

Als niemand begrijpt wat ik bedoel

Omgaan met allochtonen in de tbs

Advies d.d. 12 november 2007

Inhoudsopgave

Voorwoord en leeswijzer	5
Samenvatting	7
1. Terbeschikkingstelling en allochtonen	9
2. Wat is het probleem?	13
3. Andere culturen in samenleving en zorgverlening: onderzoeksresultaten	15
4. Conclusies en discussie	25
5. Aanbevelingen	29
Gebruikte bronnen	33

Voorwoord en leeswijzer

Voor u ligt het advies van de Raad voor Strafrechtstoepassing en jeugdbescherming over ‘Interculturalisatie’ in de tbs. Dit advies heeft betrekking op het omgaan met verschillende culturen in de tenuitvoerlegging van de tbs.

Over interculturalisatie in de tbs-sector is nog maar weinig gepubliceerd. In dit advies verkent de Raad de knelpunten rond het omgaan met patiënten met verschillende culturele achtergronden in de tenuitvoerlegging van de tbs. Met welke problemen krijgen patiënten en behandelaars te maken en hoe pakken de behandelaars deze aan? Hoe ver is men met de interculturalisatie in de tbs? In hoeverre houden tbs-inrichtingen structureel rekening met de diversiteit van culturele achtergronden bij patiënten in de dagelijkse omgang met patiënten, in de zorg die hen geboden wordt, in de organisatie als geheel? Hoe zou de situatie verder verbeterd kunnen worden?

Dit advies is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 schetst de context van het adviesonderwerp en de aanleiding voor de Raad om dit advies uit te brengen. In hoofdstuk 2 wordt de probleemstelling uiteengezet. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van het onderzoek dat de Raad in de voorbereiding van zijn advies heeft verricht en een overzicht van de geraadpleegde literatuur. In hoofdstuk 4 worden deze bevindingen geplaatst in de context van de tbs-behandeling, wat leidt tot conclusies. In hoofdstuk 5 worden aanbevelingen geformuleerd.

Samenvatting

Een derde deel van de patiënten in de tbs-inrichtingen is van allochtone herkomst. Hun aantal zal naar verwachting in de komende jaren verder toenemen. Allochtone patiënten kunnen in hun ziektebeleving en -presentatie, hulpvraag en participatie in de behandeling verschillen van autochtonen. Het goed kunnen begrijpen en interpreteren van het gedrag van allochtone patiënten en daarmee op een juiste manier kunnen omgaan, stelt bijzondere eisen aan de behandeling en begeleiding. Als aan deze eisen niet wordt voldaan, doet dit afbreuk aan de doeltreffendheid van de behandeling. Omdat de tbs betrekking heeft op plegers van ernstige delicten, levert insufficiëntie van behandeling een maatschappelijk risico op. Daarnaast leidt etnocentrisme onder behandelaars tot een afwijkende behandeling van allochtonen. Er wordt dan met twee maten gemeten. Hierdoor is de rechtspositie van allochtone patiënten in het geding.

Bijzondere aandacht voor het op een goede manier omgaan met allochtonen, ook wel aangeduid als interculturalisatie, is dringend noodzakelijk. Verscheidene tbs-inrichtingen hebben initiatieven genomen in de richting van interculturalisatie, maar over het geheel genomen vindt het in de tbs nog niet op een structurele basis plaats.

In dit advies wordt verkend welke cultuurverschillen relevant zijn voor de tbs-behandeling. Aan de hand van de wijze waarop de inrichtingen hiermee thans omgaan formuleert de Raad de algemene aanbeveling om interculturalisatie centraal aan te sturen, van een structurele basis te voorzien en in de organisatie en uitvoering van de behandeling een vaste plaats te geven.

1. Terbeschikkingstelling en allochtonen

1.1 De maatregel terbeschikkingstelling (tbs)

De maatregel tbs heeft de bescherming van de maatschappij op de korte en op de lange termijn als doel. De dwangverpleging beoogt beveiliging van de samenleving op korte termijn. Het aanbieden van behandeling heeft tot doel bescherming van de samenleving op de langere termijn.

Tbs wordt door de rechter opgelegd en in de regel ten uitvoer gelegd in voor verpleging en behandeling van terbeschikkinggestelden bestemde en gespecialiseerde inrichtingen.

1.2 De bejegening van tbs-gestelden: definities en juridische context

In de Beginselenwet verpleging tbs-gestelden (Bvt) en het Reglement verpleging tbs-gestelden (Rvt) is het recht van tbs-gestelden op verpleging en behandeling vastgelegd. Met de behandeling wordt beoogd het gevaar op herhaling van het delict tot een aanvaardbaar minimum terug te brengen door verbetering van de mentale conditie van de persoon. Het geheel van verpleging en behandeling vat de Raad in dit advies samen onder het begrip 'bejegening'. Van goede bejegening is sprake als deze resulteert in een verantwoorde en humane tenuitvoerlegging van de tbs. Goede bejegening voor tbs-gestelden met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse (verder aan te duiden als allochtonen)¹ vormt het onderwerp van dit advies. Bij de variant 'tbs met dwangverpleging' vindt de verpleging onder dwang plaats. Naast materiële verzorging, houdt verpleging ook in dat aan de tbs-gestelde een aanbod tot behandeling wordt gedaan. Behandeling tegen de wil van de betrokkene, dus onder dwang, is in beginsel uitgesloten². De tbs-gestelde kan dus nee zeggen tegen de behandeling, of onderdelen daarvan. Het feit dat de behandeling in een niet-vrijwillige situatie plaatsvindt, heeft implicaties voor de manier waarop de patiënten tegen behandeling aankijken en ondergaan. Dwangverpleging betekent dat behandelaars en patiënten niet in alle opzichten de inhoud en het verloop van de behandeling met elkaar kunnen overeenkomen, omdat beslissingen in het kader van oplegging, tenuitvoerlegging en beëindigen van de tbs geheel of gedeeltelijk worden genomen door partijen van buiten. De rechter legt de maatregel op en beëindigt ze; de minister beslist over (en bepaalt de kaders voor) het verlenen van verlof. Deze beperking heeft gevolgen voor de behandelrelatie en de behandeldoelen. Verder is kenmerkend voor de tbs dat een hulpvraag en/of ziekte-inzicht bij de patiënt soms ontbreekt, al dan niet met ontkenning van het delict waarvoor de tbs is opgelegd. De tbs-gestelde is dus niet altijd gemotiveerd voor behandeling.

De culturele achtergrond van de tbs-gestelde voegt daaraan een extra dimensie toe: het is immers niet denkbeeldig dat culturele factoren een rol spelen in de beleving en de effecten van het 'dwang en drang'-karakter van de bejegening in de tbs. In dit advies wordt deze problematiek verder verkend en worden aanbevelingen gedaan om hiermee op een gepaste manier om te gaan.

1.3 Interculturalisatie in de geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt sinds de jaren tachtig vrij veel aandacht besteed aan de

¹ De Raad hanteert als definitie voor allochtonen: "Personen van wie tenminste één van de ouders buiten Nederland is geboren." (CBS, zie www.cbs.nl). Allochtonen in de tbs zonder een legale verblijfsstatus vallen buiten de reikwijdte van dit advies. De Raad heeft over deze groep eerder een advies uitgebracht (RSJ, CR35/1027741, januari 2005).

² Hofstee, 2003, blz. 185.

hulpverlening voor allochtonen. Toegang krijgen tot de hulpverlening is voor allochtonen niet altijd gemakkelijk. Het aanbod van de hulpverlening sluit niet altijd aan op de hulpvraag van allochtonen. Er kunnen problemen ontstaan in de omgang tussen allochtone hulpvragers en (autochtone) hulpverleners: men begrijpt elkaar niet door een taalbarrière, een verschillende leefwereld, verschillende omgangsnormen en verschillende definities van ziekten en oorzaken ervan en van hulpverlening. Allochtone patiënten krijgen minder vaak een adequate psychiatrische behandeling en begeleiding. Professionele richtlijnen worden bij hen minder goed gevolgd. Dat leidt tot een vicieuze cirkel: meer politiebemoeienis en vaker gedwongen heropnames. Allochtone ex-psychiatrische patiënten hebben op het moment dat ze als verdachte van een strafbaar feit worden gearresteerd vaak geen contact meer met de ggz door voortijdig afgebroken behandelingen of ontslag tegen advies³.

Vandaar de (noodzaak voor) aandacht voor interculturalisatie van de ggz.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg verstaat onder interculturalisatie van de gezondheidszorg⁴ “Een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg, waarbij het doel is allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers met respect voor hun culturele achtergrond gelijke toegang tot en gelijkwaardige kwaliteit van de zorg te bieden”.

Kortmann⁵ definieert interculturalisatie als “Een proces van wederkerigheid, van zoeken naar gezamenlijke definities van sociale structuren, met als uitkomst een vraag- en klantgerichte zorg in een multiculturele samenleving”. In deze omschrijving ligt de nadruk op relationele en professionele aspecten van de hulpverlening en wordt een relatie gelegd tussen de behandelsetting en de samenleving.

