronterend verhoor moet worden onderworpen, na te gaan of deze persoon onder behandeling staat of heeft gestaan wegens psychische problemen. De politie zou na toestemming van de officier van justitie medisch*

advies moeten vragen, al dan niet ter toetsing van de verklaringen van de betrokkene hierover. Hier zal een afweging moeten worden gemaakt tussen de belangen van bescherming van medische gegevens, de veiligheid van de betrokkene en het strafrechtelijk onderzoek. De adviesaanvraag kan aan een forensisch arts worden gedaan. Deze kan dan samen met de behandelaar de zaak bezien en advies uitbrengen. Daarmee is de medische geheimhoudingsplicht zoveel mogelijk beschermd en is toch informatie beschikbaar voor het maken van een afweging.

Bij een ander geval van zelfdoding werd als middel een brillenglas gebruikt. De werkinstructie van het betreffende korps geeft met zoveel woorden aan dat een bril niet mag worden ingenomen. Ook hier is het lastig achteraf te oordelen over de gemaakte afweging tussen humanitaire overwegingen en het minimaliseren van risico's. In een eerdere publicatie wijst ook Blaauw op de grenzen aan datgene wat een arrestant kan worden afgenomen. Daardoor bestaat altijd een risico dat een voorwerp als een bril maar ook kleding of beddengoed worden gebruikt als hulpmiddel voor zelfdoding (Blaauw 2001, p. 42-43). Het personeel had in deze zaak overigens geen concrete indicaties dat de betrokkene suïcidaal was, maar hield hem wel in de gaten wegens de ernst van het misdrijf waarvan hij werd verdacht.

Het derde hier te bespreken geval betreft de insluiting van een patiënt met een neurologische aandoening. Hij had drugs gebruikt. De regionale werkinstructie schreef – overeenkomstig de Ambtsinstructie – voor dat insluiting in een observatiecel alleen mag als 'sprake is van een zodanige dreiging van het gevaar voor het leven of de veiligheid van de betrokkene dat observatie noodzakelijk is'. Hoe moet worden bepaald dat sprake is van een dreiging, wordt overgelaten aan het verzorgend personeel. Het latere slachtoffer was bij insluiting scherp en helder en maakte geen zieke indruk. Uit het dossier komt niet naar voren of het politiepersoneel heeft beoordeeld of de combinatie van geconstateerd drugsgebruik en het eerder die avond door de overledene innemen van medicijnen tegen de symptomen van zijn neurologische aandoening, gevaar inhield voor de betrokkene. Wel wordt duidelijk dat het personeel de inschakeling van een arts voorafgaand aan de insluiting nooit heeft overwogen. Dit had gezien de inhoud van de landelijke Ambtsinstructie wel voor de hand gelegen.⁷³ Bovendien zijn de verzorgers zonder meer uitgegaan van de waarheid van de verklaringen van de betrokkene over het innemen van zijn medicijnen. Het slachtoffer was verslaafd en heeft herhaaldelijk gemeld deel te nemen aan een ontwenningprogramma. Hij werd echter opgepakt na en vanwege openbaar harddruggebruik. Dat staat op gespannen voet met zijn verklaringen over afkicken. Uit de sectie bleek dat hij overleed aan een overdosis heroïne, ingenomen kort voor het overlijden. De medicijnen tegen zijn ziekte had hij al geruime tijd niet meer ingenomen. Ook uit een ander dossier blijkt dat een persoon werd ingesloten zonder voorafgaand medisch onderzoek terwijl bekend was dat hij drugs had gebruikt. De regionale werkinstructie gaf ook hier het verzorgend personeel de vrijheid in dergelijke gevallen al dan niet eerst een arts te consulteren.

Advies

61 *Doordring het verzorgend personeel ervan dat het de medische kennis mist om de uitwerking van drugsgebruik – zeker in*

combinatie met medicijnen – te beoordelen. Overleg bij vermoeden van drugs- en/of medicijngebruik, voordat insluiting plaatsvindt, altijd telefonisch met de arts. Deze kan dan bepalen of en wanneer hij de betrokkene moet onderzoeken.

62 *Betrek bij Rijksrechercheonderzoeken altijd de vraag of door het verzorgend personeel een redelijke afweging is gemaakt – vooral daar waar de procedure onduidelijk is, beoordelingsruimte laat of bevoegdheden niet duidelijk toekent aan specifieke functionarissen. Breng beleidsadvies uit als onvolkomenheden in de procedures of de naleving ervan worden ontdekt. Dit beleidsadvies moet worden gelezen in samenhang met de hiervoor gegeven adviezen 50-55 en het tekstgedeelte over de gevaren van te gedetailleerde regelgeving.*

63 *De inhoud van instructies, en de overwegingen die tot de vaststelling ervan hebben geleid, zouden in voorkomende gevallen eveneens onderwerp van onderzoek door de Rijksrecherche moeten zijn.*

Geen aanwijzing verantwoordelijke

Uit enkele dossiers blijkt dat het voor het verzorgend personeel soms onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor een persoon onder de zorg van de politie. In één zaak komt naar voren dat de betrokken medewerkers niet duidelijk weten wie waartoe bevoegd is. Het gaat hier om de rol van coördinator van een politiecellencomplex, die op zijn beurt weer werd aangestuurd door de centrale meldkamer van het korps. Nergens was formeel vastgelegd wie de eindverantwoordelijke was voor de betreffende arrestant. Ook voor de betrokken medewerkers en hun ondergeschikten was dit onduidelijk. Dit kan een rol hebben gespeeld bij het feit dat de arrestant, terwijl het verzorgend personeel plaatsing in een observatiecel nodig vond wegens intoxicatieverschijnselen, zonder toezicht in een cel is geplaatst. In een tweede geval blijkt dat een personeelslid door de leiding als verantwoordelijke werd gezien voor personen in de ophoudkamer, terwijl dit formeel niet zo was. De betreffende functionaris moest zicht houden op wat in de ophoudkamers voorviel, en indien nodig de verbalisanten of degenen waarschuwen die het onderzoek naar de in de ophoudkamers ingesloten persoon uitvoerden. Hij was echter niet geïnformeerd over wie deze personen waren. Zijn formele rol bleef bovendien beperkt tot het houden van toezicht op personen ingesloten in de observatiecel van het politiecellencomplex, die zich in een ander gedeelte van het gebouw bevindt. De later overleden persoon, van wie bij zijn aanhouding was aangenomen dat hij onder invloed van alcohol verkeerde, verbleef vervolgens gedurende de gehele ochtend en een deel van de middag in de ophoudkamer. Aanvankelijk werd niet gereageerd op zijn opmerkingen over lichamelijke klachten en medicijngebruik. In de middag werd de betrokkene die naar later bleek een hartaandoening had, onwel en overleed enkele uren later in het ziekenhuis. Uit de gesprekken met materiedeskundigen komt het beeld naar voren dat personen die in ophoudkamers zijn geplaatst soms onder arrestantenzorg vallen, en soms onder de zorg van het verbaliserend personeel.

Advies

64 *Verdeel de werkzaamheden zo dat duidelijk is wie wanneer verantwoordelijk is voor welke personen onder de zorg van de politie. Een hulpmiddel daarbij kan zijn dat het proces van onderzorgstelling tot ontslag in kaart wordt gebracht. Daarbij*

wordt dan benoemd in welke ruimten of vervoermiddelen een persoon tijdens de verschillende fasen van het proces verblijft. Hieraan kan dan worden gekoppeld het overzicht van welke functionaris waarvoor verantwoordelijk is. Breng daarbij in een zo vroeg mogelijk stadium een scheiding aan tussen de processen opsporing en handhaving openbare orde en het zorgproces. Zie ook advies 27.

Overdracht binnen de politie

Een riskante situatie deed zich voor toen in een politiecellencomplex de wacht moest worden overgedragen. De bewaking was in handen van 1 medewerker van een particuliere bewakingsdienst. Die kon indien nodig assistentie vragen. De nachtwaker zou in de vroege ochtend worden afgelost door een collega, die meteen een voor het complex nieuwe medewerker moest inwerken. De collega was te laat, waarna de wacht is overgedragen aan de wel bijtijds gearriveerde nieuwe bewaker. Zo kwam de bewaking van het complex geheel in handen van een bewaker die hier nog nooit dienst had gedaan, terwijl men het kennelijk nodig had gevonden om hem eerst onder ervaren begeleiding in het complex in te werken. Ofschoon niet is gebleken dat dit heeft bijgedragen aan het overlijden van een arrestant rond datzelfde tijdstip, moeten er vraagtekens worden geplaatst bij deze werkwijze. Er lijken aanzienlijke risico's aan verbonden, vooral als zich een calamiteit voordoet.

Ook in een ander dossier komt uit de getuigenverklaringen van verzorgend personeel naar voren dat de overdracht van de dienst niet vlekkeloos verliep. Het ging hier om de overdracht aan de nachtdienst. In de avond had een arrestant een lichamelijke crisis doorgemaakt waarvoor met spoed een arts was opgeroepen. De betrokkene was daarna in een observatiecel geplaatst. Een van de bewakers die de nachtdienst overnam en iedere twee uur de rondes zou lopen, verklaarde later niet van deze gebeurtenissen op de hoogte te zijn gesteld bij aanvang van zijn dienst. Hij had evenmin het attentieformulier gelezen over de later overleden arrestant. Daardoor heeft hij de die nacht overleden arrestant niet elk uur gecontroleerd.

Advies

65 *Zorg voor een duidelijk protocol voor de overdracht van de wacht. Zorg daarbij voor een heldere procedure voor het doorgeven van bijzonderheden en controleer de naleving hiervan.*

Overdracht aan andere zorgkaders

Materiedeskundigen merken op dat, bij insluiten van personen met intoxicatieverschijnselen of aanwijzingen voor een psychische aandoening, een afweging moet worden gemaakt tussen enerzijds de noodzaak van insluiten en anderzijds de omstandigheid dat de betreffende persoon een hulpbehoevende patiënt is. Het uitgangspunt is dat mensen in deze omstandigheden worden overgedragen aan het eigen zorgkader.⁷⁴ Dat is vaak niet beschikbaar. De deskundigen uit de arrestantenzorg, een van de geraadpleegde forensisch artsen en een deskundige van het Openbaar Ministerie merken op dat vooral in de nachtelijke uren een (snelle) overdracht aan het aangewezen zorgkader moeilijk of onmogelijk is. Dit beeld komt ook uit enkele van de dossiers naar voren. Er zijn bij materiedeskundigen gevallen bekend dat ambulancepersoneel weigerde dergelijke patiënten mee te nemen, of dat de ambulance een hulpbehoevende niet naar een ziekenhuis maar

naar het bureau bracht. In één dossier heeft deze handelwijze tot het instellen van vervolging (en vrijspraak) van een ambulancemedewerker geleid.

