

Artikel

De invloed van culturele factoren op de risicotaxatie in een forensisch psychiatrisch centrum

Lise Meike Veenstra en Marinus Spreen

Samenvatting

In de Nederlandse forensisch psychiatrische centra (FPC) neemt het aantal tbs-patiënten met een andere cultuur dan de Nederlandse toe. Onderzocht is in hoeverre allochtone tbs-patiënten, in vergelijking met autochtone tbs-patiënten, als risicovoller worden ingeschat bij de risicotaxatie in een forensisch psychiatrisch centrum. Met het risicotaxatie-instrument HKT-Experimenteel zijn 56 dossiers gescoord van ex tbs-patiënten uit het FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen, die tussen 1992 en 2001 met onvoorwaardelijk ontslag zijn gegaan. Verwacht werd dat doordat taxateurs mogelijk met een “westerse blik” naar allochtone patiënten kijken, deze patiënten als risicovoller worden ingeschat op het vertonen van vaardigheden zoals coping- of sociale vaardigheden. Verder was de verwachting dat de verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten op deze vaardigheden kleiner zijn in het laatste jaar van de behandeling ten opzichte van het eerste jaar. Ten slotte werd verwacht dat allochtone patiënten als risicovoller worden ingeschat op de aanpassing aan de toekomstige situatie na het onvoorwaardelijke ontslag uit een tbs-instelling.

De resultaten laten zien dat allochtone patiënten vooral op hun arbeidsvaardigheden en de toekomstige steun van een positief sociaal netwerk als risicovoller worden ingeschat. Wanneer de vaardigheden als geheel worden bekeken, wordt bevestigd dat allochtone patiënten hierop als risicovoller worden ingeschat. Dit is eveneens het geval wanneer alle toekomstige situaties samen worden genomen. De verwachting dat de verschillen tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten minder groot zijn in het laatste jaar van de behandeling wordt in dit onderzoek niet bevestigd. Verder onderzoek betreffende de invloed van culturele factoren op risicotaxatie bij allochtone patiënten is gewenst.

Inleiding

In Nederland behoort één op de vijf inwoners tot de allochtone bevolking (Gijsberts, Huijnk & Dagevos, 2012). Dit zijn zowel westerse als niet-westerse allochtonen die allen een andere culturele achtergrond hebben dan de

Nederlandse. Binnen de Nederlandse tbs-inrichtingen is bijna een derde van alle tbs-patiënten van allochtone herkomst (Van Gemmert, Van Schijndel & Van Loenen, 2010). Door een toename van tbs-patiënten met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse wordt het van belang dat men stil staat bij de mogelijke invloeden van deze culturele factoren tijdens en op de behandeling (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2007).

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat er tijdens behandelingen niet altijd voldoende rekening wordt gehouden met de culturele achtergrond van de patiënten, terwijl dit juist van groot belang is. Deze culturele achtergronden beïnvloeden de behandeling van allochtonen waaronder het stellen van diagnoses bij deze groep patiënten (Kleijn, Verboom & Van der Schrier, 2004; Kortmann, 2010). Zo worden allochtonen in Nederland bij het plegen van een delict relatief vaker als geheel toerekeningsvatbaar of geheel ontoerekeningsvatbaar gezien en minder vaak als verminderd toerekeningsvatbaar, in vergelijking met autochtonen (Barendregt, Muller, Nijman & De Beurs, 2008). Volgens Vinkers, De Beurs, Barendregt, Rinne en Hoek (2010) komt dit voort uit de moeite die hulpverleners hebben met het maken van subtiele verschillen in de aansprakelijkheid bij allochtonen.

Ook bij het Pro Justitia onderzoek is er sprake van een significante samenhang tussen de etnische afkomst van een verdachte en de moeilijkheden die een psychiater ervaart bij het onderzoeken van de persoonlijkheid van de verdachte. Allochtonen krijgen vaker een stempel opgedrukt dat ze niet meewerken en gevaarlijker en minder voorspelbaar zijn (Kortmann, 2005). Ook tijdens de behandeling kunnen culturele verschillen een positief behandelresultaat in de weg staan. Zo lijken allochtonen hun klachten vaker te externaliseren en somatiseren dan autochtonen. Belangrijk is om deze lichamelijke problemen te erkennen. Daarnaast is het van belang om de hulpvraag van de patiënt en het hulpaanbod goed op elkaar af te stemmen zodat er geen onduidelijke verwachtingen over de behandeling ontstaan (Knipscheer & Kleber, 2005). Het is belangrijk voor een hulpverlener om duidelijk te krijgen wat het verhaal en het gedrag van de patiënt betekent in de cultuur van de patiënt, aangezien dit nogal kan verschillen (Kortmann, 2005).