1.4 Interculturalisatie en de bejegening in de tbs-inrichtingen

De tbs-inrichtingen krijgen steeds meer te maken met allochtone patiënten. Op dit moment is rond eenderde van de tbs-gestelden tot deze groep te rekenen. De problemen bij de bejegening van tbs-gestelden met andere etnische en culturele achtergronden zijn vergelijkbaar met die, welke in de ggz worden ondervonden. De Raad meent daarom dat in de tenuitvoerlegging van de tbs en in de organisatie van de tbs-inrichtingen bijzondere aandacht nodig is om goede bejegening voor allochtonen in de tbs te garanderen. Ook in de tbs is dus interculturalisatie nodig.

De aanleiding voor de Raad om hierover te adviseren is meervoudig:

- het aandeel allochtonen in de Nederlandse bevolking neemt toe, evenals de diversiteit van etnische en culturele achtergronden. Deze ontwikkelingen zijn zichtbaar in de populaties van de tbs-inrichtingen. Er is zelfs sprake van een oververtegenwoordiging van allochtonen in de tbs (ongeveer 30%), in vergelijking met hun aandeel in de bevolking (20%);
- onderzoek in de (geestelijke) gezondheidszorg maakt duidelijk dat het hulpaanbod aan allochtonen onvoldoende aansluit bij hun hulpvraag. Verondersteld wordt dat zich dezelfde problemen voordoen bij allochtonen in de tbs-inrichtingen;

³ Cope, 2001; Van Rijn e.a. 2003, aangehaald in Kortmann (2007).

⁴ RVZ, 2000, blz. 12.

⁵ Kortmann, 2003.

-als de bejegening voor allochtone tbs-gestelden kwalitatief verbetert, is aannemelijk dat de duur van hun behandeling kan worden bekort en in het verlengde daarvan ook de duur van hun tbs-maatregel;

-de Raad heeft op grond van eigen waarneming en onderzoek in de tbs-inrichtingen geconstateerd dat inrichtingen op verschillende wijze en in verschillende mate bezig zijn met interculturalisatie. Van een samenhangend beleid is geen sprake. Verdere ontwikkeling en uitvoering van beleid op dit terrein wordt in het tbs-veld wenselijk geacht, maar krijgt vooralsnog niet de structurele aandacht die dit thema verdient. Zo besteedde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in haar toezichtronde langs de tbs-inrichtingen geen aandacht aan de interculturaliteit van het zorgaanbod⁶;

-de parlementaire onderzoekscommissie naar het functioneren van het tbs-systeem deed in haar eindrapport⁷ de aanbeveling tot kennisontwikkeling over interculturele factoren bij de advisering over de relatie tussen delict en geestelijke stoornis en de toerekeningsvatbaarheid van verdachten van ernstige delicten.

⁶ IGZ, 2006.

⁷ Commissie Visser, 2006.

2. Wat is het probleem?

Elke tbs-gestelde heeft recht op goede verpleging en adequate behandeling. Goede bejegening impliceert een benadering 'op maat'. Rekening houden met culturele achtergronden is onderdeel van een goede bejegening. Om het anders te zeggen, interculturalisatie draagt bij aan een humanere en effectievere tenuitvoerlegging van de tbs.

Wat moet goede bejegening inhouden voor allochtone patiënten die onder de verantwoordelijkheid van Justitie vallen? Over de situatie rond allochtonen in de tbs weten we nog weinig. Hoe ligt de verhouding tussen het aantal tbs-opleggingen van autochtonen en allochtonen? Wat zijn de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg aan allochtonen in justitieel kader?

Er zijn vooralsnog geen redenen om aan te nemen dat de problematiek die wordt geconstateerd bij de hulpverlening aan allochtonen in de ggz niet speelt bij de bejegening van allochtonen in de tbs. Voor een adequate en effectieve behandeling is een vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt in de tbs niet minder noodzakelijk dan in de ggz. Een cultuurverschil tussen beiden kan ook binnen de tbs problemen geven in de diagnostiek, in de dagelijkse omgang en in vele andere aspecten van de bejegening.

In dit advies wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen:

Welke knelpunten ervaren tbs-gestelden en behandelaars in de verpleging en behandeling, waarbij culturele verschillen een rol spelen?

Welke aanpak vragen deze knelpunten?

De Raad beoogt met dit advies bij te dragen aan het ontwikkelen van een professionele standaard voor interculturalisatie in de tbs-sector. De Raad concentreert zich vooral op knelpunten in de bejegening in de tbs-inrichtingen. De betekenis van culturele factoren voor de diagnostiek krijgt minder aandacht (zie 3.2.2). Culturele factoren in de behandeling en in de rapportage pro Justitia (zie 3.1.2) vormen onderwerp van voorgenomen onderzoek van het WODC, Ministerie van Justitie.

3. Andere culturen in samenleving en zorgverlening: onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd over culturele achtergronden in de Nederlandse samenleving en onder de tbs-populatie, over de problematiek ten gevolge van cultuurverschillen en over de stand van zaken rond interculturalisatie in de tbs.

3.1 Demografische en justitiële gegevens

3.1.1 *Bevolking in Nederland*

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) biedt vanaf 1996 gedetailleerde gegevens over de bevolking in Nederland naar herkomst.

Het aandeel van niet-westerse allochtonen in de totale bevolking in 2006 is 10,5%, het aandeel van westerse allochtonen bedraagt 8,8%. Sinds 1996 is het aandeel van de niet-westerse allochtonen fors gegroeid (toename van 47%), in tegenstelling tot de westerse allochtonen (toename van 8%). De drie grootste groepen niet-westerse allochtonen in Nederland zijn anno 2006 de Turken, Surinamers en Marokkanen.

De bevolking in Nederland zal in de komende decennia verder veranderen in samenstelling. Het aandeel van allochtonen zal naar verwachting aanzienlijk toenemen: nu is één op vijf inwoners (19,4%) van allochtone afkomst; in 2050 zal de verhouding bijna één op drie zijn (29%)⁸.

3.1.2 *Migrantenproblematiek, allochtonen in aanraking met het strafrecht*

De positie van de migrant in de Nederlandse samenleving brengt speciale problemen met zich mee. Daarbij gaat het om zaken als sociaal-economische achterstand (werkloosheid, een lager of niet-erkend opleidingsniveau, laag inkomen), al dan niet veroorzaakt of versterkt door discriminatie, stereotypering en (negatieve) media-aandacht. De mate waarin migranten met deze moeilijkheden te maken hebben, hoe ze deze ervaren en ermee omgaan, is gerelateerd aan culturele en persoonlijke factoren. Relevant voor de strafrechtstoepassing is het gegeven dat allochtonen, in vergelijking met autochtonen, vaker worden aangehouden en gearresteerd, bij dezelfde strafbare feiten langer in preventieve hechtenis blijven en zwaarder worden gestraft⁹. Het aantal allochtonen dat door de politie als verdachte wordt geregistreerd is verhoudingsgewijs tweeëneenhalf maal zo hoog als dat van autochtonen¹⁰. Verondersteld mag worden dat hierin een – voorlopig blijvende – oorzaak is gelegen van de oververtegenwoordiging van allochtonen in de tbs en in de justitiële jeugdinstellingen. In de volgende paragrafen wordt hierop verder ingegaan.

De etnische afkomst van de verdachte blijkt psychiaters voor moeilijkheden te plaatsen bij het pro Justitia-onderzoek naar de persoonlijkheid van de verdachte¹¹. Ze staan voor de vraag hoe ze een allochtone verdachte moeten beoordelen die, vaker dan autochtone verdachten zijn relaas op een zakelijke manier

⁸ CBS, 2007.

⁹ Kortmann (2005), blz. 1.

¹⁰ Jenissen en Oudhof (2007), blz. 150.

¹¹ Komen, 2003, blz. 125-137

vertelt; weinig emoties vertoont; geen schuld bekent, ook al is het bewijs geleverd, en geen spijt betuigt.

3.1.3 Populatie van de tbs-inrichtingen

Aangenomen mag worden dat het aandeel van allochtonen in justitiële inrichtingen eveneens verder zal toenemen. In de gezondheidszorg is het accent meer komen te liggen op de kwaliteit van de zorg en zorg op maat (vraaggestuurde zorg). Dit geldt ook voor de forensische zorg aan allochtonen. De omvang van de zorgvraag van allochtonen zal alleen maar toenemen. Ook voor allochtonen dient de kwaliteit van de zorg goed te zijn en maatwerk te worden geleverd.

Tabel 1. Culturele achtergrond van personen verblijvend in de tbs-inrichtingen op 1 januari van de jaren 1995, 2000 en 2005, in procenten (bron: DJI)

Geboorteland	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Nederland	74	72	73
Suriname / Ned. Antillen	15	15	12
Turkije en Noord-Afrika	4	6	7
West-Europa	3	3	2
Azië	2	2	3
Overig	2	2	3
	100	100	100

Deze cijfers zijn niet zonder meer vergelijkbaar met de CBS-cijfers, omdat de culturele achtergrond van patiënten in de tbs-sector niet eenduidig wordt geregistreerd. Zo is het aantal allochtonen van de tweede generatie in de tbs-sector niet exact te bepalen, omdat zij in de categorie ‘patiënten met Nederland als geboorteland’ zijn opgenomen en het geboorteland van de ouders van patiënten vaak niet te achterhalen is in de patiëntenregistratie. Het aandeel allochtone patiënten in de tbs-sector is, met andere woorden, groter als de CBS-definitie zou worden gehanteerd. Dit blijkt uit de gegevens van de DJI aan de hand van de CBS-definitie over de gehele tbs-populatie (n = 1761) per 1 juni 2007¹²: de verdeling is 56,6% autochtoon, 35,7% allochtoon en 7,7% onbekend (geboorteland ouders onbekend).