Het gevolg is dat de politie vaak zorgt voor mensen die in een ziekenhuis of andere instelling thuishoren. Deze situatie vormt zowel voor de patiënt als voor het verzorgend personeel een grote belasting. Een politiebureau is bovendien niet goed toegerust voor dit soort opvang, en arrestantenbewaarders zijn niet gericht opgeleid voor het verlenen van deze vorm van specialistische zorg.

Als patiënten eenmaal op het bureau worden opgevangen en van daaruit een alternatief zorgkader wordt gezocht, verstrijkt vaak veel tijd voordat een gespecialiseerde hulpverlener ter plaatse is. Dit probleem speelt vooral in de nachtelijke uren. Symptomen als agressief en overmatig hysterisch gedrag zijn dan vaak niet meer zichtbaar; de arrestant is weer gekalmeerd als de deskundige (medewerker GGZ en/of psychiater) uren later arriveert. De diagnose luidt dan vaak dat er geen symptomen zichtbaar zijn, waarna de betreffende persoon wordt ingesloten (bij verdenking) of vrijkomt. De politie kan personen die vanwege hun ziektebeeld gevaarlijk kunnen zijn voor de openbare orde, veiligheid of gezondheid van zichzelf of anderen, niet tegen hun wil vasthouden.⁷⁵ Het komt regelmatig voor dat de politie dan binnen enkele uren of dagen na de vrijlating met dezelfde persoon wordt geconfronteerd, waarna de hiervoor beschreven cyclus wordt herhaald.⁷⁶

Blijkens de dossiers en geraadpleegde deskundigen wordt er dan soms voor gekozen de betrokkene als verdachte te behandelen, terwijl hij dat feitelijk niet is. Aan deze uit nood geboren handelwijze kleven juridische en ethische bezwaren.⁷⁷ Bovendien is in een aantal gevallen geadviseerd de betrokken functionarissen hierop aan te spreken en eventueel disciplinaire maatregelen te treffen.

Zowel de politie als de Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) heeft deze problemen op centraal niveau onderkend. In januari 2003 is tussen deze partijen een convenant gesloten dat onder meer moet voorzien in een oplossing voor mensen die onterecht en/of te lang in een politiecel verblijven.⁷⁸ Het convenant maakt melding van eerder onderzoek waaruit blijkt dat men in de periode vóór 2003 in 13% van de gevallen bij het zoeken naar mogelijkheden tot overdracht op problemen is gestuit.⁷⁹ In het convenant wordt de wetgever opgeroepen om meer bevoegdheden toe te kennen aan politie en hulpverlening bij het optreden tijdens een crisissituatie. Deze wens wordt ook door de voor dit rapport geraadpleegde deskundigen geuit.

Advies

66 *Onderzoek andere mogelijkheden tot vrijheidsontneming van geïntoxiceerde personen of mensen met psychische aandoeningen dan insluiting in een politiecellencomplex. Daarbij kan worden gedacht aan opname in een afgezonderde ruimte van een – bij voorkeur penitentiair – ziekenhuis, waarbij het ziekenhuis de medische zorgverlening op zich neemt en indien nodig de politie voor bewaking en beveiliging zorgt. Medische begeleiding is dan op 24 uursbasis beschikbaar, terwijl het toeziende personeel in politiecellencomplexen wordt ontheven van een zorgplicht waarvoor het eigenlijk de expertise mist.*

67 *Onderzoek hoe in het kader van de hulpverleningstaak door de politie zoveel mogelijk kan worden vermeden dat het*

politiebureau dient als eerste opvang voor mensen die aanwijzingen van psychische problemen vertonen.

- 68 *Verzeker op 24 urenbasis snelle toegang voor verslaafden of personen met psychische aandoeningen tot andere zorgkaders. Effectueer hiertoe – voor zover dit nog niet heeft plaatsgevonden – de bepalingen in het convenant tussen GGZ Nederland en de Raad van Hoofdcommissarissen (RHC) via regionale afspraken.*
- 69 *Pas de regelgeving in die zin aan dat het zowel voor de politie als voor instellingen voor geestelijke gezondheidszorg gemakkelijker wordt personen met psychische klachten die zichzelf, anderen of de openbare orde in gevaar brengen, tegen hun wil op te nemen.*

Een persoon wordt weer onttrokken aan de zorg door de politie wegens invrijheidstelling, na overplaatsing naar een huis van bewaring of door opname in een meer passend zorgkader, zoals een ziekenhuis of een psychiatrische instelling. Bij dit soort overdrachtsmomenten bestaat volgens geïnterviewde deskundigen het risico dat essentiële gegevens over de persoon niet ter kennis komen van degenen die de zorg overnemen. Daarbij gaat het om zaken als aanwijzingen voor suïcidaal gedrag en informatie over een verslavingsachtergrond. Uit de onderzochte dossiers is overigens niet gebleken dat gebrekkige overdracht tot sterfgevallen heeft geleid. Wel is de Rijksrecherche zelf geconfronteerd met een zaak waarbij een arrestant was overgebracht van een politiecellencomplex naar een door het Ministerie van Justitie beheerd huis van bewaring. Daarbij is onderzocht in hoeverre gebrekkige overdracht van informatie – de betrokkene was suïcidaal – een rol heeft gespeeld bij zijn overlijden daags na de overplaatsing. Dit bleek niet het geval te zijn geweest.

Advies

- 70 *Maak een duidelijk protocol voor overdracht van personen door de politie aan een ander zorgkader. Dit protocol moet voorzien in de overdracht van persoonlijke gegevens op een wijze die aansluit bij de processen van zowel de overdragende als van de ontvangende partij.*

Insluiten in ongeschikte cellen

Zoals in paragraaf 3.7 is besproken, speelden bij 2 van de 7 suïcides technische gebreken aan de cel een rol. Bij eveneens 2 suïcides boden constructieelementen van de cel hiervoor de gelegenheid. Bovendien overleed 1 persoon in een cel die niet beschikte over een werkzame installatie voor communicatie met de bewaking. In een ander geval werd een arrestant ingesloten in een afgekeurd cellencomplex. Ofschoon in deze laatste 2 gevallen niet is gebleken dat de gebreken aan de cel hebben geleid tot de dood van de betrokkene, betekent het voorgaande dat ten minste 6 van de 25 personen die overleden na insluiting in een cel – ruim 1 op de 5 – in een cel verbleven die niet voldeed aan de eisen.⁸⁰

In een van de bezochte politiecellencomplexen wordt de cel bij insluiting gecontroleerd op beschadigingen. Deze worden aangetekend op een formulier. De arrestant tekent ook. Bij het verlaten van de cel (vrijlating of overplaatsing) vindt een nieuwe controle plaats. Toegebrachte schade wordt opgetekend. Het voordeel van deze werkwijze is dat schade wordt gezien en hersteld kan worden voordat een volgende insluiting plaatsvindt, en dat arrestanten vooraf weten dat zij voor schade aansprakelijk kunnen worden gesteld en dus wellicht eerder zullen afzien van het aanbrengen van schade.

Advies

- 71 *Controleer vaker op technische eisen en gebreken dan eenmaal in de 5 jaar, zoals nu is voorgeschreven in artikel 13, tweede lid van de landelijke regeling politiecellencomplexen. Lees dit advies in samenhang met advies 48.*

Procedurele risico's volgens materiedeskundigen

Naast de factoren die in de Rijksrecherchedossiers zichtbaar werden, zijn ook signalen ontvangen van materiedeskundigen over risico's die verband houden met procedures of voorschriften. Zo beschikken diverse regionale commissies van toezicht op politiecellencomplexen over informatie dat – in afwijking van de geldende voorschriften – in sommige complexen geen ontruimingsoefeningen plaatsvinden of dat deze niet vaak genoeg worden gehouden. De commissies zijn hierover zeer bezorgd,⁸¹ mede vanwege de brand in het justitieel complex op de luchthaven Schiphol in oktober 2005. Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit rapport heeft overigens geen informatie opgeleverd die dit beeld bevestigt of ontkracht.

Van een heel andere aard zijn de problemen rond medicijnverstrekking. Nu is het in veel gevallen zo dat als een arts medicijnen voorschrijft, de verstrekking wordt gedaan door het verzorgend personeel van het politiecellencomplex. Het afmeten van de dosering en de tijdige verstrekking aan ingesloten wordt in een aantal complexen uitgevoerd door hiervoor niet opgeleid verzorgend personeel. Volgens de geraadpleegde deskundigen is in 1 korps geprobeerd dit probleem op te lossen door de apotheek te vragen de medicijnen zo te verpakken dat iedere te verstrekken dosis apart was verpakt en gemerkt. Zo konden de afgestemde doseringen door het verzorgend personeel worden verstrekt. Dit systeem werkte niet goed en is weer afgeschaft.

In een andere regio bouwt men momenteel een groot centraal politiecellencomplex dat meerdere kleinere complexen moet vervangen. Het voornemen is om hier een verpleegkundige en/of apothekersassistent aan te stellen die de taken van aanleveren, verdelen en toedienen van geneesmiddelen op zich moet nemen. Er worden geen taken overgenomen van de arts. Door de grootschaligheid van het nieuwe complex vallen de meerkosten ten opzichte van het aantal cellen mee. Een korps met meerdere kleinere complexen heeft gekozen voor het inschakelen van een apothekersassistent die de ronde langs de complexen doet en het beheer over de medicijnvoorraden voert. Bij het laatste bezochte complex werd de afmeting van doseringen gedaan door de GGD-arts. Deze heeft een artsenkamer tot zijn beschikking met dossiers van de betrokkenen en een medicijnkast.