Tijdens een tbs-behandeling is het verlenen van verlof aan patiënten een belangrijke stap in het resocialisatieproces. De patiënten leren stap voor stap weer te functioneren in de samenleving. Een belangrijk onderdeel bij het verlenen van verlof aan patiënten is de risicotaxatie. Risicotaxatie is het inschatten van de kans dat iemand opnieuw een delict pleegt (Van Emmerik, 2007). Een aan de Nederlandse context aangepast risicotaxatie-instrument is de in 2002 ontwikkelde Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2003). De HKT-30 bestaat uit dertig indicatoren die verdeeld zijn in drie domeinen, namelijk: het historische domein (11 items), het klinische domein (13 items) en het toekomst domein (6 items). Het historische domein heeft betrekking op de levensperiode van de

tbs-patiënten voorafgaande aan het indexdelict, bijvoorbeeld de justitiële voorgeschiedenis, gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar, verslavingen en intieme relaties. Het klinische domein heeft betrekking op het gedrag van tbs-patiënten in de afgelopen twaalf maanden tijdens de behandeling. Voorbeelden zijn het probleeminzicht, copingvaardigheden, het meewerken aan de behandeling en de acculturatieproblematiek. Ten slotte betreft het toekomst domein de inschatting van de taxateur over in hoeverre de tbs-patiënten zich zullen aanpassen aan de situatie na eventueel onvoorwaardelijk ontslag. Deze indicatoren hebben bijvoorbeeld betrekking op de toekomstige woonsituatie, de financiën, de werksituatie en het sociale netwerk. Aan de hand van deze drie domeinen wordt door een taxateur een gestructureerd klinisch eindoordeel gegeven over het recidiverisico van een patiënt. Dit eindoordeel is een inschatting van de kans dat iemand tijdens zijn verlof of na zijn onvoorwaardelijke verlof opnieuw een delict pleegt. In 2010 is er een vernieuwde versie van de HKT-30 ontwikkeld, de HKT-Experimenteel (HKT-EX; Werkgroep revisie HKT, 2010). De HKT-EX wordt momenteel in een landelijk onderzoek getest op de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid en verschijnt begin 2013.

Het mogelijke verschil in behandeling tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten zoals gesignaleerd in de literatuur, is de aanleiding om te onderzoeken in hoeverre allochtone patiënten ten opzichte van autochtone patiënten tijdens een tbs-behandeling als risicovoller worden ingeschat met betrekking tot het recidiverisico. In dit onderzoek wordt gesproken van een autochtone tbs-patiënt in het geval dat beide ouders van deze patiënt geboren zijn in Nederland. Van een allochtone tbs-patiënt wordt gesproken wanneer ten minste één ouder in het buitenland is geboren.

In dit onderzoek zijn zes Klinische items (K-items) van de HKT-EX onderzocht, namelijk Copingvaardigheden, Zorg voor een evenwichtige dagindeling, Arbeidsvaardigheden, Sociale vaardigheden, Zelfverzorging en Financiële & administratieve vaardigheden. Tevens zijn zeven Toekomst items (T-items) bekeken, namelijk Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie, Wonen, Financiën, Werk, Vrije tijd, Positief sociaal netwerk & steun en Stressbestendigheid.

De keuze voor de zes K-items is gemaakt vanwege het observeerbare karakter van deze vaardigheden. Zo zijn problemen op het gebied van arbeidsvaardigheden, bijvoorbeeld het altijd te laat komen op het werk, gemakkelijker door de hulpverleners te observeren dan of en in hoeverre iemand zicht heeft op zijn eigen problemen. Andere factoren, zoals de culturele achtergrond, zouden buiten beschouwing gelaten moeten worden tijdens de verslaglegging van deze vaardigheden door de hulpverleners en tijdens het scoren van deze items door de taxateurs van de HKT-EX. De verwachting is echter dat allochtone tbs-patiënten op de geselecteerde K-items als risicovoller worden ingeschat dan autochtone tbs-patiënten, mogelijk veroorzaakt door culturele

factoren. Zo kunnen bijvoorbeeld verschillen in non-verbaal gedrag voor miscommunicatie zorgen. In de westerse cultuur is het de gewoonte om tijdens een gesprek contact te leggen door middel van oogcontact. In andere culturen is dit echter niet altijd het geval (Shadid, 2002). Dit verschil in communicatieve vaardigheden kan ervoor zorgen dat allochtone patiënten op basis van de westerse maatstaven als minder sociaal vaardig worden gezien en dus als risicovoller worden gescoord. Verder is de verwachting dat doordat allochtone patiënten mogelijk beter bekend raken met de westerse maatstaven en de hulpverleners een beter begrip krijgen van de culturele achtergrond van de patiënten, de verschillen tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten kleiner zijn in het laatste jaar van de behandeling in vergelijking met het eerste jaar van de behandeling.

De T-items hebben betrekking op de verwachte aanpassing van de patiënt aan de situatie na de behandeling, bijvoorbeeld in hoeverre patiënten steun kunnen zoeken bij een positief sociaal netwerk. In tegenstelling tot de K-items gaat het bij de T-items niet om observeerbaar gedrag maar om een voorspelling van de toekomst. Door het toevoegen van de T-items aan dit onderzoek kan onderzocht worden of culturele factoren een grotere rol spelen bij een inschatting op toekomstig gedrag in vergelijking met direct observeerbaar gedrag. Ook hier is de verwachting dat allochtone tbs-patiënten als risicovoller ingeschat worden vergeleken met autochtone tbs-patiënten.