Geplaatst tegen de achtergrond van de CBS-cijfers over de Nederlandse bevolking bevestigen de meest actuele DJI-gegevens het beeld van een oververtegenwoordiging van allochtonen in de tbs. De tbs-sector kent nu reeds de verhouding allochtoon/autochtoon die het gehele land vermoedelijk pas in 2050 zal kennen, namelijk één op drie.

3.1.4 Populatie van de justitiële jeugdinstellingen

Een aantal tbs-gestelden heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug¹³. Sommigen van hen verbleven in het verleden in een justitiële jeugdinstelling (j.j.i.). Dit maakt een vergelijking tussen de tbs- en j.j.i.-populaties relevant voor een toekomstverwachting ten aanzien van de tbs. Gelet op de overeenkomst van

¹² Zie tabel 4 in dit advies.

¹³ Kogel, C. H. de & Nagtegaal, M. H. (2006).

de doelgroepen ligt een vergelijking tussen de tbs en de pij-maatregel¹⁴ het meest voor de hand¹⁵. De cijfers betreffende de pij-maatregel zijn voor de jaren 2002 en 2005 beschikbaar in dezelfde indeling als de hierboven weergegeven tbs-tabel. Ter wille van de vergelijking zijn de pij- en de tbs-cijfers hieronder naast elkaar gezet:

Tabel 2. Pij-ers en tbs-ers naar geboorteland geboorteland ouders, in procenten (bron: DJI)

Geboorteland	tbs	pij	tbs	pij
	01-01-2000	01-09-2002	01-01-2005	01-09-2005
		N=467		N=533
Nederland	72	45	73	49
Suriname / Ned. Antillen	15	20	12	17
Turkije	6	4	7	4
Noord-Afrika		15		13
West-Europa	3	2	2	2
Azië	2	4	3	5
Overig	2	10	3	10
	100	100	100	100

Het aandeel van autochtone Nederlanders is in de tbs duidelijk groter dan in de pij. De verschillen zijn het grootst bij de categorieën Suriname/Nederlandse Antillen en Noord-Afrika / Turkije. In de tbs-cijfers zijn Noord-Afrika en Turkije samengevoegd, hetgeen een exacte vergelijking voor deze categorieën onmogelijk maakt. Niettemin is uit de cijfers af te leiden dat in de pij-sector een veel groter aantal personen van Marokkaanse afkomst voorkomt dan in de tbs-sector.

In de indeling autochtoon / allochtoon zijn voor meer jaren cijfers uit tbs-sector en justitiële jeugdinrichtingen beschikbaar. Deze cijfers betreffen de gehele populatie van de justitiële jeugdinrichtingen: naast de pij ook de jeugddetentie, de ondertoezichtstelling en de voogdij.

Tabel 3. tbs-ers en pij-ers naar herkomst, in procenten (bron: DJI)

	2000	2002	2002	2004	2005	2007
	tbs	tbs	j.j.i.	tbs	j.j.i.	tbs
Autochtoon	47	50	49	53	50	56
Allochtoon	33	35	51	36	50	36
Onbekend	20	15	0	11	0	8

¹⁴ pij = plaatsing in een justitiële jeugdinrichting.

¹⁵ Zie ook Commissie Visser (2006).

Het belangrijkste gegeven is dat in de justitiële jeugdinrichtingen een veel groter aantal allochtonen wordt geteld dan in de tbs-sector. Verder ligt de verhouding autochtoon / allochtoon in beide sectoren vrij stabiel. In de tbs neemt het aandeel van autochtonen in de tijd sterk toe, onder gelijktijdige afname van het aandeel 'onbekend'. Het aandeel allochtonen in de tbs blijft ongeveer gelijk. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de 'toename' van autochtonen is toe te schrijven aan betere registratie.

3.2 Cultuurverschillen

De afgelopen jaren is de wijze waarop in de ggz en in de tbs wordt ingespeeld op de hulpvraag van allochtone cliënten verschillende malen onderzocht. Op grond van de onderzoeksbevindingen wordt hier een aantal belangrijke thema's nader belicht.

3.2.1 *Communicatie*

Mensen ontleen aan hun cultuur een referentiekader voor het geven van betekenis aan fundamentele aspecten van hun bestaan. In hun communicatie baseren zij zich op dat referentiekader. Communicatie bestaat uit verbale en non-verbale uitingen, waarvan de 'code' cultureel is bepaald¹⁶. Het is evident dat cultuurverschillen tot miscommunicatie kunnen leiden. Het behoeft geen betoog dat communicatie niet goed zal verlopen tussen mensen die elkaars referentiekader en 'codes' niet kennen, en zeker niet als zij zich van hun onderlinge verschillen op dit punt niet bewust zijn. In de rechtstreekse communicatie tussen personen met een verschillende culturele achtergrond wordt de problematiek het meest direct zichtbaar. Wegens het belang van communicatie in hulpverlening kunnen problemen op dit vlak moeilijk worden overschat¹⁷.

Verbale communicatie

Taalverschil speelt een belangrijke rol. Patiënten kunnen juist de emotioneel geladen onderwerpen, waar het in de behandeling vaak om draait, in een voor hen vreemde taal moeilijk verwoorden met de nuances die zij daarin beleven. Uit de interviews van de Raad met allochtone tbs-patiënten blijkt dat zij zich niet altijd begrepen voelen door behandelaars. Behandelaars schrijven soms op wat zij denken dat de patiënt bedoelt, zonder na te vragen wat de patiënt nu precies bedoelt¹⁸. Kenmerkend voor de behandelsetting is daarnaast dat behandelaars zich vaak bedienen van professioneel jargon, dat zeker voor allochtonen moeilijk te begrijpen is. Hulpverleners letten er vaak onvoldoende op of de patiënt hen begrepen heeft¹⁹. De vraag aan de tbs-inrichtingen naar het percentage allochtone patiënten dat onvoldoende Nederlands spreekt en de mate waarin dat een probleem vormt bij de bejegening en de behandeling leverde geen helder beeld op²⁰. Taalonderwijs (Nederlands) behoort weliswaar tot het standaard-activiteitenprogramma, maar het is niet duidelijk of dit in het kader wordt geplaatst van de behandeling van patiënten die naar het inzicht van de inrichting de Nederlandse taal onvoldoende beheersen. Een tolk wordt niet of slechts incidenteel ingeschakeld bij de meeste tbs-inrichtingen, met uitzondering van de Van Mesdagkliniek, waar regelmatig een beroep op een tolk wordt gedaan. Maar ook bij inschakelen van een tolk treden soms problemen op (te

¹⁶ Shadid (1998), blz. 139.

¹⁷ Koenraadt (1982), blz. 955.

¹⁸ D. van der Hoeven, *Interculturalisatie in de tbs*, blz. 10.

¹⁹ Pannekeet (2005), blz. 3.

²⁰ *Enquête onder tbs-inrichtingen, RSJ 2004*.

letterlijk of juist niet rechtlijnig vertalen; interpreteren door de tolk), die niet specifiek zijn voor de behandelingsituatie.

Non-verbale communicatie

Ook non-verbaal gedrag wordt soms anders geïnterpreteerd dan het is bedoeld. Voorbeelden daarvan zijn het door de behandelaar als agressief of bedreigend ervaren van cultuurgebonden, sterk expressieve gebaren of het juist niet tonen van – wel aanwezige – emoties door de patiënt. Voor sommige culturen zijn extravert gedrag en expressief gebruik van woord en gebaar kenmerkend; andere culturen daarentegen kennen meer introvert tot zwijgzaam gedrag. In de Nederlandse context kan het eerstgenoemde gedrag als overheersend of agressief, het tweede als gesloten of ‘broeierig’ worden ervaren. Een bijkomend probleem kan zijn dat de manier waarop behandelaar en patiënt op wederzijds onbegrip reageren (herhalen, interpreteren, meer of luider gaan praten), op zijn beurt de situatie negatief beïnvloedt.

Samenvattend blijken veel allochtone tbs-patiënten zich niet of onvoldoende door de behandelaar begrepen te voelen, om redenen die samenhangen met miscommunicatie. Hierbij past de aantekening dat ook autochtone patiënten zich onbegrepen kunnen voelen en dat het niet begrepen worden van allochtonen niet altijd een culturele oorzaak hoeft te hebben, maar evengoed kan voortvloeien uit psychiatrische problematiek of verschil van inzicht over bijvoorbeeld delict, stoornis of behandelaanpak.

Ook bij de hieronder te bespreken cultuuraspecten vormt de communicatie daarover een terugkerend thema.