Advies

- 72 *Ga per politiecellencomplex na of de voorgeschreven ontruimingsoefeningen zijn gehouden en of de daarbij aan het licht gekomen knelpunten of gebreken zijn hersteld.*
- 73 *Adviseer de korpsbeheerder het complex te sluiten totdat dit alsnog is gebeurd. Neem deze adviesbevoegdheid op in het takenpakket van de regionale commissies van toezicht.*
- 74 *Onderzoek mogelijkheden om de dosering en het klaarzetten van medicijnen voor ingesloten personen uit te besteden aan mensen die hiertoe gekwalificeerd zijn, of stel zulke personen aan.*

5 Nazorg

Om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop de nazorg is geregeld, zijn vragen gesteld aan ervaren medewerkers van de Rijksrecherche, arrestantenverzoekers, vertegenwoordigers van de regionale commissie voor toezicht op de politiecellen-complexen en aan maatschappelijk werkers van het Ministerie van Justitie. Ook is gesproken met een vertegenwoordiger van Amnesty International.

5.1 Nabestaanden

De nazorg voor nabestaanden lijkt in eerste instantie een zaak te zijn van het korps dat verantwoordelijk was voor de zorg voor de overleden persoon. Juist dat korps wordt echter door nabestaanden soms als schuldige gezien voor het overlijden van een naaste. De beschikbaarheid van nazorg door of via een korps wil dan ook niet zeggen dat de Rijksrecherche hier geen rol speelt. Uit een aantal dossiers blijkt dat Rijksrechercheurs tijdens het onderzoek contact hebben met nabestaanden.

Die contacten gaan soms duidelijk verder dan het afnemen van getuigenverhoren. Vaak is het de Rijksrechercheur die het bericht van overlijden aan de familie overbrengt of de familie ter identificatie confronteert met het lichaam van het slachtoffer.⁸² Er zijn ook verslagen aangetroffen van gesprekken door Rijksrechercheurs met nabestaanden om de rol van de Rijksrecherche als onafhankelijke instantie uit te leggen. Dit is vooral gebeurd wanneer emoties hoog opliepen en/of beschuldigingen werden geuit tegen het zorgverlenende personeel. In een enkele zaak heeft de Rijksrecherche contact opgenomen met de familie omdat een medewerker van het korps dat verantwoordelijk was voor een overleden arrestant, tussenconclusies van het onderzoek op een feitelijk onjuiste wijze tegenover een nabestaande had verwoord. Dit voorval geeft aan dat het soms bezwaarlijk is de zorg voor nabestaanden geheel bij de politiekorpsen te laten.

Uit gesprekken met medewerkers van de Rijksrecherche komt naar voren dat in enkele zaken ook na afsluiting van het onderzoek contact wordt onderhouden met nabestaanden. Soms vindt dit contact plaats op initiatief van de nabestaande(n). De aanleiding kan zijn een klacht over het onderzoek of onvrede over de vervolgbeslissing. Incidenteel komt het ook voor dat de Rijksrecherche zelf contact onderhoudt met het specifieke doel nazorg te verlenen. Dit lijkt zowel af te hangen van de zaak en de opstelling van de nabestaanden als van de betrokken medewerker van de Rijksrecherche.

Nabestaanden worden door zowel de Rijksrecherche als door regiokorpsen gewezen op de Bureaus Slachtofferhulp. Deze bureaus worden bemenst door vrijwilligers. Zij verwijzen soms naar de professionele hulpverlening, maar kunnen ook zelf bijstand verlenen.

Advies

75 *Laat het doen van tussentijdse mededelingen of terugkoppeling van onderzoeksresultaten over aan de officier van justitie die het Rijksrechercheonderzoek leidt, of na zijn tussenkomst aan de Rijksrecherche zelf. Aanvaard dat dit met zich meebrengt dat*

beide instanties een zorgplicht voor de nabestaanden zullen hebben.

76 *Maak binnen de Rijksrecherche werkafspraken en stel criteria vast op grond waarvan kan worden bepaald of de Rijksrecherche nazorg moet leveren en/of kan verwijzen naar (professionele) hulpverlening.*

77 *Draag er zorg voor dat voor de nabestaanden duidelijk is bij wie ze terecht kunnen voor informatie tijdens het onderzoek, en andersom dat voor de politie duidelijk is wie van de nabestaanden als eerste aanspreekpunt kan dienen. Overweeg om als intermediair een vertrouwenspersoon aan te wijzen, bijvoorbeeld een familierechercheur. Deze zal dan wel over de eigenschappen, kennis en ervaring moeten beschikken om de nabestaanden tijdens het onderzoek te begeleiden. De familierechercheur zal ook een voldoende onafhankelijke positie moeten bekleden ten opzichte van de rechercheurs die de zaak onderzoeken.*⁸³

Het optreden van de Rijksrecherche is ook in een ander opzicht belangrijk voor de nazorg. Dat een onafhankelijke, onpartijdige en deskundige instantie een sterfgeval onderzoekt kan de nabestaanden helpen bij het verwerken van het overlijden.⁸⁴ Dat neemt niet weg dat de resultaten van dat onderzoek het verwerken ook kunnen bemoeilijken. Dit geldt vooral als blijkt dat er zaken zijn misgegaan bij het verlenen van de zorg, als het onderzoek geen opheldering geeft, of als het erg lang duurt voordat het onderzoek is afgerond. Het nadelige effect kan worden versterkt als de uitkomst van het onderzoek geen aanleiding vormt om vervolging in te stellen. Dan moet goed worden uitgelegd dat ook als zaken zijn misgegaan, strafrechtelijke vervolging niet altijd mogelijk is. Daarvoor is bewijs nodig. Hier ligt een taak voor de Rijksrecherche (uitleg vooraf) en vooral voor de officier van justitie die het onderzoek leidt (toelichting op de uitkomst en de genomen beslissing). Ook is van belang dat het voor de nabestaanden duidelijk wordt of er andere consequenties aan de uitkomsten van het onderzoek worden verbonden. Is er beleidsadvies en wordt dat opgevolgd? Worden de procedures herzien? Worden er disciplinaire maatregelen getroffen? Dit lijkt vooral een taak van de officier en het betreffende korps. Vanuit het Rijksrechercheperspectief is moeilijk aan te geven of dit in de praktijk (in voldoende mate) gebeurt. Uit het beperkte aantal afschriften van de beslissing van de officier van justitie dat in de dossiers is aangetroffen, valt op dat de keuze tussen vervolgen en niet vervolgen soms zeer summier is onderbouwd. Dat maakt acceptatie voor nabestaanden moeilijker en kan leiden tot een verhoogd aantal zogeheten artikel 12-procedures.⁸⁵ Die procedures leiden bij slachtoffers tot uitstel van het verwerkingsproces, en bij het Openbaar Ministerie tot extra werkdruk. Het laatste aspect bij de bespreking van de zorg voor nabestaanden is de omgang met de media. In minstens 1 arrondissement van het Openbaar Ministerie wordt de berichtgeving afgestemd met de persofficier. Zo wordt voorkomen dat nabestaanden de afdoening uit de pers moeten

vernemen, of door nog niet geïnformeerde media worden benaderd met vragen.

Advies

- 78 *Zorg ervoor dat in de Rijksrecherchedossiers en de stukken van het Openbaar Ministerie duidelijk zichtbaar is welke overwegingen ten grondslag liggen aan de beslissing om al dan niet vervolging in te stellen of een andere actie te nemen of na te laten.*
- 79 *Geef – afhankelijk van het geval – desgevraagd of ambtshalve een toelichting in persoon. Laat deze toelichting verzorgen door de verantwoordelijke officier van justitie waarbij de Rijksrecherche ondersteuning verleent.*
- 80 *Neem in de dossiers bij aangetroffen knelpunten een rapport met aanbevelingen op zodat lessen worden getrokken uit het voorgevallene. Maak dit bekend aan de nabestaanden.*
- 81 *Laat de arrondissementen van het Openbaar Ministerie – voor zover dit niet al wordt gedaan – bij overlijdensgevallen het moment van informeren van de nabestaanden goed afstemmen op het moment van informeren van de media.*

5.2 Verzorgend personeel

Uit diverse dossiers, verklaringen van Rijksrechercheurs en geïnterviewde materiedeskundigen komt naar voren dat het personeel dat verantwoordelijk was voor de overledene, in de regel wordt opgevangen door de bedrijfsopvangteams.⁸⁶ Soms wordt verwezen naar professionele hulp. Volgens materiedeskundigen is dat nodig als de verschijnselen die veroorzaakt worden door een traumatische gebeurtenis niet binnen ongeveer een maand aanzienlijk verminderen of verdwijnen. Daarbij gaat het om verschijnselen als slapeloosheid en herbeleving, maar ook om moeilijker aan het voorval te koppelen zaken als concentratieverlies, prikkelbaarheid, zich afsluiten van de omgeving en grote vermoeidheid. Niet duidelijk is of dergelijke verschijnselen in de praktijk worden toegerekend aan het gebeurde en dan aanleiding zijn tot verwijzing.

Bij het bieden van nazorg aan de verzorgende personeelsleden – voor wie het overlijden van personen voor wie zij verantwoordelijk waren zeer ingrijpend is – bestaat volgens deskundigen op dit terrein een dilemma. Dit is ook onderkend door Rijksrechercheurs. Het is voor de verwerking door de medewerker belangrijk dat hij de kans krijgt in een informele omgeving zijn ervaringen te bespreken en te delen met de andere betrokkenen. Dit kan in strijd komen met het operationele belang van het onderzoek. Dat moet zo objectief mogelijk de factoren achterhalen die speelden rond het overlijden. Zo kan worden vastgesteld of het verzorgend personeel juist heeft gehandeld. Medewerkers moeten hiertoe zo snel mogelijk worden gehoord zonder dat hun visie op het gebeurde door veelvuldig onderling bespreken van het gebeurde, door anderen beïnvloed wordt. De eventuele schadelijke effecten voor het personeel van uitstel van een groepsbespreking of debriefing zijn onduidelijk en kunnen per geval en per persoon verschillen. Factoren die dan gaan spelen zijn bijvoorbeeld de vraag of de medewerker zoiets al eerder heeft meegemaakt, of hij thuis goed kan worden opgevangen, hoe de verdere sociale omgeving van de medewerker in elkaar steekt en hoeveel tijd er verstrijkt vanaf het overlijden tot het verhoor door de Rijksrecherche. Goede communicatie over het hoe en waarom van het onderzoek kan eveneens verschil

uitmaken: het gegeven dat de Rijksrecherche onderzoek doet kan als bedreigend worden ervaren, zeker als iemand daarbij als verdachte wordt aangemerkt.