Methode

Onderzoeksgroep

Dit onderzoek is gebaseerd op 65 dossiers van mannelijke ex-tbs-patiënten uit forensisch psychiatrisch centrum Dr. S. van Mesdag, die tussen 1992 en 2001 met onvoorwaardelijk ontslag zijn gegaan. Wegens missende waarden zijn uiteindelijk 56 dossiers daadwerkelijk gebruikt. Vijftien patiënten zijn van allochtone afkomst.

De gemiddelde leeftijd van de tbs-patiënten bij opname in de kliniek was 28 jaar ($SD = 6.41$), met een minimum leeftijd van achttien jaar en een maximum leeftijd van 45 jaar. De gemiddelde behandelduur was 74 maanden ($SD = 29.24$). De kortste behandeling duurde negentien maanden terwijl de langste behandeling 169 maanden duurde. Ten tijde van de eerste veroordeling was de gemiddelde leeftijd van de tbs-patiënten twintig jaar ($SD = 6.16$). De jongste leeftijd bij de eerste veroordeling was veertien jaar en de oudste leeftijd was 45 jaar. Hierbij is gekeken naar alle overtredingen en delicten, en niet alleen naar tbs-waardige delicten. Het totaal aantal gepleegde delicten per tbs-patiënt liep van één delict tot 167 delicten met een gemiddeld aantal van 10.3 delicten per patiënt.

Aan de hand van een t-toets (Independent Samples T-test) is gekeken naar het verschil tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten betreffende de leeftijd bij opname, de behandelduur, de leeftijd bij de eerste veroordeling en

het totaal aantal delicten per patiënt (zie Tabel 1). Deze vergelijking is gemaakt om te onderzoeken in hoeverre de groep allochtone tbs-patiënten bij binnenkomst in de kliniek verschilde met de groep autochtone tbs-patiënten. Mogelijke verschillen tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten op de K- en T-items kunnen dan niet toegeschreven worden aan al aanwezige verschillen bij binnenkomst in de kliniek. De t-toetsen laten geen significante verschillen zien tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten (*Leeftijd bij opname*: $t(18.79) = -1.60$, $p = .13$, *Behandelduur in maanden*: $t(54) = -.03$, $p = .98$, *Leeftijd bij eerste veroordeling*: $t(17.02) = -.77$, $p = .45$, *Totaal aantal delicten*: $t(14.84) = -.94$, $p = .36$).

Tabel 1: Vergelijking van allochtone met autochtone tbs-patiënten op de volgende kenmerken: Leeftijd bij opname, Behandelduur, Leeftijd bij de eerste veroordeling en het Totaal aantal delicten per patiënt.

	N	Patiënten	M	SD	t (df)	p
Leeftijd bij opname	15	Allochtoon	30.73	39.21	-1.60 (18.79)	.13
	41	Autochtoon	27.10	25.25		
Behandelduur	15	Allochtoon	74.07	8.14	-.03 (54)	.98
	41	Autochtoon	73.80	5.44		
Leeftijd eerste veroordeling	15	Allochtoon	21.80	9.01	-.77 (17.02)	.45
	38	Autochtoon	19.92	4.64		
Aantal delicten	15	Allochtoon	17.80	41.56	-.94 (14.84)	.36
	41	Autochtoon	7.56	11.88		

N varieert bij de variabelen door missende waarden als gevolg van ontbrekende informatie in de dossiers.

Materiaal

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gereviseerde versie van de HKT-30, de HKT-EX. De HKT-EX bestaat uit twaalf historische items, negentien klinische items en acht toekomst items die alle gescoord worden op een vijf-puntsschaal. De schaal loopt van de score 0 tot 4 waarbij geldt dat hoe hoger de score, des te meer iemand als risicovol wordt gezien.

In dit onderzoek zijn dertien items van de HKT-EX onderzocht zoals beschreven in de inleiding. De klinische variabelen (K-items) zijn gescoord op een 17-puntsschaal in plaats van de gebruikelijke vijf-puntsschaal. De keuze voor deze schaal is gemaakt omdat de K-items eveneens worden gebruikt voor het patiëntvolgsysteem in het FPC Dr. S. van Mesdag. Een 17-puntsschaal is sensitiever om veranderingen in een korte tijdsspanne per indicator te meten, wat een voordeel is bij het gebruik van een individueel patiëntvolgsysteem. De 17-puntsschaal loopt van score 0 tot 16 en hierbij geldt dat hoe lager een patiënt gescoord wordt op een item des te meer de patiënt als risicovol wordt ingeschat.

Bij de toekomst items (T-items) is in dit onderzoek wel de vijf-puntsschaal van de HKT-EX aangehouden. Bij deze items geldt dat hoe hoger een patiënt gescoord wordt des te meer de patiënt als risicovol wordt gezien.

Procedure

De eerste stap in de onderzoeksprocedure is het doorlezen van het patiënt-dossier. Eerst zijn de Historische items gescoord. Vervolgens zijn de K-items gescoord voor de eerste twaalf maanden van de behandeling (instroommeting). Daarna zijn dezelfde K-items gescoord voor de laatste twaalf maanden van de behandeling (uitstroommeting). Dit maakte het mogelijk om op een grove manier het behandelverloop van de patiënt te analyseren op de K-items. De T-items zijn alleen voor de laatste twaalf maanden van de behandeling gescoord. Doordat de dossiers slechts eenmaal gescoord zijn is het niet mogelijk de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid mee te nemen in het onderzoek. Belangrijk te vermelden is dat tijdens het scoren van de dossiers er geen sprake mag zijn van enige kennis over de daadwerkelijke recidivecijfers.