3.2.2 Ziekteverklaring, ziektepresentatie en diagnostiek

De beleving, presentatie en verklaring van psychische klachten zijn, evenals hulpzoekgedrag, ten dele cultuurgebonden²¹. Culturen verschillen in de opvatting over wat ‘ziek’ is en wat niet. Patiënten met wie de Raad sprak, klaagden erover dat gedrag dat in hun cultuur normaal is (bijvoorbeeld veel zorg besteden aan hygiëne) door het personeel als overdreven of zelfs ziekelijk werd aangemerkt. “Wat in Marokko als een karaktertrek wordt gezien, geldt hier als stoornis (i.c. narcisme)”. Medewerkers gaven hierover te kennen dat allochtone patiënten (en/of hun familie) vaker onbekend zijn met psychiatrie en bepaald gedrag niet zien als stoornis, en dat zij sommige psychische ziekten niet accepteren of ontkennen. Ook wordt de ziekte of het delict gebagatelliseerd.

Allochtone patiënten geven psychische problemen niet of op een indirecte manier aan en duiden ze aan in andere termen dan de westerse psychiatrie gebruikt²². Ook verklaren zij de ziekte anders dan (autochtone) hulpverleners, zoeken de oorzaak vaak buiten zichzelf, of wijten de klachten aan lichamelijke of bovennatuurlijke oorzaken. Dit leidt ertoe dat klachten van allochtone patiënten soms onvoldoende worden herkend en begrepen²³.

Van betekenis is verder dat de basis van diagnose en behandeling soms vooral wordt bepaald door westers georiënteerde en gevalideerde instrumenten, classificatiesystemen zoals het DSM-model en verschillende soorten testen. Deze instrumenten worden vaak ten onrechte een universele toepasbaarheid toegedicht.

²¹ Kortmann (2002b), blz. 8.

²² Kortmann (2002b), Kortmann (1990), blz. 108 – 109.

²³ RVZ (2000b).

Gebruik ervan ten aanzien van niet-westerse patiënten kan leiden tot het stellen van een te zware diagnose²⁴. De moderne culturele formulering behorende bij de DSM-iv wordt als richtlijn bij diagnosestelling nog weinig gebruikt²⁵.

Eén van vier tbs-inrichtingen die de Raad in het kader van dit onderzoek bezocht, maakt gebruik van een speciale, transcultureel georiënteerde diagnosticus, die onder meer kijkt naar de mogelijkheid van een alternatieve interpretatie van eerder uitgevoerd persoonlijkheidsonderzoek. In dit verband wordt opgemerkt²⁶ dat in de rapportages pro Justitia soms weinig aandacht aan culturele factoren wordt gegeven. Hierop wordt onder 4.2.2. teruggekomen.

3.2.3 *Individualisme tegenover collectivisme*

Vergeleken met niet-westerse culturen kenmerkt de Nederlandse samenleving zich door een sterke mate van oriëntatie op het individu. Dat is zichtbaar in psychologisch opzicht (het individu ontleent zijn identiteit aan zichzelf)²⁷ en in sociaal opzicht (groepsverbanden zoals familie, kerk en buurt zijn minder hecht; sociologische categorieën als sekse, leeftijd en klasse minder relevant)²⁸. Voor de allochtone patiënt kan de familie, de eigen groep centraal staan; familieleden laten elkaar niet los, loyaliteit staat voorop. De tbs-behandeling tracht de patiënt soms uit bestaande familie- en andere patronen los te maken, bijvoorbeeld om de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt te benadrukken of omdat het betreffende contact met het thuisfront als niet goed wordt beoordeeld voor de patiënt.

Als een allochtone tbs-er een groepsgeoriënteerde houding toont, wil dat niet zeggen dat zo'n patiënt alles in groepsverband wil doen, ook niet als het zijn 'eigen' groep betreft. Misstappen en problemen kunnen in collectivistische culturen eerder leiden tot schaamte en gezichtsverlies voor het individu, maar vooral ook voor de familie²⁹. Dit gegeven is relevant voor de tbs-behandeling. Patiënten kunnen moeite hebben met groepstherapie en 'delictopenheid'. Een patiënt drukte het als volgt uit: "Surinamers kun je niet in een groep gooien om te behandelen", "Je diepste gevoelens gooi je niet in de groep" en "Ze zadelen me op met delicten van anderen".

Voor personen uit een collectivistische cultuur kan een groepscode van schaamte, trots en eer een drempel opwerpen om hulp, steun en vertrouwen te zoeken bij iemand van buiten de eigen groep. Onderzoek wijst erop dat allochtonen – zij het in wisselende mate – behoefte hebben aan een hulpverlener uit de eigen etnische groep³⁰. Dit beeld wordt deels bevestigd in de interviews. De meeste patiënten met wie de Raad sprak, achten de deskundigheid en professionaliteit van de behandelaar belangrijker dan diens culturele achtergrond. Zowel patiënten als behandelaars merken op dat hun voorkeur soms twee kanten op kan gaan. Sommige patiënten prefereren een behandelaar uit de eigen cultuur, zowel om taalproblemen te voorkomen als ter wille van een gemakkelijker wederzijds begrip. Andere patiënten hebben liever contact met een Nederlandse behandelaar, wegens de grotere directheid in het contact of wegens schaamte tegenover een

²⁴ Kortmann (2006).

²⁵ Knipscheer, J. en R.Kleber (2005), blz. 721.

²⁶ Expertmeeting RSJ, 2007.

²⁷ Hofstede (2002), blz. 11.

²⁸ Gomperts (2005), blz. 691.

²⁹ Hofstede (2002), blz. 13-14.

³⁰ Koenraadt (1982), blz. 957, Pannekeet (2005), blz. 4 en Gomperts (2005), blz. 694.

behandelaar uit de eigen groep.

3.2.4 *Man-vrouw-verhoudingen*

In Nederland is er (in toenemende mate) sprake van seksegelijkheid, terwijl niet-westerse culturen vaak duidelijk gescheiden sekserollen kennen³¹. Allochtonen – in het bijzonder belijdende moslims – blijken een voorkeur te hebben voor een behandelaar van hun eigen sekse³².

De meeste door de Raad geïnterviewde allochtone patiënten gaven echter aan dat de sekse van de hulpverlener hun niet uitmaakt. Kwaliteit van de behandeling wordt belangrijker gevonden. De medewerkers hebben hier een iets ander beeld van. Allochtone patiënten hebben er soms wel moeite mee dat een vrouw besluiten (over hen) neemt en gedragen zich soms denigrerend tegenover vrouwelijke medewerkers.

3.2.5 *Machtsverhoudingen*

Niet-westerse culturen kenmerken zich vaak door een grotere machtsafstand tussen mensen: ongelijkheid wordt zowel verwacht als gewenst³³. Dit kan met zich meebrengen dat allochtone patiënten in een hulpverleningsrelatie een paternalistische, sturende rol van hun behandelaar verwachten. In de Nederlandse praktijk, die er meer van uitgaat dat de patiënt betrokken wordt bij de probleemdefinitie en een eigen verantwoordelijkheid in het hulpverleningsproces heeft, kan dit tot misverstanden leiden. In de interviews van de Raad is niet ingegaan op de inbreng van de patiënt in het behandelplan, maar op de hiërarchie in de persoonlijke omgang tussen patiënten en medewerkers.

De interviews met de patiënten lieten een gemengd beeld zien. Sommige allochtone patiënten ervaren een hiërarchische verhouding met de behandelaar als positief: “Zo hoort het ook”. Andere allochtone patiënten, maar ook de meeste autochtonen, oordelen hierover negatiever en ervaren vaak machtsmisbruik in de bejegening. In de interviews bleken zowel autochtone als allochtone patiënten een zekere voorkeur uit te spreken voor een behandelaar van de eigen leeftijd of ouder, hoewel kwaliteit, bekwaamheid en ervaring belangrijker werden gevonden dan de leeftijd. Op het punt van leeftijd vond de Raad dus geen cultureel bepaald verschil. Medewerkers bevestigden het door patiënten geschetste beeld; zij omschrijven de verhouding “als mens gelijkwaardig, in functie hiërarchisch”.

3.3 **Omgaan met cultuurverschillen**

3.3.1 *Etnocentrisme*

De houding van mensen ten opzichte van vreemde culturen kan variëren tussen etnocentrisme en cultuurrelativisme. De etnocentrische benadering beoordeelt andere culturen vanuit het referentiekader van de eigen cultuur (en ziet de andere cultuur als ‘afwijkend’ en minderwaardig)³⁴. De cultuurrelativist daarentegen wijst het hiërarchisch ordenen en waarden van culturen af. Hulpverleners zijn zich niet altijd bewust van cultuurverschillen, nemen de normen en waarden uit de eigen cultuur als uitgangspunt³⁵ en leggen daarmee (onbewust) etnocentrisme aan de dag. Dit wordt zichtbaar in stereotypering en wederzijds

³¹ Hofstede (2002), blz. 11; RVZ (2000b).

³² Arrindell (1999), blz. 21).

³³ Hofstede (2002), blz. 12, Arrindell (1999), blz. 9.

³⁴ Kortmann (1990), blz. 100, Kortmann (2005), blz. 4, Arrindell (1999), blz. 23, Shadid (1998), blz. 141.