De wijze waarop de Rijksrecherche optreedt, kan van invloed zijn op de verwerking. Een begripvolle bejegening is in het belang van het personeel. Dat hoeft echter een kritische vraagstelling niet in de weg te staan. Er zijn signalen dat het gegeven dat de Rijksrecherche incidenten onderzoekt juist wegens de onafhankelijkheid en objectiviteit ook bij politiepersoneel een positieve rol speelt bij de nazorg. Dit blijkt niet alleen uit opmerkingen van verhoorde functionarissen tegen individuele medewerkers van de Rijksrecherche, maar ook – zij het in een andere context – uit recent onderzoek van Timmer. Hier wordt een politieagent genoemd die gericht op een arrestant heeft geschoten. Hij was opgelucht door de komst van de Rijksrecherche ‘omdat hij er niet van overtuigd was dat de regionale recherche de zaak voldoende objectief en onafhankelijk zou benaderen’ (Timmer 2005, p. 196).

Advies

- 82 *Zorg ervoor dat verklaringen van het personeel niet bewust of onbewust op elkaar worden afgestemd. Laat medewerkers die vóór de komst van de Rijksrecherche hun verhaal willen doen dat los van elkaar doen bij een vertrouwenspersoon.*
- 83 *De Rijksrecherche moet betrokken medewerkers zo snel mogelijk na het voorval verhoren.*

Middelen en werking

Hier volgt uitleg over middelen met een intoxicerende werking die in de 37 dossiers een rol hebben gespeeld bij het overlijden van de betrokkene. Daarmee worden de in tabel 6b gebruikte termen uitgelegd.⁸⁷ Naast de bij de betreffende middelen genoemde werking moet niet uit het oog worden verloren dat verslaafden vaak in een sociaal isolement komen te leven, dakloos worden en zich slecht voeden. Dat kan leiden tot een ernstige verslechtering van hun lichamelijke en/of geestelijke conditie – en daarmee tot een verhoogd risico van overlijden.

Middelen met hoofdzakelijk verdovende werking

Alcohol heeft een bijzondere positie omdat gematigd gebruik in brede kring wordt geaccepteerd – en alcohol maatschappelijk gezien dus niet altijd als schadelijke drug wordt gezien. De werking is in het algemeen dat de gebruiker minder geremd en overmoedig wordt, maar de effecten zijn sterk afhankelijk van de individuele gebruiker. Sommigen worden er opgewekt van, anderen worden neerslachtig of agressief. Hallucineren komt voor. Overmatig gebruik kan leiden tot een acute **alcoholvergiftiging**. Symptomen zijn het niet meer reageren op fysieke (pijn)prikkels of op aanspreken. In ernstige gevallen kan ademstilstand, coma of hartstilstand optreden. Overmatig alcoholgebruik vergroot de kans op onderkoeling.

Alcoholisme, en daarmee het langdurig gebruik van grotere hoeveelheden alcohol, kan leiden tot leveraandoeningen en aantasting van de hersenen en het zenuwstelsel. Het lichaam past zich aan bij langdurig gebruik van alcohol waardoor gewenning optreedt: om hetzelfde effect te krijgen zal een zware drinker dus steeds meer alcohol tot zich moeten nemen. Alcohol is extra gevaarlijk in combinatie met slaapmiddelen en met heroïne omdat al deze middelen de ademhaling en de hartslag kunnen vertragen.

Benzodiazepines hebben een werkingsduur van enkele tot vele uren. Ze zijn rustgevend en kalmerend. Toediening gaat via het slikken van tabletten of capsules of het innemen in vloeibare vorm. Er zijn veel bijwerkingen: afhankelijkheid, gewenning, prikkelbaarheid, angst, beven, traagheid, sufheid, onverschilligheid, onrust en zweterigheid. Deze vallen deels samen met onthoudingsverschijnselen van heroïne. Gevaarlijk is vooral de combinatie met (de werking van) andere drugs en alcohol. Langdurig gebruik kan leiden tot overgewicht, traagheid en soms verzwakking van de spieren. Merknamen zijn: Noctamid, Valium, Mogadon, Dalmadorm, Normison, Rohypnol, Seresta en Temesta. Bekende stofnamen zijn diazepam en oxazepam.

Heroïne heeft een werkingsduur van 4-6 uur. De effecten worden omschreven als remmend, dempend, lichte euforie opwekkend, pijnstillend en roes opwekkend. Gebruikers worden ook onverschillig. Heroïne wordt toegediend via een injectie of door 'chinezen' (verhitting op een lepel waarna de dampen worden geïnhaleerd). Bij gemengd middelengebruik is de combinatie met alcohol extra gevaarlijk. Dit remt de ademhaling nog verder dan het gebruik van heroïne op zichzelf al doet. Om deze redenen is ook combinatie met

andere dempende middelen gevaarlijk. Een ander gevaar van heroïnegebruik is de snelle tolerantieopbouw door het lichaam, zodat steeds grotere doseringen nodig zijn voor hetzelfde effect. Bovendien is het bijzonder verslavend. Door het gebruik van spuiten bestaat gevaar van besmetting met aandoeningen als hiv en hepatitis.

Methadon wordt op voorschrift van de arts toegediend aan heroïneverslaafden als vervangend middel. Inname kan via tabletten maar in de politiecel wordt meestal gekozen voor vloeibare toediening. Dit om te voorkomen dat de verslaafde de verstrekkingen gaat opsparen om ze later in 1 keer in te nemen. De werking is 20 uur. De werking en de risico's zijn gelijk aan die van heroïne.

Middelen met hoofdzakelijk stimulerende werking

Cocaïne is een zeer krachtig stimulerend middel dat gevoelens van honger of slaap doet verdwijnen, en kan leiden tot emotionele ontremming, zelfoverschatting en het verdwijnen van barrières in de communicatie. De werkingsduur varieert van 10 minuten (bij roken) tot een uur (bij opsnuiven). Toediening kan ook met een injectie plaatsvinden. Negatieve verschijnselen zijn hartkloppingen, hoofdpijn, verward gedrag en opgewonden gedrag dat uiteen kan lopen van agitatie tot extreme agressie. Ook komen psychoses voor. De bloeddruk stijgt en de hartslag neemt toe.

Cocaïne kan ook leiden tot een **cocaïnedelirium**.

Dit syndroom treedt af en toe onverwacht op, ook bij regelmatige gebruikers, en kan gepaard gaan met plotseling optredend bizar en gewelddadig gedrag. Agressie, strijdlust, hyperactiviteit, extreme paranoia, onverwacht vertoon van kracht of onsamenhangend schreeuwen zijn symptomen die het NFI meldt; dit beeld komt ook uit de dossiers naar voren. Het overlijden volgt plotseling, vaak als de slachtoffers in een vechtpartij zijn verwickeld en/of in bedwang worden gehouden. De oorzaak is vaak hartfalen. De slachtoffers hebben vaak een sterk verhoogde lichaamstemperatuur.

MDMA is het werkzame bestanddeel van ecstasy (xtc). Het werkt ongeveer 4 uur en wordt als tablet of capsule ingenomen. Het verhoogt prestatievermogen en libido, en onderdrukt gevoelens van honger, dorst en vermoeidheid. De werking wordt ook omschreven als stimulerend en bewustzijnveranderend. Er kunnen echter ook negatieve bijverschijnselen optreden zoals hartkloppingen, gevoelens van onbehagen en angstgevoelens, soms ontaardend in een psychose. Ook nierfalen komt voor. **MDA** is verwant aan MDMA. Als bijwerking wordt specifiek voor MDA het optreden van optische hallucinaties genoemd.

Summary

Introduction

The Rijksrecherche compared case files concerning investigations into deaths in police custody. For the purposes of this report, a person is in police custody if and for as long as he or she has been detained by the police and is not free to go. Deaths occurring in prison or under the care of the Royal Military Police ('Koninklijke Marechaussee') are not included in this research. Neither do the cases include the case of the victims of the Schiphol Airport fire disaster which occurred in 2005. This fire did not take place at a police station and in a year outside the scope of this report.

The case files deal with 37 deaths in the years 2000 up to and including 2004. Due to the rules and policies in force, all or almost all cases involving death in police custody are investigated by the Rijksrecherche and therefore are included in the research on which this report is based, with the possible exception of deaths caused by the use of firearms by the police prior to arrest. There are no indications however that significant numbers of people died in police custody due to the use of such firearms. The results of the case-file analyses were discussed with specialists in the field. Earlier scientific research was also studied. The findings are included in this report.

Causes of death

The most common cause of death among those in police custody was intoxication due to drug, alcohol or medicine use, which contributed to the deaths of 15 people. Four of them had taken more than one type of drug simultaneously and seven of the fifteen deaths were wholly or partly due to the use of cocaine.

Nine people committed suicide while in police custody and nine others died of natural causes. Other deaths were caused by accidents before or after police custody had commenced. One person was shot by a bystander shortly before he was arrested. In four cases it was impossible to establish the cause of death.

Earlier research covering the years 1983-1999 showed the average number of deaths in police custody was similar to that of the 2000-2004 period. If the same definition is applied, the average number of deaths annually was just over five. Compared to earlier years, less people committed suicide in police custody. The percentage of deaths caused by intoxication has probably risen and the percentage of deaths by natural causes is also higher.

It is possible that the increasing use of cocaine in the Netherlands has contributed to a higher number of deaths in police custody from intoxication. The files for the years 2000-2004 point to a sharp rise in cocaine-related deaths. However the results of previous research suggest that problems related to the use of cocaine already existed in the Netherlands in the years before 2000, although it is not known to what extent. The effect of the rise of cocaine-related deaths is offset by a sharp decline in deaths attributed to alcohol abuse, which in the years 1983-1993 was one of the most common causes of deaths in police custody in the Netherlands.