Analyse

Bij de afzonderlijke K-items is met behulp van een t-toets (Independent Samples T-test) onderzocht in hoeverre allochtone tbs-patiënten als risicovoller ingeschat worden in vergelijking met autochtone tbs-patiënten. Dit is zowel voor de instroommeting als voor de uitstroommeting gedaan. Om voor kanskapitalisatie te corrigeren is er gecorrigeerd volgens de Bonferroni methode ($p \leq .05 / k = p \leq .05 / 6$).

Het behandelverloop van de tbs-patiënten op de K-items is in dit onderzoek gedefinieerd als het verschil tussen het toestandsbeeld van de patiënt gedurende de instroommeting en de uitstroommeting. Er is per K-item een nieuwe variabele aangemaakt, de score op de uitstroommeting minus de score op de instroommeting, waarna met behulp van een t-toets (Independent Samples T-test) onderzocht is in hoeverre allochtone en autochtone tbs-patiënten van elkaar verschillen in het behandelverloop. Ook hier is gecorrigeerd voor kanskapitalisatie volgens de Bonferroni methode.

Door eveneens een logistische regressie toe te passen is onderzocht welke variabelen discrimineren tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten, rekening houdend met de onderlinge samenhang tussen variabelen. Er is gebruik gemaakt van de Backwards Stepwise methode. De logistische regressie is zowel op de instroommeting als op de uitstroommeting toegepast.

Met behulp van een betrouwbaarheidsanalyse is onderzocht of de gemiddelde inter-item correlatie en de Cronbach's Alpha hoog genoeg waren om ervan uit te gaan dat de selectie van K-items een onderliggend construct meten en dus als schaal geïnterpreteerd mogen worden. Bij tests voor belangrijke beslissingen wordt een Alpha tussen de .80 en .90 als voldoende gezien (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000). Omdat dit het geval is in dit onderzoek (*Instroommeting*: Cronbach's Alpha = .86, *Gemiddelde inter-item correlatie* = .50, *Uitstroommeting*: Cronbach's Alpha = .89, *Gemiddelde inter-item correlatie* = .60) is als nieuwe variabele de somscore van de K-items aangemaakt, genaamd de Klinische schaal. Met een t-test (Independent Samples T-test) is vervolgens onderzocht in hoeverre allochtone tbs-patiënten als risicovoller worden gescoord op de Klinische schaal in vergelijking met autochtone tbs-patiënten. Dit is zowel voor de instroommeting als voor de uitstroommeting

gedaan.

Net als bij de afzonderlijke K-items, is het behandelverloop van de patiënten op de Klinische schaal onderzocht. Hiervoor is een nieuwe variabele aangemaakt, namelijk de somscore op de uitstrooimeting minus de somscore op de instrooimeting. Daarna is met behulp van een t-toets (Independent Samples T-test) onderzocht in hoeverre allochtone en autochtone tbs-patiënten van elkaar verschillen in het behandelverloop op de Klinische schaal.

Met behulp van een t-toets (Independent Samples T-test) is per T-item onderzocht in hoeverre allochtone en autochtone tbs-patiënten van elkaar verschillen op deze items. Dit is alleen voor de uitstrooimeting gedaan. Voor kanskapitalisatie is gecorrigeerd volgens de Bonferroni methode ($p \leq .05 / k = p \leq .05 / 7$).

Met behulp van een logistische regressie (Backwards Stepwise methode) is voor de T-items onderzocht welke variabelen discrimineren tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten, rekening houdend met onderlinge samenhang tussen variabelen.

Ook voor de T-items is onderzocht of deze items geïnterpreteerd mogen worden als een schaal. De betrouwbaarheidsanalyse laat zien dat de gemiddelde inter-item correlatie en de Cronbach's Alpha hoog genoeg zijn om ervan uit te gaan dat de T-items een onderliggend construct meten en dus als schaal geïnterpreteerd mogen worden (Cronbach's Alpha = .92, Gemiddelde inter-item correlatie = .62). Er is een nieuwe variabele, de somscore, aangemaakt en met deze somscore is vervolgens door middel van een t-toets (Independent Samples T-test) onderzocht in hoeverre allochtone tbs-patiënten als risicovoller worden gescoord op de Toekomst schaal in vergelijking met autochtone tbs-patiënten.