³⁵ Kortmann (1990), blz. 113, RVZ (2000b).

onbegrip, wat het aangaan van een vertrouwensrelatie (zie ook hieronder) in de weg staat³⁶. In de interviews met de Raad gaven allochtone patiënten aan dat behandelaars, een enkele uitzondering daargelaten, kennis omtrent hun cultuur ontberen. Zij illustreerden dit met voorbeelden van onbegrip en ergernis bij het personeel over gedrag dat in hun cultuur normaal is, en van het expliciet negeren van cultuurverschillen. Behandelaars vertonen de neiging tot generaliseren van hetgeen ze over vreemde culturen weten. In individuele contacten wordt soms interesse getoond en vragen medewerkers door over bepaalde gewoontes en gebruiken. Aan de andere kant zien allochtone patiënten er soms van af over hun culturele achtergrond te beginnen omdat zij deze lastig vinden om uit te leggen of uit vrees dat de behandelaar dit als kritiek zou ervaren.

De meeste medewerkers zeggen zich wel te verdiepen in de culturele achtergrond van patiënten en zich hierover uit verschillende bronnen te informeren. Uit de gegeven antwoorden ontstaat de indruk dat dit in ieder geval leidt tot meer 'cultureel correcte' omgangsvormen en meer wederzijds begrip. De belangstelling voor vreemde culturen lijkt echter niet structureel ingebed in inrichtingsbeleid; het is vooral gebaseerd op de individuele interesse van medewerkers.

3.3.2 *Discriminatie*

Tbs-patiënten voelen zich soms 'anders bejegend'. Autochtone patiënten ervaren discriminatie wegens het soort delict waarvoor zij zijn veroordeeld of hun seksuele geaardheid. Allochtonen daarentegen spreken van negatieve reacties op hun culturele, etnische of religieuze achtergrond. Zo zou drugsgebruik bij een allochtoon eerder worden bestraft. Een veel voorkomende klacht is dat autochtonen eerder op verlof zouden mogen. Daarnaast wordt het niet mogen spreken van de eigen taal als discriminatie genoemd, terwijl de behandelaars onderling soms wel in hun eigen dialect spreken. Personeelsleden vroegen een moslim naar aanleiding van het bidden "of hij soms een extremist was". Een andere patiënt kreeg te horen: "Je bent een neger, daarom gaan we zo met je om".

De behandelaars zeggen wel eens klachten te krijgen over discriminatie, maar dat het daarbij niet om serieuze zaken zou gaan. Zij zien het klagen over discriminatie als 'ageren' of als samenhangend met de stoornis.

3.3.3 *Vertrouwen*

In het verlengde van de klachten over discriminatie (3.3.2) laten veel patiënten zich negatief uit over de vertrouwensrelatie met de behandelaars. Een meerderheid zegt de behandelaars niet te (kunnen) vertrouwen. Informatie die patiënten in vertrouwen denken te hebben gegeven, wordt doorverteld en zaken waarvan zij juist wel willen dat ze algemeen bekend worden, blijken niet te worden doorgegeven. Patiënten geven aan dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie hun moeite kost en schrijven dit toe aan hun stoornis of aan negatieve ervaringen van voor de opname. Wisselingen onder het personeel, die de patiënt dwingen zijn verhaal telkens opnieuw te doen, vergroten dit probleem. Medewerkers schrijven het ontbreken van vertrouwen bij de patiënt vooral toe aan het (niet accepteren van) het ziektebeeld en/of de rechterlijke beslissing. Op dit punt is er weinig of geen verschil geconstateerd tussen allochtone en autochtone patiënten.

³⁶ Bellaart (2001), blz. 6, Kortmann (2005), blz. 4.

3.4 Interculturalisatie in de ggz en de tbs

3.4.1 *Interculturalisatie meer individueel initiatief dan een inrichtingsbeleid*

Het onderzoek van de RVZ liet zien dat aanpak en behandelwijze onvoldoende aansluiten bij de behoefte van allochtone cliënten. In de opleidingen worden zorgverleners onvoldoende op de culturele diversiteit van patiënten voorbereid. In zijn totaliteit ontbreekt een gericht structureel ingebed interculturalisatiebeleid, als gevolg waarvan inspanningen in deze richting vaak tijdelijk van aard zijn en effecten ervan niet beklijven. Medewerkers die hun kennis op cultureel gebied willen vergroten, zijn vaak aangewezen op eigen initiatief. Een medewerker: “Je plaatst dingen in wat je zelf weet”. Ook het bij de behandeling betrekken van familieleden of andere contact- of vertrouwenspersonen lijkt eerder uitzondering dan regel³⁷.

3.4.2 *Geestelijke verzorging*

Aangaande de godsdienstbeleving vermelden allochtone en autochtone patiënten van verschillende geloofsovertuigingen gelijkelijk dat de inrichting over het algemeen voldoende aandacht heeft voor geloof en nationale (feest)dagen. Een bijzonderheid is dat de (allochtone) geestelijk verzorger ook kenner is van een vreemde cultuur. Klinieken maken in wisselende mate gebruik gemaakt van de geestelijk verzorger om informatie te geven over cultureel bepaald gedrag. Gelet op de onafhankelijke positie van de geestelijk verzorger kan de inrichting er niet per definitie van uitgaan dat deze een dergelijke rol wil vervullen. Het heeft, ook uit behandelooqpunt, waarde dat de patiënt in de geestelijk verzorger een persoon vindt, die buiten de behandeling staat.

3.4.3 *Bezoek*

Allochtone patiënten maken vaak deel uit van hechte familieverbanden. Het is denkbaar dat zij er behoefte aan hebben meer bezoek, en bezoek van grotere groepen te kunnen ontvangen. In de interviews van de Raad is hiervan echter niets gebleken: de bezoekmogelijkheden worden als voldoende ervaren.

3.4.4 *Samenstelling personeelsbestand*

De meeste medewerkers geven aan dat de personeelssamenstelling in de tbs-inrichting in cultureel opzicht geen afspiegeling van de samenleving vormt. Er is te weinig allochtoon personeel, terwijl de medewerkers dat wel gewenst achten, zowel voor de kwaliteit van de behandeling als tegenover de allochtone patiënten. Patiënten - zowel de autochtonen als de allochtonen - geven aan dat er personeel met verschillende culturele achtergronden aanwezig is. Een deel van de allochtone patiënten acht, zoals gezegd, professionaliteit en deskundigheid van groter belang dan etnisch achtergrond. Anderen verwachten van allochtoon personeel meer steun en begrip, maar zien in dat er niet voor iedere culturele groep ‘eigen’ medewerkers aanwezig kunnen zijn.

De klinieken hebben relatief weinig medewerkers met een niet-westerse achtergrond in dienst. Voorzover dezen er wel zijn, wordt onvoldoende van hun kennis en ervaring gebruik gemaakt, aldus geïnterviewde medewerkers.

³⁷ Tatlicioglu en Wolthers (2004).

3.4.5 *Interculturalisatie als geheel*

De tbs-sector onderkent de noodzaak en urgentie van een samenhangend interculturalisatiebeleid, zo bleek uit de schriftelijke enquête van de Raad uit 2004. Dit werd bevestigd in de expertmeeting. Slechts enkele tbs-inrichtingen hebben initiatieven ontplooid om tot een interculturalisatiebeleid te komen. Twee inrichtingen werken aan een formeel beleid, in één tbs-inrichting bestaat al een aantal jaren een informeel beleid voor allochtone patiënten. Van samenhang of regie in het gehele tbs-veld is nog geen sprake. Ook de informatie uit de toezichtbezoeken van de Raad tot en met 2006 wees op het ontbreken van een gezamenlijke visie. Medewerkers bevestigen dit beeld in de interviews en bij de expertmeeting. Het thema interculturalisatie mist prioriteit, bloedt dood of wordt te weinig (inrichtingsbreed) gedragen. Vaak wordt interculturalisatie als tijdelijk project opgepakt, gekoppeld aan medewerkers die zich tijdelijk aan het onderwerp kunnen wijden.

4 Conclusies en discussie

4.1 Allochtonen in de tbs

Er is sprake van een aanzienlijke oververtegenwoordiging van allochtonen in de tbs-inrichtingen. Ruim één op de drie tbs-gestelden is als allochtoon aan te merken. Gegeven een vrij groot percentage 'onbekend', kan van 'slechts' 57% van de patiënten worden vastgesteld dat zij autochtoon zijn. Daarnaast is de verhouding allochtoon / autochtoon de laatste tien jaar opgeschoven in de richting allochtoon.

In de justitiële jeugdinrichtingen ligt de verhouding allochtoon / autochtoon al gedurende enkele jaren rond de 50 / 50. De overeenkomst tussen de doelgroepen van pij en tbs geeft steun aan de veronderstelling dat het aantal allochtonen in de tbs verder zal toenemen. In dit verband is het feit dat in de justitiële jeugdinrichtingen vooral veel meer personen met een Marokkaanse achtergrond voorkomen, van betekenis.