If the country of birth is taken into account more than half the deaths of the 22 Dutch-born people who died in police custody was due to drug use. Five of the fifteen people born outside the Netherlands committed suicide. Three of the five women who died in police custody between 2000-2004 committed suicide too. Religious and cultural aspects or a lack of communication due to language problems could be relevant in these cases. The average age of the people who died in police custody was 38.

Almost half of the people who died in Dutch police custody were addicted to drugs and/or alcohol. Many of the victims lived in a social void, and one third was homeless. The majority of those who died in police custody were suspected of having committed a crime. A minority was detained for other reasons. Some seemed to need urgent psychiatric help, others were illegal aliens awaiting deportation.

Circumstances

Even with the benefit of hindsight, studying the files shows that in certain cases it is very hard to recognize or distinguish signs of intoxication, sickness or other causes that indicate an increased risk of death or injury. This is frequently even more difficult as people in police custody sometimes refuse to cooperate with those taking care of them. Drug addicts sometimes simulate symptoms as they know that a doctor may subscribe medicines that will make them feel high. Other people in police custody who could be described as 'frequent visitors' often present symptoms that have never led to serious problems before. Drug use sometimes hides symptoms of an illness, or these symptoms are similar to those of drug use. These problems may be exacerbated by previous situations not being recorded or by the police or medical personnel not having access to relevant databases. Furthermore, many people in police custody were unable to access or avoided prior care. In these cases, there is no data or only very little on record.

In four of the suicide cases, inadequate accommodation made it possible to construct a device for hanging or strangulation. A sixth of those who died in a cell at a police station were locked in cells that did not comply with regulations. In a few cases, the (camera) surveillance was inadequate, which could have played a role in the deaths. There is apparently some confusion about the so-called 'observation cell' (it must not have furniture, it must have a flat floor and a camera that covers the whole interior). Local rules on the use of these cells are sometimes unclear, inconsistent and do not comply with national regulations. A major problem seems to be a lack of personnel. As a consequence, at some police stations, the ward station – where the monitors and intercom connections from all the cells are located – are sometimes temporary unmanned. The solution to this could be to cluster more cells in one building. If measured per cell, this could reduce extra staffing costs.

People are sometimes taken into police custody if they are in urgent need of care that should be provided by another institution, such as a hospital or a mental health-care facility. It is often difficult to transfer these people to the appropriate care centres - especially at night. Police stations are not equipped to provide these people with the proper care, nor do they have qualified nurses. This could lead to an increased risk of injury or death of people in police custody.

There are several types of rules that apply to cells at police stations. Sometimes these rules are part of national legislation while others are included in decisions made on a national level. There are also many local or regional rules and instructions. Taken altogether this means that at times it is not clear which rules actually apply in certain situations. The problem is exacerbated by the fact that many local rules and instructions are very detailed, making it difficult for police staff to act in accordance with them. Local rules are sometimes unclear or conflict with national rules. And at times it is not clear who is responsible for those in police custody during the various stages of their detention. There are particularly risky moments such as when a person is brought into a police station after arrest and is handed over to the duty officers; the waiting time while a decision is being made to imprison someone or release them and when the change-over of the guards in the cell blocks takes place.

All Dutch police corps have set up bodies to supervise the conditions and circumstances of those in police custody. Twenty-six regional police organisations cover the whole of the Netherlands. The various regional supervising bodies do not all have the same powers. Their composition, number of members and level of independence also differs. There is no central forum for the exchange of views and best practices between the supervisory bodies or with policy makers on the national level.

Conclusions

- In the years 2000-2004 the average number of people who died in police custody each year is 7.4.
- Most of those who died in police custody had used drugs, alcohol or medicine prior to their detention. The other common causes of death were suicide and natural causes.
- It often is difficult to recognize beforehand symptoms that point to an increased risk of death.
- It is impossible to avoid deaths in police custody. The population in police cells partly consists of people with a higher risk of dying and who are involved with the police more often. In addition, some of the people in police custody would be better served by being admitted to a hospital or mental institution.
- It should be possible to improve even further the care police give detainees. The report contains over 80 recommendations, which focus on calling in specialist help, the allocation of responsibilities, cell accommodation, staffing levels and the applicable rules.

Projectstructuur

De opdracht voor dit rapport is begin 2005 verstrekt door Dick Pijl, directeur Rijksrecherche, aan het hoofd van de afdeling executieve ondersteuning van de Rijksrecherche, Han van Duren. Hiermee moest invulling worden gegeven aan de door het College van procureurs-generaal verstrekte opdracht aan de Rijksrecherche om eenmaal per jaar een specifieke criminaliteitsbeeldanalyse te maken. Uit de uitkomsten van het onderzoek blijkt dat waar het gaat om overlijdensgevallen onder de zorg van de politie, er zelden kan worden gesproken van strafrechtelijk verwijtbaar handelen door het verzorgend personeel. Daarom is besloten dit rapport niet aan te duiden als een criminaliteitsbeeldanalyse.

De informatie uit de Rijksrecherchedossiers is verzameld door de Rijksrechercheurs Kees Starrenburg en Rinze Reiding, samen met en onder aansturing van de projectleider.

De gegevens zijn ter verdere verwerking ingebracht in een database opzet door Nico de Rooter, analist bij de Rijksrecherche. De gegevens zijn ingevoerd door Maina Gharbharan, assistent executieve ondersteuning. Daarnaast zijn de gegevens gebruikt die Rosan Toonder, student geneeskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen en stagiair bij de GGD te Groningen, heeft verzameld uit Rijksrecherchedossiers en sectieverslagen van het Nederlands Forensisch Instituut.

Het verzamelen van inzichten uit de literatuur en het raadplegen van materiedeskundigen door middel van gesprekken is uitgevoerd door de projectleider, aan de hand van de resultaten van de dossieranalyse. Hij heeft de bevindingen ook verwerkt in het rapport. Het rapport is geschreven door Erik Hoenderkamp, beleidsmedewerker criminaliteitsbeeldanalyse Rijksrecherche, die ook als projectleider optrad.

Geraadpleegde deskundigen

Naam

Mevrouw Klos
Mevrouw van Dijkhorst-Snelders
De heer Kuperus
De heer Blankestein
De heer Tenhaeff
Mevrouw Naujocks
De heer Dekkers
De heer Visser
De heer Hoekstra
Mevrouw Witteveen
De heer Hilgers
De heer Denkers
De heer Kruithof
De heer Rolloos
De heer Jasperse
De heer Diepensloot
De heer Schouls
De heer Hummel
De heer Pijl
De heer Wensma
De heer Gunther Moor

Organisatie

Amnesty International
Dienst Justitiële Inrichtingen
Dienst Justitiële Inrichtingen
Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
GGD Groningen
Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Nederlands Forensich Instituut
Nederlands Instituut voor ICT in de Zorg
Openbaar Ministerie Arrondissement Amsterdam
Openbaar Ministerie Landelijk Parket
Politie Brabant Zuid-Oost
Politie Groningen
Politie Rotterdam-Rijnmond
Politie Rotterdam-Rijnmond
Politie Utrecht
Politie Zeeland
Rijksrecherche
Rijksrecherche
Rijksrecherche
Stichting Maatschappij, Veiligheid en Politie

Schriftelijke bronnen

Adang, Otto, Robert van der Wateren, Jacques Steernberg, *Netten, stokken & sprays. Nieuwe wapens voor de Nederlandse politie?*, Den Haag, 1999.

Blaauw, Eric, Ad Kerkhof, Riël Vermunt, Jolanda de Vries en Mirjam van Veen, *Sterfgevallen onder de zorg van de politie*, Leiden 1995.

Blaauw, Eric, en Ad Kerkhof, Riël Vermunt, *Zorg voor arrestanten in politiecellen*, Leiden 1993.

Blaauw, Eric, Paul Vegter en Rob Monterie, *Handboek arrestanten-zorg*, Den Haag 2002.

Blaauw, Eric, *Pogingen tot zelfdoding in politiebureaus, rapport van onderzoek meldingsprocedure, sterfgevallen en (pogingen tot) zelfdoding in politiecellen (1994-1999)*, Den Haag 2001.

Cleiren, C.P.M. en J.F. Nijboer, *Strafrecht, tekst en commentaar*, vijfde druk, Deventer 2004.

Cleiren, C.P.M. en J.F. Nijboer, *Strafvordering, tekst en commentaar*, vijfde druk, Deventer 2003.

Cohen, B.A.J., H. Holtslag, R. Ph. Smitshuijzen, A.G. Tenhaeff, L.P. de Waal (redacteurs), *Forensische Geneeskunde. Raakvlakken tussen geneeskunst, gezondheidszorg en recht*, Assen 2004.

College van Procureurs-Generaal, *Aanwijzing taken en inzet rijksrecherche*, registratienummer 2002A001, vastgesteld 8 januari 2002.

College van Procureurs-Generaal, *Regeling van 26 april 2000 houdende bepalingen betreffende mandatering aan de (fgd) hoofdofficieren ten aanzien van politiecellen* (gepubliceerd Staatscourant 88).

Coornhert-liga, vereniging voor strafrechthervorming, *Overlijdensgevallen in justitiële inrichtingen*, augustus 1999.

Europese Unie, *Cocaïne, Amfetaminen, ecstasy en cannabis, de laatste trends – voor veel jonge Europeanen wordt cocaïne de favoriete stimulerende drug*, Lissabon 2005. (www.annualreport.emcdda.eu.int). Raadpleging november 2005.

Forensisch Medisch Genootschap, *Protocol beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen*. (www.forgen.nl/documenten/intoxicaies.html). Raadpleging januari 2006.

GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen, *Convenant betreffende de samenwerking tussen GGZ Nederland en politie bij opvang, begeleiding en behandeling van mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek die overtredingen begaan, overlast geven of aangeven hulpverlening nodig te hebben*, Den Haag 2003.

Hoekendijk, mr. M.G.M., *Zakboek Strafvordering voor de Hulpofficier*, p. 88-89, Deventer 2006.

Interregionaal platform kennis en kwaliteit in de arrestanten-zorg, *Algemeen huishoudelijk reglement*, conceptversie 15 mei 2003. [Niet gepubliceerd].

Karch, S.B., *Karch's Pathology of Drugs Abuse*, 3e editie, New York 2001.