Resultaten

Het verschil tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten op de klinische vaardigheden

Allochtone tbs-patiënten worden tijdens de instrooimeting op alle zes K-items als risicovoller gescoord dan autochtone tbs-patiënten. Dit is voor de volgende items een significant verschil: *Zorg voor een evenwichtige dagindeling* ($t(53) = 3.14, p = .002$), *Arbeidsvaardigheden* ($t(49) = 3.98, p = .00$), *Sociale vaardigheden* ($t(54) = 3.04, p = .002$) en *Financiële en administratieve vaardigheden* ($t(47) = 1.96, p = .03$). Dit laatste item is echter niet significant nadat gecorrigeerd wordt voor kanskapitalisatie ($p \leq .05 / 6 = p \leq .008$). Tijdens de uitstrooimeting blijken allochtone tbs-patiënten eveneens op alle items gemiddeld lager te scoren dan autochtone tbs-patiënten. Voor vijf van de zes items is dit een significant verschil (*Copingvaardigheden*: ($t(54) = 2.04, p = .02$), *Zorg voor een evenwichtige dagindeling*: ($t(18.64) = 2.44, p = .01$), *Arbeidsvaardigheden*: ($t(16.38) = 2.59, p = .01$), *Zelfverzorging*: ($t(52) = 2.10, p = .02$) en *Financiële en administratieve vaardigheden*: ($t(50) = 2.38$,

$p = .01$). Nadat gecorrigeerd wordt voor kanskapitalisatie ($p \leq .008$) zijn de verschillen echter niet significant.

Uit de logistische regressie komt naar voren dat alleen het item Arbeidsvaardigheden als relevant overblijft voor het bepalen van een verschil tussen allochtone en autochtone patiënten. Dit is zowel bij de instroommeting als bij de uitstroommeting het geval (zie Tabel 2 voor de laatste stap van de logistische regressie).

Bij het behandelverloop op de K-items tussen het eerste jaar en het laatste van de behandeling komt naar voren dat allochtone tbs-patiënten gemiddeld een sterkere stijging in hun toestandsbeeld doormaakten dan autochtone tbs-patiënten op de items Zorg voor een evenwichtige dagindeling, Arbeidsvaardigheden en Zelfverzorging. Dit betekent dat de mate waarin allochtone tbs-patiënten als risicovol gezien worden meer afneemt gedurende de behandeling dan bij autochtone tbs-patiënten op deze items. Dit zijn echter geen significante verschillen. Autochtone tbs-patiënten lijken in vergelijking met allochtone tbs-patiënten een sterkere stijging door te maken op de items Copingvaardigheden, Sociale vaardigheden en Financiële en administratieve vaardigheden. Hier is echter alleen het verschil op het item Sociale vaardigheden significant ($t(52) = 2.06, p = .02$). Nadat gecorrigeerd is voor kanskapitalisatie ($p \leq .008$), is ook dit verschil niet significant.

Tabel 2: Verschillen tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten op de K-items bij de instroommeting en de uitstroommeting: resultaten van de logistische regressie.

			B	S.E.	Wald	Df	P	Exp (B)
Instroom	Stap 6 ^a	Arbeidsvaardigheden	-.33	.10	10.87	1	.001	.72
		Constante	1.52	.80	3.58	1	.06	4.57
Uitstroom	Stap 6 ^a	Arbeidsvaardigheden	-.31	.12	6.33	1	.01	.74
		Constante	3.06	1.66	3.40	1	.07	21.34

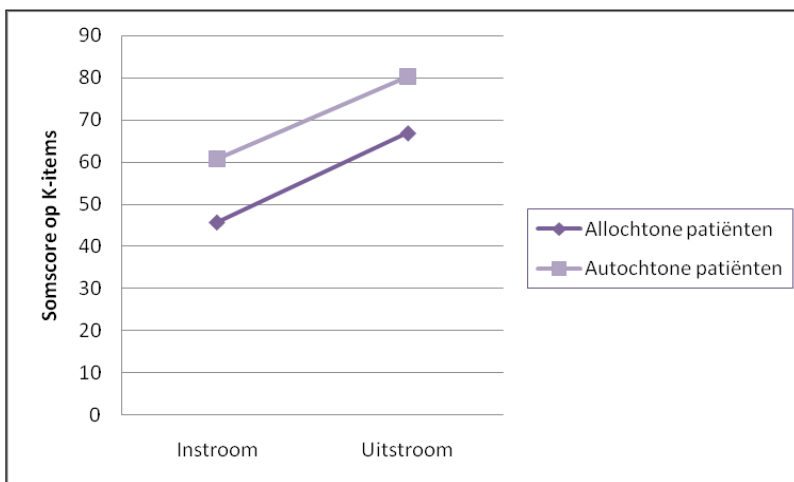
^a Meegenomen variabelen in stap 1: Copingvaardigheden, Evenwichtige dagindeling, Arbeidsvaardigheden, Sociale vaardigheden, Zelfverzorging & Financiële vaardigheden.

Op de somscore van de Klinische schaal bij de instroommeting scoren allochtone tbs-patiënten ($M = 45.68, SD = 16.24$) gemiddeld lager dan autochtone tbs-patiënten ($M = 60.65, SD = 15.70$). Dit verschil is significant ($t(54) = 3.13, p = .00$). Bij de uitstroommeting scoren allochtone tbs-patiënten ($M = 66.93, SD = 19.05$) eveneens lager dan autochtone tbs-patiënten ($M = 80.28, SD = 15.09$). Dit is een significant verschil ($t(54) = 2.73, p = .01$) (zie Tabel 3).