Cultureel bepaalde persoonlijkheidskenmerken en gedragspatronen vormen een belangrijke factor in de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg en in de forensische psychiatrie. In de komende paragrafen wordt aandacht besteed aan de mogelijke implicaties van de onderzoeksbevindingen inzake cultuurverschillen voor de bejegening in de tbs.

4.2 Cultuurverschillen

4.2.1 *Communicatie*

Communicatie vormt de basis van alle menselijke interactie en is daarmee een doorslaggevende factor in de behandeling. Dat er zich op dit vlak problemen voordoen, is in onderzoek genoegzaam aangetoond. Dit wordt duidelijk bevestigd door de patiënten en de behandelaars. Patiënten geven in overwegende mate aan, vaak niet door hun behandelaar te worden begrepen. Omdat deze klacht zowel door allochtone als autochtone patiënten wordt geuit, is het van belang na te gaan in hoeverre dit probleem door cultuurverschillen wordt veroorzaakt.

Om te beginnen is er de taal als onderscheidende factor. In hoeverre het niet spreken van de taal een probleem vormt en of hieraan in het kader van een behandeling veel is te doen, valt aan de hand van de beschikbare gegevens niet goed te beoordelen.

Een ander aspect dat cultureel valt te duiden, is het gebruik van de taal. Uit de antwoorden van de patiënten valt op te maken, dat de behandelaar zich er soms onvoldoende van vergewist of er van wederzijds begrip sprake is. De patiënt voelt zich niet begrepen, of begrijpt de behandelaar niet, en voelt aan dat de behandelaar daar vaak geen erg in heeft. Deze situatie is terug te voeren op de vraag die elke behandelaar zich moet stellen: is er sprake van wederzijdse communicatie? Dit is een zo fundamentele vraag, dat de behandelaar zich hiervan voortdurend moet (blijven) vergewissen. Intercollegiale ondersteuning en coaching zal, door deze vraag actueel te houden, hieraan veel kunnen bijdragen.

In de tbs wordt veel schriftelijk gecommuniceerd en vastgelegd. Gedrags- en voortgangsrapportages, behandel- en verloopplannen zijn wellicht niet altijd voor de patiënt begrijpelijk verwoorde stukken. Ze zijn weliswaar niet primair voor de patiënt geschreven, maar de behandelaar moet de inhoud echter wel aan de

patiënt kunnen uitleggen. Dat kan een vertaalslag vergen. De patiënt op zijn beurt kan zich afvragen of de uitleg van de behandelaar wel strookt met de werkelijke inhoud en bedoeling van het stuk.

In paragraaf 3.2.1 is aandacht besteed aan het feit dat mensen uit verschillende culturen zich op een verschillende manier uiten. In de tbs krijgt dit een extra lading omdat het gedrag van de patiënt voortdurend beoordeeld wordt en deze beoordeling gevolgen heeft voor ingrijpende beslissingen ten aanzien van de patiënt, zoals over verlof en ontslag. Dit betekent dat gedragsrapportage rechtsreeks van invloed is op beslissingen aangaande de voortgang en zelfs de voortzetting van de behandeling. Het belang van een juiste interpretatie van gedrag en verbale uitingen is dus bijzonder groot. De behandelaar moet voorzichtig zijn om expressieve uitingen (gebaren maken, aanraken, luid of veel praten) te interpreteren als indicatie voor agressie en gevaarlijkheid, dan wel introvert gedrag als geslotenheid of achterbaksheid. Dit vereist niet alleen inzicht in wat voor een bepaalde cultuur gewoon gedrag is, maar ook in de vraag of het gedrag van de patiënt daarbinnen 'normaal' is of niet. De behandelaar zal daarvoor een toereikend referentiekader moeten hebben, waaruit hij kan afleiden hoe normale, gezonde mensen uit andere culturen zich in uiteenlopende, ook spanningsvolle, situaties gedragen.

4.2.2 *Ziekteverklaring, ziektepresentatie en diagnostiek*

Hiervoor (3.2.2) werd geconcludeerd dat ziekte, en zeker psychische ziekte, niet op een universele manier wordt 'beleefd', geuit en geïnterpreteerd. Een medische of psychiatrische behandeling vooronderstelt gewoonlijk dat iemand zich ziek voelt (en beter wil worden). Daarvan is bij de tbs-gestelde niet altijd sprake. Vooral allochtone 'patiënten' kunnen hun gedrag of problematiek anders duiden dan als 'ziekte'. Omdat dit evengoed voorkomt onder autochtone tbs-gestelden, zal hier ook bij de allochtoon niet altijd sprake zijn van een cultureel bepaalde opvatting. Voorts kan, als de patiënt wel een stoornis of ziekte (h)erkent, de somatische dan wel psychische aard daarvan verschillend worden geïnterpreteerd. De wijze waarop de patiënt zijn klacht ervaart en beschrijft strookt wellicht niet met de (westerse) modellen of interpretaties, of is niet te vatten in de terminologie die daarin gangbaar is. Behandelaars kunnen tot een diagnose komen die in de termen van instrumenten als de DSM correct en zinvol is, maar ver af staat van de opvatting van de patiënt. Dit kan overeenstemming over de toe te passen behandeling in de weg staan. De behandelaar zal wellicht eerst een 'transculturele vertalingsstap' moeten maken, om met de patiënt in diens termen te communiceren over het afwijkende gedrag en samen tot overeenstemming te kunnen komen over de aanpak.

In de rapportage pro Justitia wordt soms weinig aandacht besteed aan culturele factoren (zie 3.2.2). Dit betekent een gemiste kans voor de tbs-behandeling. De rapportage pro Justitia schetst immers ook een beeld van het sociale milieu van de verdachte en het is voor de behandeling en vooral voor de resocialisatie van belang te weten hoe het delict en de stoornis in die kring zijn beleefd, respectievelijk worden opgevat. Het behoeft geen betoog dat kennis hierover de behandelaar helpt om een en ander te duiden en culturele factoren hierin te onderscheiden.

4.2.3 *Individualisme tegenover collectivisme*

Als mensen uit niet-westerse culturen sterker georiënteerd zijn op een grotere groep en een hechtere binding hebben met hun achterban (gezin, familie, streek-, stam- of landgenoten, geloofsgemeenschap) kan dit voor

de behandeling een positieve of een negatieve betekenis hebben. Negatief voorzover men personen van buiten 'de groep' niet gemakkelijk als behandelaar aanvaardt, begrijpt of vertrouwt; positief voorzover personen uit de eigen achterban beschikbaar zijn en steun kunnen bieden, bijvoorbeeld bij de resocialisatie. In een ander opzicht negatief voorzover de behandeling gericht is op ontwikkeling en versterking van de individuele persoonlijkheid, terwijl een meer groepsgeoriënteerde patiënt een dergelijke ontwikkeling niet ambieert. In zo'n geval zal de behandelaar zich moeten realiseren, dat voor deze patiënt de (Nederlandse) samenleving, waarin hij dient te reïntegreren, vooral wordt gevormd door zijn eigen groep. Daarvoor is medewerking van of uit die groep nodig. Soms zal er geen perspectief bestaan op heropneming in de groep, omdat de patiënt daar wegens het gepleegde delict niet meer wordt geaccepteerd of meent niet meer geaccepteerd te kunnen worden. In dit geval is er niet zoveel verschil met de autochtone patiënt die niet kan terugkeren naar zijn gezin, vriendenkring of dorp. Het probleem kan in dat laatste geval voor de allochtone patiënt groter zijn, omdat hij steun van de groep dan extra mist.

Sommige allochtone patiënten zeiden liever geen behandelaar te krijgen uit de eigen groep wegens schaamte- of schuldgevoelens of omdat men de meer directe en doelgerichte westerse aanpak prefereert. In het eerstgenoemde geval zou de inrichting soms juist wel een allochtone behandelaar kunnen aanbieden, omdat het overwinnen van het schaamte- of schuldgevoel en reïntegratie in de eigen groep mede doelen van de behandeling vormen. Ook in dit soort situaties leidt het culturele element dus niet tot één standaardaanpak, maar is maatwerk geboden.

4.2.4 *Man-vrouw-verhouding*

De meeste geïnterviewde allochtone patiënten spreken geen voorkeur uit voor een behandelaar van de eigen sekse. Dit ligt niet in de lijn van de algemene bevinding dat in niet-westerse culturen de sekseverschillen en -rollen een sterkere nadruk hebben en strookt zeker niet met het feit dat belijdende moslims een behandelaar van de eigen sekse plegen te prefereren. Wellicht weegt het sekseonderscheid in de tbs minder zwaar dan op grond van de literatuur zou worden verondersteld. Het door de geïnterviewden gegeven oordeel is overigens mede afhankelijk van hun daadwerkelijke ervaring met een behandelaar van de andere sekse. Omdat uit de interviews een ander beeld naar voren komt dan op grond van algemene inzichten verwacht zou kunnen worden, is nader onderzoek op dit punt aan te bevelen.