Laere, I.R.A.L. van en W. Barends, *De drugsgebruiker in de politiecel*, Amsterdam 2002.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie voor de politie en Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Mensen zonder zorg...*, mei 2000.

Ministerie van Binnenlandse Zaken, *Instelling van commissie van toezicht politiecellen*, 12 mei 2000.

Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie, *Besluit van 28 maart 1994, houdende regels met betrekking tot het beheer van de regionale politiekorpsen en maatregelen jegens ingeslotenenen*. [1994a.]

Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie, *Besluit van 8 april 1994, houdende regels met betrekking tot een nieuwe Ambtsinstructie voor de politie, de Koninklijke Marechaussee en de buitengewoon opsporingsambtenaar en de maatregelen waaraan rechtens van hun vrijheid beroofde personen kunnen worden onderworpen*. [1994b]

Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie, *Circulaire aan de minister van defensie, de Commissarissen van de Koningin en de Procureurs-Generaal d.d. 10 juli 1997, Taken en inzet Rijksrecherche*, Staatscourant 1997, p. 10 e.v. (vervallen).

Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie, *Regeling van 25 maart 1994, houdende regels over de inrichting van een politiecellencomplex en de registratie van gegevens van ingeslotenenen, als gewijzigd 25 oktober 1994* (gepubliceerd Staatscourant 218). [1994c]

Nederlandse Politieacademie, *Spray met visie, visie op spray, afsluitende onderzoeksrapportage van 'Het pepperspray Project'*, Apeldoorn 2005.

NRC Handelsblad, *M-magazine* november 2005, Rotterdam 2005.

Openbaar Ministerie, *Evaluatieonderzoek in de Schiedammer Parkmoord, rapportage in opdracht van het College van Procureurs-Generaal (F. Posthumus)*, Amsterdam augustus 2005.

Parool, *Het, 'Pepperspray te gevaarlijk als een nieuw wapen voor de politie'*, januari 1998.

- Politie Amsterdam-Amstelland, *Zorg voor en bejegening van ingeslotenen in cellencomplexen*, dienstvoorschrift no. 15.10.7, maart 1999.
- Politie Brabant Noord, *Reglement arrestantenzorg*, november 2003.
- Politie Gelderland Zuid, *Jaarverslag Commissie Toezicht Politiecellen 2001, 2002*.
- Politie Kennemerland, *Procedure arrestantenzorg*, intranet Kennemerland d.d. 16 juli 2001.
- Politie Kennemerland, *Werkinstructie arrestantenzorg*, intranet Kennemerland d.d. 24 juli 2001.
- Politie Midden en West Brabant, *Reglement arrestantenverzorging*, mei 1996.
- Politie Rotterdam-Rijnmond, *Arrestantenzorg van A tot Z*, conceptversie 2005 (niet gepubliceerd).
- Politie Zeeland, *Handboek Arrestantenzorg Politie Zeeland*, augustus 2005 (concept, niet gepubliceerd).
- Politiewet 1993 en memorie van toelichting, zoals van kracht in januari 2006.
- Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg Amsterdam, *Beslissing en overwegingen op klacht van 31 december 2003*, uitspraak d.d. 29 maart 2005.
- Rijksrecherche en College van Procureurs-Generaal, *Beleidsplan 2003-2007*, Tiel 2002.
- Rijksrecherche, 37 zaaksdossiers over de periode 2000-2004 inzake overlijdensgevallen onder de zorg van de politie.
- Rijksrecherche, *Beleidsplan 1998-2002*, Tiel 1997.
- Rijksrecherche, *Checklist celdoden in politiebureau*. [Geen datering, intern].
- Rijksrecherche, *Jaarbericht 2002*
- Stichting Samenwerking, Veiligheid en Politie, *Toezicht op politiecellen*, Dordrecht 2005.
- Tijdschrift voor de Politie, nr. 11 november 2005. *Commissies van toezicht politiecellen: last of lust?*
- Timmer, J.S., *Politiegeweld, Geweldgebruik van en tegen de politie in Nederland*, Amsterdam 2005.
- Toonder, Rosan, *Sterven in de cel, moet dat nou?! Celdoden in Nederland 2000-2004*, Groningen 2005. [Niet gepubliceerd].
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1997-1998, 26 084, nr. 1, *Taken en functioneren Rijksrecherche* (brief van de minister van Justitie).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1999-2000, 26 084, nr. 5, *Taken en functioneren Rijksrecherche* (brief van de minister van Justitie).
- U.S. Department of Justice, National institute of Justice, *Pepper Spray's Effects on a Suspects Ability to Breathe*, Verenigde Staten, Washington D.C. 2001.
- U.S. Department of Justice, National institute of Justice, *Positional Asphyxia - Sudden Death*, Verenigde Staten, Washington D.C. 1995.
- Universiteit van Amsterdam, criminologisch Instituut Bongers, *Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2004-2005*, Amsterdam 2005.
- Vrij Nederland, 'Pepperspray: alsof er een sigarettenpeuk in de ogen wordt uitgedrukt - TNO ondersteunt de lobby voor nieuw politiewapen', Amsterdam, mei 1998.

Voetnoten

- 1 Het onderscheid tussen onderzoeken naar 'schietincidenten door de politie' en 'geweldgebruik door de politie' enerzijds en onderzoeken naar overlijdensgevallen onder zorg van de politie anderzijds is gemaakt vanwege de verschillende inzet van de Rijksrecherche bij deze zaken. Het onderzoek naar schiet- en geweldincidenten start vanuit de situatie dat actief, gericht, politieoptreden heeft geleid tot letsel bij of overlijden van een persoon. Het onderzoek naar de in dit rapport besproken sterfgevallen heeft een wezenlijk ander uitgangspunt: weliswaar is bekend dat iemand is overleden onder zorg van de politie, maar er zijn vrijwel nooit aanwijzingen vooraf dat politiefunctionarissen hierbij een actieve rol hebben gespeeld. De aanleiding van het overlijden is bij aanvang van de onderzoeken meestal niet bekend. Dat leidt tot een andere invalshoek van het Rijksrecherche-onderzoek en een andere onderzoekstechniek. Zie hierover ook Blaauw c.s. 1995, p. 14.
- 2 College van Procureurs-Generaal, Aanwijzing taken en inzet Rijksrecherche, p. 3, toelichting onder c. Tot 2002 onderzocht de Rijksrecherche in de regel ook sterfgevallen in huizen van bewaring en penitentiaire inrichtingen. Deze taak ligt nu in beginsel bij het politiekorps van de regio waarin zich een dergelijk sterfgeval heeft voorgedaan. In de praktijk wordt de Rijksrecherche vaak alsnog ingeschakeld als uit politieonderzoek aanwijzingen van strafbare feiten of ander ernstig verwijtbaar handelen door personeel naar voren komen.
- 3 Een van de algemene uitgangspunten voor de inzet van de Rijksrecherche is dat hierdoor partijdigheid en elke schijn daarvan worden vermeden. Bij onderzoek van een overlijdensgeval onder zorg van een politiedienst zal snel sprake zijn van de schijn van partijdigheid als dat wordt onderzocht door dezelfde politiedienst. Recente Europese jurisprudentie stelt eisen aan de onafhankelijkheid van onderzoek naar overlijdensgevallen die mogelijk door toedoen van de politie zijn veroorzaakt. De inzet van de Rijksrecherche zal ook hierdoor al snel aan de orde zijn, al is onderzoek door een ander korps wellicht ook mogelijk. Zo is in een dossier een afwegingsformulier van een politiekorps aangetroffen. In 2005 is een overlijdensgeval in Nijmegen samen met een naburig korps onderzocht.
- 4 In het jaarverslag van de Rijksrecherche over 2002 wordt een opvallende stijging van het aantal Rijksrecherche-onderzoeken naar doden in politiecellen gemeld. Er wordt gesproken van een stijging van 9 zaken in 2001 naar 19 in 2002. Deze aantallen zijn duidelijk groter dan het aantal ten behoeve van dit rapport onderzochte dossiers. Deze afwijking wordt veroorzaakt door afwijkende definities. In het jaarverslag zijn alle door de Rijksrecherche onderzochte overlijdensgevallen in penitentiaire inrichtingen, huizen van bewaring en cellen van de Koninklijke Marechaussee meegeteld. In dit rapport zijn alleen overlijdensgevallen onderzocht waarvan het onderzoek zich richtte op de onder verantwoordelijkheid van de politiekorpsen verleende zorg.
- 5 In 2000 is er een tweede Rijksrechercheonderzoek geweest naar het overlijden van een persoon die kort daarvoor onder de zorg van de politie had gestaan. Het overlijden van deze persoon vond echter plaats eind december 1999, waardoor deze zaak buiten de onderzochte periode valt en hier dus niet is meegenomen.
- 6 Blaauw c.s. 1995, p. 14: 'Dit onderzoek beperkt zich tot de sterfgevallen die zich voordeden in politiecellen of in andere ruimten in een politiebureau, en sterfgevallen die plaatsvonden in het ziekenhuis nadat de betrokkenen in een politiebureau en aan de zorg van de politie toevertrouwd waren geweest (...). De zorgplicht waar het hier om gaat vangt aan op het moment dat de hulpofficier van justitie heeft besloten dat de betrokkene ter beschikking van de politie blijft of op het moment dat betrokkene in het kader van de hulpverlening in het politiebureau wordt ingesloten.'
- 7 College van Procureurs-Generaal, Aanwijzing taken en inzet Rijksrecherche, p. 3, toelichting onder c.
- 8 Blaauw 2001, p. 12.
- 9 Zie voor de plaats van overlijden tabel 2b.
- 10 Blaauw c.s. gaven in 2002 (p. 20) aan dat jaarlijks door de politie ongeveer 160.000 insluitingen in een politiecel worden uitgevoerd. Deze cijfers betreffen de periode voor 2000.
- 11 Uit de politieregio's Brabant Zuid-Oost, Flevoland, Gooi- en Vechtstreek, Hollands Midden, Limburg-Noord, Noord- en Oost Gelderland, Noord-Holland Noord, Twente, Zaanstreek-Waterland en Zeeland zijn bij de Rijksrecherche en het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties geen sterfgevallen bekend geworden.
- 12 Van Laere en Barends 2002, p. 8: van de circa 24.000 opiaatgebruikers in Nederland wonen er naar schatting bijna 5.000 in Amsterdam.
- 13 Blaauw 2001, p. 12. Hij constateert dat over de periode 1994-1999 slechts 6 van de 31 gevallen die hadden moeten worden gemeld, ook daadwerkelijk bekend waren bij het ministerie.
- 14 Dit zou bijvoorbeeld kunnen door herhaling van het onderzoek zoals door Blaauw in 2001 is gepubliceerd. Het betreft onderzoek naar overlijdensgevallen op politiebureaus aan de hand van de bij het ministerie ontvangen meldingsformulieren.