Tabel 3: Vergelijking van allochtone met autochtone tbs-patiënten uitgesplitst naar de instroommeting en de uitstroommeting op de Somscore van de Klinische schaal.

	Patiënten	Instroom				<i>p</i>	Uitstroom				<i>p</i>
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	
Somscore	Allochtoon	1541	45.68	16.24	3.13 (54)	.00	1541	66.93	19.05	2.73 (54)	.01
	Autochtoon		60.65	15.70				80.28	15.09		

Wanneer er gekeken wordt naar het behandelverloop komt naar voren dat allochtone tbs-patiënten ($M = 21.25$, $SD = 18.40$) hierop niet significant verschillen van autochtone tbs-patiënten ($M = 19.63$, $SD = 14.48$; $t(54) = -.35$, $p = .37$) (zie Figuur 1).



Figuur 1: De Somscore van alle klinische vaardigheden items tijdens de instroommeting en de uitstroommeting uitgesplitst naar allochtone ($N = 15$) en autochtone tbs-patiënten ($N = 41$). Hogere somscores reflecteren betere vaardigheden.

Het verschil tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten op de toekomstige situatie
 Per T-item is gekeken naar het verschil tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten. Hier lijkt naar voren te komen dat allochtone tbs-patiënten tijdens de uitstroommeting op alle zeven T-items gemiddeld hoger, en dus als risicovoller, gescoord worden dan autochtone tbs-patiënten. Dit is een significant verschil voor de items *Wonen* ($t(17.02) = -2.11$, $p = .03$), *Werk* ($t(54) = -1.99$, $p = .03$), *Vrije tijd* ($t(20.73) = -1.87$, $p = .04$), *Positief sociaal netwerk & steun* ($t(19.25) = -2.63$, $p = .005$) en *Stressbestendigheid* ($t(54) = -2.04$, $p = .02$). Na de Bonferroni correctie ($p \leq .05 / 7 = p \leq .007$) is alleen het verschil op het item Positief & sociaal netwerk & steun een significant verschil. Uit de logistische regressie blijft alleen het item Positief sociaal netwerk & steun over als voorspeller van een verschil tussen allochtone en autochtone patiënten (zie Tabel 4 voor de laatste stap van de logistische regressie).

Tabel 4: Verschillen tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten op de T-items bij de uitstroommeting: resultaten van de logistische regressie.

		<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>Wald</i>	<i>Df</i>	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>
Stap 7 ^a	Positief sociaal netwerk	.90	.34	6.93	1	.008	2.46
	Constante	-1.83	.49	14.20	1	.00	.16

^a Meeegenomen variabelen in stap 1: Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie, wonen, financiën, werk, vrije tijd, positief sociaal netwerk & steun en stress bestendigheid.

Op de somscore van alle T-items worden allochtone tbs-patiënten ($M = 11.36$, $SD = 5.65$) significant als risicovoller ingeschat in vergelijking met autochtone tbs-patiënten ($M = 6.67$, $SD = 7.55$) ($t(51) = -2.43$, $p = .01$) (zie Tabel 5).

Tabel 5: Vergelijking van allochtone met autochtone tbs-patiënten tijdens de uitstroommeting op de Somscore van de toekomst items.

	Patiënten	N	M	SD	t	P
Somscore	Allochtoon	14	11.36	5.65	-2.43 (51)	.01
	Autochtoon	39	6.67	7.55		

N varieert door missende waarden als gevolg van ontbrekende informatie in de dossiers.

Conclusies

In deze studie is onderzocht in hoeverre allochtone tbs-patiënten, in vergelijking met autochtone tbs-patiënten, als risicovoller worden ingeschat op de K-items (Copingvaardigheden, Zorg voor een evenwichtige dagindeling, Arbeidsvaardigheden, Sociale vaardigheden, Zelfverzorging en Financiële & administratieve vaardigheden) en de T-items (Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie, Wonen, Financiën, Werk, Vrije tijd, Positief sociaal netwerk & steun en Stressbestendigheid) van het risicotaxatie-instrument de HKT-EX. Tevens is onderzoek gedaan naar het verschil tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten in het behandelverloop op de K-items tussen de eerste twaalf maanden van de behandeling en de laatste twaalf maanden van de behandeling.

Allochtone en autochtone tbs-patiënten verschilden niet op leeftijd bij opname, de behandelduur, leeftijd bij de eerste veroordeling en het totaal aantal delicten. De verwachting dat allochtone tbs-patiënten op de afzonderlijke K-items als risicovoller worden ingeschat in vergelijking met autochtone tbs-patiënten, wordt in dit onderzoek deels bevestigd. Zo lijken allochtone tbs-patiënten op alle K-items als risicovoller ingeschat te worden in vergelijking met autochtone tbs-patiënten. Dit is echter alleen voor het item Arbeidsvaardigheden een significant verschil. Allochtone tbs-patiënten worden zowel tijdens de instroommeting als tijdens de uitstroommeting significant als minder vaardig, en hierdoor als risicovoller, ingeschat op dit item. Wanneer

gekeken wordt naar de somscore van de Klinische schaal, komt naar voren dat allochtone tbs-patiënten significant als risicovoller worden ingeschat op deze schaal dan autochtone tbs-patiënten. Dit is zowel bij de instroommeting als bij de uitstroommeting het geval. Betreffende het behandelverloop tussen het eerste jaar van de behandeling en het laatste jaar van de behandeling kan de hypothese dat het verschil tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten kleiner wordt, in dit onderzoek niet bevestigd worden. Zowel op de afzonderlijke K-items als op de Klinische schaal is het verschil tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten aan het einde van de behandeling niet kleiner dan aan het begin van de behandeling.