4.2.5 *Machtsverhoudingen, bejegening, vertrouwen*

De combinatie van vrijheidsbeneming en behandeling in de tbs levert een groot machtsverschil op. Er worden veel beslissingen over de patiënt genomen en er doen zich veel situaties voor die de patiënt zich moet laten welgevallen. Uitspraken van medewerkers in de zin van "als mens zijn we gelijk, functioneel sta ik boven de patiënt" getuigen daarvan. Personen met een niet-westerse achtergrond beschouwen een hiërarchische relatie vaak als vanzelfsprekend en functioneren daarin gemakkelijker. De machtsverhouding hoeft niet als belemmerend te worden ervaren voor de behandeling of meer specifiek in de relatie patiënt - behandelaar. Er kan echter sprake zijn van schijnaanpassing. De (allochtone) patiënt "doet maar wat er gezegd wordt": hij werkt mee, mijdt conflicten en voegt zich in de gang van zaken, dit alles omdat zijn cultuur hem deze opstelling ingeeft, terwijl hij het eigenlijk met de aanpak of met bepaalde beslissingen niet eens is. Van de gelegenheid zich over de inhoud van het behandelplan uit te laten, en van de mogelijkheid om tegen

beslissingen in beklag en beroep te gaan, zal hij wellicht minder gebruik maken. Een indicatie van de verhouding autochtone / allochtone klagers kan worden ontleend aan het feit dat een kwart van de in 2006 bij de Raad ingediende beroepen in de tbs-sector van allochtone patiënten afkomstig was³⁸. Op grond van de bevolkingscijfers uit de inrichtingen (zie tabel 1) zou zijn te verwachten dat dit een derde zou zijn geweest. In de tbs is men met het verschijnsel van schijnaanpassing bekend. Het is niet uitgesloten dat dit bij de allochtone patiënt minder gemakkelijk wordt herkend, zeker als het zich onderwerpen aan gezag de ‘tweede natuur’ is van de patiënt. Op dit terrein is waakzaamheid geboden. De behandelaar zal zich er actief van moeten vergewissen dat de (meewerkende) patiënt daadwerkelijk tot gedragsverandering komt.

De vertrouwensrelatie vormt een essentieel aspect van de behandeling. Zowel autochtone als allochtone patiënten geven aan dat het opbouwen hiervan juist in de tbs-setting moeite kost. De bevinding dat de meeste patiënten zeggen de behandelaar niet te (kunnen) vertrouwen, bevestigt dit gegeven. Een structureel wantrouwen kan een onderdeel van de pathologie vormen. Patiënten kunnen er voortdurend op uit zijn de betrouwbaarheid en de loyaliteit van de behandelaar op de proef te stellen en te toetsen. De behandelaar kan gewonnen vertrouwen gemakkelijk weer verspelen. Hier komt bij dat patiënten voortdurend worden geobserveerd, dat er over hun gedrag wordt gerapporteerd en dat ook informatie uit één-op-één-gesprekken naar buiten wordt gebracht. Het wel of niet doorgeven van informatie over de patiënt tegen diens verwachting in, is snel gebeurd en moeilijk ongedaan te maken, zeker als op basis daarvan beslissingen ten aanzien van de patiënt zijn genomen. Een eenmaal genomen ordemaatregel of geweigerd verlov kan gedurende lange tijd het verloop van de behandeling bepalen. Het onderzoek wijst erop dat er ten aanzien van dit aspect niet veel verschil is tussen autochtone en allochtone patiënten (zie paragraaf 3.3.3).

4.3 Belangstelling voor het omgaan met cultuurverschillen

Kennis over de culturele achtergrond van allochtone patiënten is in de (geestelijke) gezondheidszorg in structurele zin onvoldoende. Uit het onderzoek van de Raad kan worden opgemaakt dat de situatie in de tbs-sector niet wezenlijk anders is. Er is wel enige – soms zelfs veel – kennis, maar deze heeft geen structurele basis. Veel hangt af van persoonlijke interesse van de behandelaar. Op een dergelijke basis kan er beleidsmatig onvoldoende op cultuurverschillen worden ingespeeld en is de mate waarin dat in individuele situaties wel gebeurt, ongericht en onvoorspelbaar. Van behandelaars die wèl in cultuurverschillen zijn geïnteresseerd kan, bij gebrek aan algemeen beleid, niet worden beoordeeld of zij hiervan een juist gebruik maken. Er wordt hen geen basis geboden op grond waarvan zij hun professionele interventies, gerelateerd aan de cultuur van de patiënt, kunnen ontwikkelen en toetsen. Behandelaars die zich minder bewust zijn van cultuurverschillen, of deze zelfs niet in aanmerking willen nemen, krijgen ook voor hun aanpak vaak alle ruimte.

Deze situatie stemt zorgelijk, gegeven het aantal allochtonen in de tbs en hun sterk uiteenlopende culturele achtergronden. Wegens de doorslaggevende betekenis van culturele factoren voor het gedrag, de resocialisatie en de maatschappelijke reïntegratie van allochtone tbs-patiënten, kan in de tbs aan de bestrijding van ethnocentrisme niet worden voorbijgegaan.

38 Het betrof 135 van de 535 beroepen (Bron: administratie RSJ).

5. Aanbevelingen

5.1 Voer een structureel interculturalisatiebeleid

Er bestaan altijd cultuurverschillen tussen mensen, omdat ieder mens verschillend is. Alle hulpverlening is daarom in wezen transculturele hulpverlening³⁹. De problemen die autochtone hulpverleners in de bejegening van allochtone patiënten tegenkomen, zijn slechts uitvergrotingen van die welke zich in elk hulpverleningscontact kunnen voordoen. Interculturalisatie is dus een voorwaarde voor elke instelling die zich met patiëntenzorg bezighoudt.

Op het niveau van de behandeling bestaat er niet één panacee voor cultureel bepaalde problematiek. Iedere allochtone patiënt gaat op de voor hem kenmerkende manier om met zijn culturele identiteit. Aandacht voor cultuurverschillen, enige kennis van vreemde culturen in relatie tot psychopathologie en het bewust en respectvol kunnen omgaan met cultuurverschillen, is zowel het minste dat nodig is, als het meeste dat bereikt kan worden. Om dit te realiseren is er op het niveau van het instellingsbeleid één algemene aanbeveling te doen: bevorder en faciliteer vanuit het centrale niveau de interculturalisatie binnen de tbs-inrichtingen. Een interculturalisatiebeleid bloedt vaak dood wanneer het wordt overgelaten aan tijdelijke projectgroepen. Alle tbs-inrichtingen dienen interculturalisatie een vast onderdeel te laten zijn van hun visie, hun kwaliteitsbeleid en de uitvoering van hun instellingsbeleid.

Deze algemene aanbeveling is justitiebreed van toepassing, dus ook in de sectoren jeugd en gevangeniswezen en bij de reclassering. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de hieronder geformuleerde specifieke aanbevelingen.

5.2 Specifieke aanbevelingen

5.2.1 *Betrek algemene kennis over cultuur en de informatie daarover van de patiënt zelf bij het diagnostisch interview*

Vergroot kennis van medewerkers over de cultuur van allochtone patiënten. Stel daartoe informatie in de inrichtingen beschikbaar over verschillende culturen en de betekenis ervan binnen de hulpverlening. Het vergroten van kennis kan ook worden gefaciliteerd door cultureel consulenten beschikbaar te stellen.

Daarnaast kan de soms bij de geestelijke verzorgers aanwezig kennis van vreemde culturen worden benut kan worden.

Aan algemene kennis van vreemde culturen kleeft echter het gevaar van stereotypering. De Turk bestaat niet, evenmin als de Fries. De patiënt zelf is in feite de enige persoon die betrouwbaar kan aangeven hoe zijn verbale en non-verbale gedrag geïnterpreteerd moet worden. Hier geldt het aloude adagium: de patiënt is uw beste leermeester. De zogenaamde culturele formulering uit DSM-iv kan hierbij van groot nut zijn.

Aanbevolen wordt deze standaard op te nemen in het diagnostisch interview met allochtone patiënten.

5.2.2 *Maak de bejegening en behandeling cultuursensitief*

Zorg ervoor dat hulpverleners kennis hebben van cultuurbepaalde opvattingen over psychische ziekten, de wijze van presenteren van ziekten en de behandeling. Soms is het aan te bevelen om het netwerk van de

³⁹ Kortmann, 2006

patiënt bij de diagnostiek en de behandeling te betrekken, uiteraard met instemming van de patiënt zelf.

Betrek het cultuuraspect bij de matching tussen behandelaar of mentor en de patiënt.

Screen de huisregels op hun toegankelijkheid voor mensen uit niet-westerse culturen.

Bewaak de continuïteit in de behandeling. Het aangaan van een vertrouwensrelatie met een patiënt uit een andere cultuur vraagt extra tijd. Veelvuldig wisselen van hulpverlener werkt bij allochtone patiënten vaak extra belemmerend.

5.2.3 Geef de maatschappelijke reïntegratie van allochtonen gericht aandacht

Zorg voor grondige psycho-educatie en voorlichting aan allochtone patiënten.

Verbeter de kennis bij allochtone patiënten en hun netwerk inzake de Nederlandse strafrechtspleging, het tbs-systeem en de geestelijke gezondheidszorg.

Bied allochtone patiënten standaard taalonderwijs en maatschappijleer aan, opdat ze met voldoende kennis over de Nederlandse cultuur kunnen beginnen aan hun resocialisatie.