- 15 Zie voor de motivatie waarom deze gevallen in dit Rijksrechercherapport buiten beschouwing zijn gelaten: hoofdstuk 2, paragraaf 2.1, bij 'Inperking onderzoek'.
- 16 Universiteit van Amsterdam 2005, Europese Unie 2005, internetpublicaties Trimbos-instituut (www.Trimbos.nl).
- 17 Dit beeld komt ook uit de literatuur naar voren: Karch (2001) haalt een voorbeeld aan waarbij 1 uur en 3 kwartier na het overlijden een lichaamstemperatuur (rectaal) werd gemeten van 41 graden.
- 18 Timmer 2005, p. 182, 185. Karch 2001 p. 120-121.
- 19 Dit risico wordt ook beschreven in het 'Protocol beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen' (www.forgen.nl, de website van het Forensisch Medisch Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Forensische Geneeskunde).
- 20 Van Laere en Barends 2002, p. 16, waar wordt verwezen naar onderzoek van Barends uit 1999.
- 21 Van Laere en Barends 2002, p. 9: 'De wijze van druggebruik en de levensstijl gaat gepaard met een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit. Hiv, tuberculose, hepatitis, soa, verwaarlozing, chronisch longlijden, gebitsklachten, psychiatrische stoornissen, ordeverstoring en of [sic] sociale teloorgang komen in meer of mindere mate voor.' Het betreft hier een onderzoek naar de Amsterdamse populatie van druggebruikers. Zie ook paragraaf 3.3, laatste alinea.
- 22 Soms worden politiecellen ook gebruikt voor veroordeelden die een korte straf moeten uitzitten ('gastarrestant'). Dan wordt een ander traject doorlopen. Hier kan de officier van dienst – die dus leiding geeft aan de wacht – als verantwoordelijke worden aangewezen.
- 23 Tijdens het onderzoek voor dit rapport is nog een geval bekend geworden waarbij een arrestant met een door een derde veroorzaakte schotwond werd overgebracht naar het politiebureau. Ook hier had dader noch slachtoffer melding gemaakt van het schieten. Pas na gericht doorvragen door een arrestantenverzorgster – die de indruk had dat betrokkene lichamelijk niet in orde was – kwam naar voren dat de man was beschoten. Na snel medisch ingrijpen heeft betrokkene het voorval overleefd.
- 24 Onder 'geweldgebruik door de politie' wordt in deze context verstaan: het gebruiken van of het dreigen met elke dwangmatige kracht van meer dan geringe betekenis tegen personen. Zie artikel 1, derde lid, onder b en c van de Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).
- 25 Moeilijkheden bij het verzamelen van gegevens over geweldgebruik bij de politie worden ook gemeld door onderzoekers van de Nederlandse Politieacademie, die zowel onderrapportage aan het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties noemen als een onduidelijke registratie binnen korpsen (Nederlandse Politieacademie 2005, onder 'Politieel geweldgebruik'). Ook Timmer, 2005, onder meer op p. 106-108, maakt melding van tekortkomingen (onderrapportage, niet eenduidig registreren) bij het melden van geweldincidenten door de politie.
- 26 Artikel 17 van de Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).
- 27 Artikel 8 Politiewet, artikel 4 Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b). Blaauw c.s. 2002, p. 178.
- 28 Zie ook Blaauw c.s. 2002, p. 17-18.
- 29 Toelichting bij sectieverslagen van het NFI als opgenomen in de Rijksrecherchedossiers, mondelinge toelichting door een patholoog anatoom van het NFI. Zie ook Karch 2001, p. 38.
- 30 Timmer 2005, p. 183. Hij maakt melding van zeker 20 Rijksrechercheonderzoeken naar gebruik van politiegeweld in de periode 1996-2000, waarbij agressie na gebruik van cocaïne door een burger een rol speelde. Hij beschrijft een casus uit 1999 waarbij een man na waarschijnlijk cocaïnegebruik onder zorg van de politie wordt gesteld en kort daarna overlijdt.
- 31 Karch 2001 p. 120. Hij verwijst naar onderzoek uit 1999.
- 32 Blaauw c.s. 2002, p. 115, wijzen erop dat dronkenmanscellen geen bestaansrecht meer hebben. Bij de bezoeken aan cellencomplexen in het kader van dit rapport zijn ze echter in een aantal gevallen wel aangetroffen.
- 33 Blaauw c.s. 1995. Het Forensisch Medisch Genootschap, Protocol beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen, haalt onderzoek aan waaruit is gebleken dat 74% van de door intoxicatie in de politiecel overleden personen stierf binnen 12 uur. Een nadere bronvermelding ontbreekt.
- 34 In het 'Protocol beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen' (Forensisch Medisch Genootschap 2006) wordt geadviseerd bolletjesslikkers bij voorkeur onder camera-observatie te plaatsen en in principe nog dezelfde dag over te plaatsen naar een penitentiair ziekenhuis.
- 35 Forensisch Medisch Genootschap, *Protocol beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen*.
- 36 In eerder onderzoek worden vrouwen en arrestanten met een niet-Nederlandse nationaliteit samen met arrestanten met opgelegde beperkingen en vooral personen met een psychische stoornis en verslaafde en/of geïntoxiceerde arrestanten wel aangemerkt als groepen die insluiting als zwaar ervaren (Blaauw c.s. 2002, p. 84-95).

- 37 In het rapport *Netten, stokken en sprays, nieuwe wapens voor de Nederlandse politie?* p. 35-37, van de Nederlandse Politieacademie (Adang 1999) wordt verwezen naar grootschalig onderzoek uit 1993 door de American Civil Liberties Union of Southern California (ACLU) met als conclusie dat geestelijk gestoorde, astmatische en zwaarlijvige personen en mensen onder invloed van drugs mogelijk onbekende effecten van pepperspray op hun gezondheid kunnen ondervinden: 'De ACLU is vooral bezorgd over het gebrek aan kennis over het gecombineerde effect van pepperspray en technieken om verdachten onder controle te brengen en te houden op psychotische en gedrogeerde verdachten.' In vervolgonderzoek uit 1994 legt de ACLU kennelijk een verband tussen het gebruik van pepperspray en het gevaar van houdingsverstikking: '[...] personen waartegen pepperspray gebruikt is moeten niet aan handen en voeten aan elkaar geboid worden en niet op de buik gelegd worden.' Later onderzoek heeft dit niet bevestigd. Een publicatie van het US Department of Justice uit 1995 vermeldt dat bij onderzoek naar plotseling overlijden van arrestanten als mogelijk gevolg van houdingsverstikking, moet worden onderzocht of chemische middelen ter afstopping zijn gebruikt.
- 38 Dit onderzoek is in de publiciteit bekritiseerd omdat het onder te grote tijdsdruk zou zijn afgerond en onvoldoende kritisch zou zijn (*Het Parool* 1998, *Vrij Nederland* 1998).
- 39 US Department of Justice, 2001. Overigens merken de Amerikaanse onderzoekers op dat de ingezette proefpersonen gezonde leerlingen zijn van een plaatselijke politieacademie. De uitwerking op personen met een slechte(re) conditie zou kunnen afwijken.
- 40 Er zijn ook gevallen bekend waarbij boeien of sprayen achterwege is gebleven en toch overlijden volgde. Karch 2001 p. 120.
- 41 Nederlandse Politieacademie (NPA) 2005, onder 'conclusies effectiviteit van pepperspray', en Timmer 2005, p. 309. Uit het onderzoek van de NPA komt overigens naar voren dat pepperspray een veilig middel is. De onderliggende analyse steunt deze bewering: van de 3.512 personen van wie het de onderzoekers bekend is dat ze met de spray zijn bespoten, is er 1 overleden. Hij overleed door cocaïne-gebruik. Overigens zijn blijkens de Rijksrecherchedossiers in de periode 2001 tot 1 april 2004 (de onderzoeksperiode van het NPA-rapport) niet 1 maar 2 personen overleden na gebruik van de spray. Beiden overleden door cocaïne-gebruik. Het derde geval dat de Rijksrecherche bekend is, valt buiten de onderzoeksperiode van de NPA.
- 42 De ratio achter de invoering is een alternatief bieden voor de wapenstok, zodat minder snel gebruik hoeft te worden gemaakt van het pistool. Zeer agressieve mensen die totaal niet voor rede vatbaar zijn en zich met geweld richten tegen omstanders of politiefunctionarissen, moeten soms met geweld worden tegengehouden. Ook bij het gebruik van pepperspray moet overigens sprake zijn van proportionaliteit tussen het door betrokkene gebruikte geweld en de inzet van het middel.
- 43 Een indicatie zijn de formulieren die de regionale politiekorpsen verzenden naar het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van (poging tot) suicide of overlijdensgevallen met een andere oorzaak. In de jaren 2000-2004 werden 245 formulieren opgestuurd; in 13 gevallen was de arrestant overleden (informatie Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties). In de periode 1994-1999 waren er 231 inzendingen, waarvan 6 een sterfgeval betroffen (Blaauw 2001, p. 6, 13).
- 44 Van Laere en Barends 2002, p. 4 e.v.: in 2002 werden in Amsterdam 1.443 arrestanten door de GG&GD behandeld met methadon, 1.507 in 1998. In 1998 kreeg ongeveer 45% van deze arrestanten meer dan eens methadon op het politiebureau.
- 45 Zie hierover ook Blaauw 2001, p. 42-43 en Blaauw c.s. 2002, p. 184-185, waar opgemerkt wordt dat het afnemen van teveel voorwerpen de mate van suicidaliteit zelfs kan verhogen.
- 46 Onder 'n.b. (niet bekend)' moet hier worden verstaan dat deze vraag aan de hand van het Rijksrecherchedossier niet kan worden beantwoord. Dat in deze kolom nooit een nul voorkomt wordt verklaard door de zaak waarin een arrestant omkwam na het verongelukken van een politievoertuig. Geen van de inzittenden overleefde. Het is daardoor niet bekend of er indicaties waren en of deze waren onderkend door het personeel.
- 47 Deze personen zijn geboren in Algerije, Azerbeidjan, Turkije en Zimbabwe.
- 48 Het BIG-register registreert apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet BIG, regelt de zorgverlening door beroepsbeoefenaren. Alleen wie in het register is ingeschreven, mag de door de wet beschermde titel voeren. De deskundigheid van de geregistreerde beroepsbeoefenaren is hiermee voor iedereen herkenbaar (bron: www.minvws.nl/enwww.bigregister.nl/ned.index.html).
- 49 Informatie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP, landelijke vereniging van apothekers) en NICTIZ (Nederlands Instituut ICT in de Zorg). Bron: www.nictiz.nl aangevuld met telefonische informatie.
- 50 Uit eerder onderzoek komt naar voren dat een groot aantal korpsen voorstander is van dergelijke registratiesystemen (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2000, p. 53). Een aanspreekpunt kan zijn het Nederlands Politie Instituut/Raad van Hoofddoelcommissarissen.
- 51 Deze discussie zou moeten worden gescheiden van de eerdere discussie over het plaatsen van dit soort apparatuur in politievoertuigen. De politie heeft destijds het standpunt ingenomen dat de politie niet als eerste de taak heeft medische noodhulp op straat te verzorgen. In geval van