De verwachting dat allochtone tbs-patiënten, in vergelijking met autochtone tbs-patiënten, tijdens de uitstroommeting als risicovoller worden ingeschat op de T-items, is eveneens deels bevestigd. Evenals bij de K-items lijken allochtone tbs-patiënten op alle T-items als risicovoller ingeschat te worden. Dit is echter alleen voor het item Positief sociaal netwerk & steun een significant effect. Wanneer gekeken wordt naar de somscore van de Toekomst schaal, komt naar voren dat allochtone tbs-patiënten op deze schaal significant als risicovoller worden ingeschat dan autochtone tbs-patiënten.

Uit bovenstaande resultaten kan geconcludeerd worden dat in dit onderzoek allochtone tbs-patiënten als risicovoller worden ingeschat op de items Arbeidsvaardigheden en Positief sociaal netwerk & steun, in vergelijking met autochtone tbs-patiënten. Allochtone tbs-patiënten worden eveneens als risicovoller ingeschat op de Klinische en de Toekomst schaal. De verschillen in dit onderzoek tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten zijn aan het einde van behandeling niet kleiner ten opzichte van het eerste jaar van de behandeling.

Verklaringen voor de resultaten

De resultaten uit dit onderzoek kunnen op verschillende manieren worden verklaard. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat er daadwerkelijk een verschil aanwezig kan zijn tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten op het ver-tonen van arbeidsvaardigheden en het kunnen vertrouwen op een positief sociaal netwerk. Een hogere score op deze items zou dan rechtvaardig zijn. Eenduidige literatuur gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek is voor de onderbouwing van deze verklaring echter niet te vinden.

Een andere mogelijkheid is dat allochtone tbs-patiënten misschien niet daadwerkelijk slechter presteerden op deze vaardigheden maar wel als risicovoller ingeschat werden. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat er met een “westerse blik” gekeken wordt naar het gedrag van allochtone tbs-patiënten. Hulpverleners die dagelijks contact hadden met de patiënten kunnen mogelijk het behandelverloop bevooroordeeld gerapporteerd hebben doordat het gedrag van allochtone tbs-patiënten afweek van de westerse normen en waarden. Vervolgens baseerden de taxateurs van de HKT-EX de scores op de items aan de hand van deze bevooroordeelde dossiers en scoorden ze allochtone tbs-patiënten als gevolg hiervan slechter. Een andere mogelijkheid is dat de taxateurs met een bevooroordeelde blik de dossiers lazen. Dit kan even-

eens leiden tot een slechtere score voor allochtone patiënten. De verklaring dat hulpverleners met een “westerse blik” naar het gedrag van allochtone tbs-patiënten kijken wordt ondersteund door de literatuur. Zo geeft Kortmann (2010) aan dat het gedrag van mensen wordt gevormd door iemands cultuur en hierdoor gemakkelijk verkeerd kan worden geïnterpreteerd wanneer een hulpverlener niet bekend is met de cultuur van de patiënt. Ook met betrekking tot het vaststellen van de mate van verantwoordelijkheid komt de onbekendheid met andere culturen dan de Nederlandse cultuur bij hulpverleners naar voren. Zo lijken hulpverleners bij het vaststellen van de aansprakelijkheid bij allochtone ouders moeite te hebben met het maken van subtiele verschillen in de aansprakelijkheid (Vinkers et al., 2010).

Het gevolg voor allochtone tbs-patiënten was dat ze benadeeld werden met betrekking tot de risicotaxatie, ze werden namelijk als risicovoller ingeschat op de Klinische en de Toekomst schaal. Uit eerder onderzoek is al naar voren gekomen dat allochtonen in Nederland bij het plegen van een delict vaker als geheel toerekeningsvatbaar of geheel ontoerekeningsvatbaar werden gezien en minder vaak als verminderd toerekeningsvatbaar, in vergelijking met autochtonen (Vinkers et al., 2010). Het huidige onderzoek laat nu ook zien dat culturele factoren mogelijk ervoor zorgen dat allochtone tbs-patiënten gezien worden als risicovoller en patiënten hierdoor mogelijk minder snel met verlof of onvoorwaardelijk ontslag gaan. Hier moet echter de kanttekening bij worden geplaatst dat de resultaten ook laten zien dat allochtone tbs-patiënten gemiddeld niet langer vastzaten dan autochtone tbs-patiënten. Dit zou kunnen betekenen dat allochtone tbs-patiënten misschien wel als risicovoller worden ingeschat maar dat dit geen invloed heeft op de lengte van de behandeling.