personen die zijn ingesloten in politiecellencomplexen is sprake van een wezenlijk andere situatie. Zij zijn van hun vrijheid beroofd en kunnen zelf geen ander zorgkader inschakelen dan het kader dat de politie aanbiedt. Daarom heeft de politie een bijzondere verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan deze mensen.

- 52 Ook Blaauw c.s. in 2002 wijzen op de bijzondere taken van een arrestantenverzorger, zie p. 18 en 21-22 van het *Handboek arrestantenzorg*.
- 53 Artikel 1 onder b. Ambtsinstructie Politie, de Koninklijke Marechaussee en de buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).
- 54 Raadplegen van de bedrijfsprocessystemen van de Rijksrecherche en het Openbaar Ministerie brengt evenmin uitsluitel. Dit komt doordat vrijwel alle door de Rijksrecherche gehoorde personen als getuige zijn gehoord terwijl het Openbaar Ministerie alleen verdachten registreert. Omdat de Rijksrecherche niet altijd weet of het Openbaar Ministerie op basis van het proces-verbaal van de Rijksrecherche besloten heeft functionarissen als verdachte aan te merken, moeten de namen van alle door de Rijksrecherche als getuige gehoorde functionarissen in het verdachtenregistratiesysteem van het Openbaar Ministerie worden opgevraagd. Het gaat om vele honderden personen en daardoor is binnen een redelijk tijdsbestek geen duidelijkheid over de afloop te krijgen.
- 55 Besluit van 8 april 1994 (Ministers van Binnenlandse Zaken en van Justitie (1994b), houdende regels met betrekking tot een nieuwe Ambtsinstructie Politie, de Koninklijke Marechaussee en de buitengewoon opsporingsambtenaar en de maatregelen waaraan rechtens van hun vrijheid beroofde personen kunnen worden onderworpen, zoals van kracht januari 2006.
- 56 Artikel 3, vierde lid Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en de buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).
- 57 Regeling van 25 maart 1994, houdende regels voor de inrichting van een politiecellencomplex en de registratie van gegevens van ingeslotenen, zoals deze regeling is gewijzigd bij de regelingen van 25 oktober 1994 en 25 oktober 1999 (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994c).
- 58 Politiewet artikel 43 en memorie van toelichting.
- 59 Artikel 13 van de 'Landelijke regeling politiecellencomplexen'.
- 60 College van Procureurs-Generaal, regeling van 26 april 2000 houdende bepalingen betreffende mandatering aan de (fungerend) hoofdofficieren ten aanzien van politiecellen.
- 61 Blaauw meldt in het *Handboek arrestantenzorg* al dat de Rijksrecherche geen controles meer verricht en dat overheveling van deze taak wordt overwogen. Blaauw c.s. 2002, p. 123-124.
- 62 Ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken, *Circulaire taken en inzet Rijksrecherche* d.d. 10 juli 1997.
- 63 Toelichting directeur Rijksrecherche.
- 64 Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1999-2000, brief minister van Justitie aan de Tweede Kamer d.d. 17 mei 2002 (TK 26 084 nr. 5, 1999-2000) onder 5.3: 'Zodra alle regio's over een (...) commissie [van toezicht op politiecellencomplexen] beschikken, zou ook het toezicht op de technische inrichtingseisen van een politiecellencomplex door de procureur-generaal middels de Rijksrecherche kunnen vervallen (...).'
- 65 OM beleidsregels, *Aanwijzing taken en inzet Rijksrecherche*.
- 66 Deze verwarring kwam duidelijk naar voren in een ook door de auteur bijgewoonde bijeenkomst van regionale commissies van toezicht onder auspiciën van de SMVP op 10 november 2005.
- 67 Gegevens ontleend aan Stichting Maatschappij, Veiligheid en Politie 2005. Zie ook *Tijdschrift voor Politie* nr. 11, november 2005.
- 68 Stichting Maatschappij, Veiligheid en Politie, 2005, vooral p. 73 en verder, respectievelijk p. 65 en verder.
- 69 Een van deze dossiers bevat overigens het advies van de Rijksrecherche de lijst uit te breiden met het gebruikte middel. De bevindingen van de analyse van de 37 dossiers leidt echter tot het hier verwoorde inzicht dat te gedetailleerde regelingen contraproductief kunnen werken.
- 70 Artikel 10, tweede lid 'Landelijke regeling politiecellencomplexen': Een observatiecel heeft een vlakke vloer en bevat geen meubilair.
- 71 Artikel 31 Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar: 'De ambtenaar kan de ingeslotene *na toestemming van de hulpofficier van justitie* aan permanente camera-observatie onderwerpen.'
- 72 Artikel 32, eerste lid Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).
- 73 Artikel 32, eerste lid, Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).
- 74 Zie artikel 25, tweede lid, eerste volzin van de Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).
- 75 Artikel 25, lid 2 Ambtsinstructie Politie, Koninklijke Marechaussee en buitengewoon opsporingsambtenaar (Ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie 1994b).

- 76** In het hierna te bespreken Convenant GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen (RHC) wordt een typische casus weergegeven. Het gaat om een verslaafde van wie in de periode 13 januari tot 16 november 2001 zestig incidenten in de politiesystemen staan geregistreerd. Van deze incidenten zijn er twintig aan te merken als zorgmomenten in de zin van dit rapport. In één etmaal blijkt betrokkene vier maal dronken te zijn aangetroffen en per ambulance naar het ziekenhuis te zijn gebracht – en daar kennelijk weer te zijn ontslagen. De laatste keer was het ziekenhuis ‘inmiddels erg boos’. In de dossiers zijn ook dergelijke overzichten aangetroffen.
- 77** Blaauw c.s. wijzen er in 2002 al op dat deze praktijk ‘op zijn minst op gespannen voet’ staat met het Europees *Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden*. Dit vereist onder meer een wettelijke procedure als grondslag voor vrijheidsontneming. De ambtsinstructie sluit in dit soort gevallen juist vrijheidsontneming uit door insluiting tegen de wil van betrokkene niet toe te staan.
- 78** Convenant GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen (RHC) 2003.
- 79** Convenant GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen onder 2, ‘voornaamste knelpunten’. Het onderzoek waarnaar wordt verwezen betreft het ook ten behoeve van deze rapportage bestudeerde onderzoek van de Inspectie voor de politie en inspectie voor de gezondheidszorg, *Mensen zonder zorg...*
- 80** Regeling van 25 maart 1994, houdende regels over de inrichting van een politiecellencomplex en de registratie van gegevens van ingeslotenen, respectievelijk artikel 2 eerste lid, artikel 7 en artikel 13 eerste lid.
- 81** Dit was een belangrijk gespreksonderwerp in de wandelingen van de ook door de auteur bijgewoonde bijeenkomst van regionale commissies van toezicht onder auspiciën van de SMVP op 10 november 2005.
- 82** Dit sluit aan bij de zienswijze van Blaauw c.s. 2002, p. 187, die het inlichten van de familie ziet als taak van de onderzoekende onderzoeker. Hij ziet voor medische kwesties ook een taak voor de schouwarts.
- 83** Zie voor een evaluatie over het optreden van de familie-rechercheur – zij het in een heel andere context – OM, Evaluatieonderzoek Schiedamse Parkmoord p. 163 e.v., vooral de conclusies en aanbevelingen op p. 166.
- 84** Zie voor een verhandeling over het belang van onafhankelijk onderzoek: Coornhert-Liga 1999.
- 85** Artikel 12 van het Wetboek van Strafvordering geeft rechtstreeks belanghebbenden het recht een schriftelijke klacht in te dienen bij het gerechtshof als de officier van justitie beslist een strafbaar feit niet te vervolgen of vervolging niet voort te zetten. Cleiren en Nijboer, p. 29, geven aan dat nabestaanden kunnen worden aangemerkt als belanghebbenden in deze zin.
- 86** Deze praktijk sluit aan bij de aanbeveling van Blaauw c.s. 2002, p. 187-188.
- 87** Ontleend aan de inhoud van de dossiers en sectierapporten, aan de drugkaart van de politie Rotterdam-Rijnmond, als opgenomen in Cohen c.s. 2004, p. 499, aan de opmerkingen van materiedeskundigen en aan informatie op het internet, met name www.trimbos.nl, www.jellinek.nl en www.wikipedia.nl.

Colofon

Uitgave
Rijksrecherche

Redactie
Fijtje Koets, Nijmegen

Vormgeving
Vorm Vijf, Den Haag

Druk
Ando bv, Den Haag

mei 2006

Rijksrecherche
Kanonstraat 4
2514 AR Den Haag
Postbus 16424
2500 BK Den Haag

Telefoon (070) 34 11 100
Fax (070) 34 11 102

info@rijksrecherche.nl
www.rijksrecherche.nl