Beperkingen van het onderzoek

Een beperking van dit onderzoek is dat de dossiers afkomstig zijn van ex-tbs-patiënten die allen een behandeling hebben ondergaan in dezelfde kliniek, zodat de resultaten niet gegeneraliseerd kunnen worden naar een landelijk beeld. Een andere beperking is de grootte van de onderzoeksgroep, het is een kleine steekproef. Daarnaast was de kwaliteit van de verslaglegging van de dossiers niet altijd optimaal. Sommige informatie gaat terug tot begin jaren tachtig. In die periode was de verslaglegging nog niet zo nauwkeurig als tegenwoordig het geval is. Hierdoor ontbreekt soms, voor het scoren van de HKT-EX, belangrijke informatie. Ten slotte is in dit onderzoek elk dossier enkel gescoord waardoor geen interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend kan worden. Hierdoor is het niet uit te sluiten dat persoonlijke kenmerken van de taxateurs invloed hebben gehad op het scoren van de HKT-EX.

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie heeft een verkennend onderzoek gedaan naar de invloed van culturele factoren tijdens het proces van de tbs-maatregel (Verstegen, Zenedel, Ingleby & de Vogel, 2011). Tijdens elke fase van de tbs-maatregel (proces van advisering, vordering, oplegging, tenuitvoerlegging en beëindiging) is geïnventariseerd of de culturele achtergrond van belang is en hoe hier in de praktijk mee omgegaan wordt. Onderzoek zo-

als gedaan is door het WODC is van belang om optimaal aan te sluiten bij de grote groep allochtone patiënten in de tbs-instellingen. Bijna een derde van alle tbs-patiënten in Nederland is namelijk van allochtone herkomst (Van Gemmert et al., 2010). Verder onderzoek moet uitwijzen op welke manier er bij de inschatting van het recidiverisico rekening kan worden gehouden met de invloeden van culturele factoren op de risicotaxatie. Zo is er in de psychiatrische diagnostiek een model ontwikkeld, als bijlage bij de DSM-IV, die de nadruk legt op het effect dat cultuur kan hebben op de symptomen van allochtone patiënten, genaamd de Cultural Formulation of Diagnosis (American Psychiatric Association, 1994). Een hulpverlener kan bij het stellen van een diagnose rekening houden met deze culturele effecten waardoor het stellen van een diagnose rekening houdend met deze culturele effecten waardoor het stellen van een diagnose cultuursensitiever wordt. Door bij de HKT-EX eveneens de nadruk te leggen op het effect dat cultuur kan hebben op de risicotaxatie bij allochtone patiënten kan ook het juist inschatten van het recidiverisico verbeterd worden. Daarnaast is het belangrijk dat er meer inzicht komt in de situatie betreffende de beoordeling van allochtone patiënten tijdens een tbs-behandeling in relatie tot de risicotaxatie.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Barendregt, M., Muller, E., Nijman, M.A.H. & Beurs de, E. (2008). Factors associated with experts' opinions regarding criminal responsibility in the Netherlands. *Behavioral Sciences en the Law*, 26, 619-631.
- Emmerik van, J.L. (2007). Voorspelling van delictrecidive in de forensische psychiatrie: risicotaxatie. In: B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker (Red.), *De psychiatrie in het Nederlandse recht* (pag. 205-219). Deventer: Kluwer.
- Evers, A., Vliet-Mulder van, J. C. & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Gemmert van, N., Schijndel van, C. & Loenen van, D. (2010). *TBS in getal 2005 – 2009*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Gijsberts, B., Huijnk, W. & Dagevos, J. (2012). *Jaarrapport integratie 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kortmann, F.A.M. (2005). Interculturalisatie van de forensische psychiatrie: hulpverlening aan allochtone patiënten. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pag. 126-138). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kortmann, F.A.M. (2010). Transcultural psychiatry: From practice to theory. *Transcultural psychiatry*, 47(203), 202-223.
- Kleijn, W., Verboom, R. & Schrier van der, W. (2004). *Psychodiagnostiek bij migranten en vluchtelingen. Een landelijke enquête onder psychologen*. Utrecht: GGZ Nederland.

- Knipscheer, J. & Kleber, J. (2005). Psychotherapie met allochtonen, écht zo anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 717-724.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). *Als niemand begrijpt wat ik bedoel, omgaan met allochtonen in de tbs* (advies). Den Haag: RSJ.
- Shadid, W. (2002). Culturele diversiteit en interculturele communicatie. In: H. van Veghel (Red.), *Waarden onder de meetlat: Het Europese waardenonderzoek in discussie* (pag. 1 – 7). Budel: Damon b.v.
- Verstegen, N., Zendedel, R., Ingleby, D. & Vogel de, V. (2011) *'De puzzel is het grootst bij allochtonen' Een verkennend onderzoek naar culturele diversiteit in de tbs*. Den Haag: WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Vinkers, D.J., Beurs de, E., Barendregt, M., Rinne, T. & Hoek, H.W. (2010). Pre-trial psychiatric evaluations and ethnicity in the Netherlands. *International journal of Law and Psychiatry*, 33, 192-196.
- Werkgroep revisie HKT (2010), *Handleiding HKT-EX, experimentele versie. Alleen voor de HKT revisiestudie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30, versie 2002. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.