5.2.4 Versterk de communicatieve vaardigheden van hulpverleners

Eén van de grootste knelpunten in de bejegening van allochtone patiënten binnen de tbs ligt in de communicatie tussen behandelaars en genoemde patiënten. Van belang is om bij (aankomend) personeel kennis, vaardigheden en competenties te ontwikkelen die de communicatie met allochtone patiënten ten goede komen. Deze onderwerpen dienen een verplicht onderdeel te vormen van de relevante beroeps- en academische opleidingen. Hulpverleners moeten hun communicatieve vaardigheden verfijnen. Dat betekent: het leren goed te luisteren naar het verhaal van de patiënt, doorvragen wanneer men de patiënt niet goed begrijpt, navragen bij de patiënt of men hem goed begrepen heeft en, zo nodig, informatie inwinnen bij informanten uit de cultuur van de patiënt over de interpretatie van verbale en non-verbale uitingen van de patiënt.

5.2.5 Creëer een zelfbewuste attitude

Zorg ervoor dat iedere medewerker zich bewust is van zijn eigen culturele waarden en normen en zich voortdurend rekenschap geeft van zijn ethnocentrische reflex. Bevordering van de attitude om ook ruimte te geven aan andere opvattingen, voor zover passend in het grotere geheel, moet een centrale plaats innemen in (bij- en na)scholing van medewerkers. Bewustwording van de relativiteit van de eigen cultuurbepaalde opvattingen bevordert empathie voor het 'vreemde' van de allochtone patiënt.

5.2.6 Pas het personeelsbeleid aan

Richt het personeelsbeleid op etnische en culturele diversiteit in het personeelsbestand.

Besteed bij de werving van autochtone medewerkers aandacht aan affiniteit en sensitiviteit voor een multiculturele organisatie. Dit kan (onbewuste) discriminatie voorkomen en bijdragen aan een gedragscode die ook mensen uit andere dan de westerse cultuur in hun waarde laten.

Plaats het concreet vormgeven aan interculturalisatie permanent op de agenda van de bij- en nascholing van medewerkers.

5.2.7 *Financier verder onderzoek*

Zorg voor een eenduidige registratie van etnische en culturele achtergrond van patiënten in de tbs.

Start onderzoek inzake de toegang tot de tbs voor allochtonen.

Neem met voorrang onderzoek ter hand naar de problematiek van de tweede (en derde) generatie allochtonen. Dit in verband met de grote oververtegenwoordiging van allochtonen in penitentiaire jeugdinrichtingen.

Stimuleer onderzoek naar effectiviteit van (behandel)interventies bij allochtonen in verschillende inrichtingen, met het oog op het ontwikkelen van best practices.

Gebruikte bronnen

Arrindell, W.A., Albersnagel, F.A. Allochtonen en de geestelijke gezondheidszorg. Handboek Klinische Psychologie, D5000, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1999.

Bellaart, H. Matrix Interculturalisatie: voor begeleiding van het interculturalisatieproces in de sectoren Zorg en Welzijn. Utrecht: FORUM 2001.

CBS, Bevolkingstrends, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland, 4e kwartaal 2006, Jaargang 54, 2007.

Cope, R. Forensic Psychiatry. In: Psychiatry in Multicultural Britain. Red. D. Bhugra & R. Cochrane. London: Gaskell, 2001.

DJI, gegevens over ontwikkelingen in de bevolkingssamenstelling en in de patiëntenpopulaties van de tbs-inrichtingen en de justitiële jeugdinstellingen.

Eindrapport tijdelijke commissie onderzoek tbs (Commissie Visser), "Tbs, vandaag over gisteren en morgen". Den Haag: mei 2006.

Gomperts, W. Herkenning en verschil. Psychoanalytische psychotherapie bij migranten en vluchtelingen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 60, no. 7/8, 681-702.

Hoeven, D. van der. Interculturalisatie in de tbs, doctoraalscriptie Universiteit Utrecht, 2007.

Hofstede, G. (2002). Culturele diversiteit in de Nederlandse samenleving. Justitiële verkenningen, 28, no. 5, 9-18

Hofstee, E.J. TBS. Deventer: Kluwer, 2003 (tweede druk).

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tbs-klinieken: toekomst in gezamenlijkheid?, Samenvattende rapportage van de algemeen-toezichtbezoeken aan de acht tbs-klinieken in 2005, 2006.

Jenissen, R.P.W. en J. Oudhof. Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen. Den Haag: WODC / CBS, 2007.

Knipscheer, J. en R.Kleber. Psychotherapie met allochtonen – écht anders? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 60, no. 7/8, 717-724, 2005.

Koenraadt, F. & E. Vloten. Forensisch psychiatrische rapportage en cultuurconflict. Een randprobleem in een randgebied? Nederlands Juristenblad, 9 oktober, afl. 35.

Kogel, C. H. de & Nagtegaal, M. H. (2006). Gewelddadige delinquenten met een psychische stoornis. Wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België. WODC/Boom serie Onderzoek en beleid, nummer 240. Den Haag: WODC/Boom.

Komen M.M. 'Psychiatrische rapportage pro Justitia' (over jongeren met ernstig delictgedrag), in: F. Bovenkerk, M. Komen en Y. Yesilgöz (redactie) Multiculturaliteit in de Strafrechtpleging. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2003.

Kortmann, F.A.M. Communicatieproblemen in de omgang met etnische minderheden. Justitiële verkenningen (WODC) 16, 5 (1990), 96-115.

Kortmann, F.A.M. (2002a). Interculturalisatie op maat. Reactie op het manifest 'Interculturele geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57, 52-63.

Kortmann, F.A.M. (2002b). Communicatieproblemen in de transculturele psychiatrie. De validering van een vragenlijst in Ethiopië. In: Houtkoop, H. en Veenman, J. Interviewen in de multiculturele samenleving. Problemen en oplossingen. Assen: Van Gorkum, 2002.

Kortmann, F.A.M. Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of art' van de transculturele hulpverlening, Rotterdam: Mikado, 2003.

Kortmann, F.A.M. Hulpverlening aan allochtone patiënten. Psychopraxis, vol.7, no. 5 (2005), 189-194.

Kortmann, F.A.M. Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie. Assen: Van Gorkum, 2006.

Kortmann, F.A.M. Institutioneel racisme in Nederland, Nijmegen: RUN 2007

Pannekeet, C. Kwaliteitskader voor het inbrengen en borgen van de interculturele component in algemene zorgprogramma's voor volwassenen. Op basis van praktijkkennis. Amersfoort: GGz Nederland, 2005

Raad voor Strafrechtstoepassing en jeugdbescherming, toezichtrapportages 2005 en 2006; schriftelijke enquête onder de tbs-inrichtingen 2004/2005, veldonderzoek bij vier tbs-inrichtingen 2006/2007; expertmeeting met medewerkers van de tbs-inrichtingen april 2007.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2000a). Interculturalisatie van de gezondheidszorg. RVZ, Zoetermeer.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2000b). Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. RVZ, Zoetermeer.

Shadid, W. Interculturele communicatie. In: Penninx, R., Münstermann & Entzinger, H., Etnische minderheden en de multiculturele samenleving. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1998.

Tatlıcıoğlu, A. & Wolthers, L. Stand van zaken interculturalisatie: cultuurverschillen binnen en buiten de muren. Dr. S. van Mesdagkliniek/GGz Groningen, 2004.

Struijs A.J., H.J. Wennink, Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Achtergrondstudie, Trimbos-instituut en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000.

Verantwoording geraadpleegd en eigen onderzoek

- in 2000 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) twee adviezen uitgebracht op het terrein van interculturalisatie. Het eerste advies betreft de interculturalisatie in de gezondheidszorg⁴⁰ en het tweede behelst een studie naar vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg, toegespitst op allochtonen;
- in 2004 heeft de dr. S. van Mesdagkliniek een intern onderzoek verricht⁴¹;
- ten behoeve van het onderhavige advies heeft de Raad in 2004 een schriftelijke enquête onder de tbs-inrichtingen gehouden. Reacties zijn ontvangen en verwerkt van de Van der Hoevenkliniek, Kijvelanden, Rooyse Wissel, Hoeve Boschoord, Veldzicht, Oldenkotte, Pompekliniek, Flevo Future (nu Oostvaarderskliniek) en de Dr. S. Van Mesdagkliniek;
- in de jaren 2004 - 2006 vormde interculturalisatie een vast thema in het toezichtprogramma van de Raad voor de tbs-inrichtingen;
- in 2006 en 2007 heeft de Raad een veldonderzoek verricht bij vier tbs-klinieken: De Kijvelanden, De Rooyse Wissel, de Dr. S. van Mesdagkliniek en de Oostvaarderskliniek (locatie Amsterdam). Dit vond plaats door middel van semi-gestruktureerde interviews met patiënten en medewerkers. Het betrof twaalf allochtone ter beschikking gestelden en acht autochtone ter beschikking gestelden. De allochtone patiënten zijn geselecteerd uit de vier grootste etnische minderheidsgroepen in Nederland: patiënten met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond (zowel eerste als tweede generatie). De zeven medewerkers met wie is gesproken, waren allen rechtstreeks betrokken bij de behandeling en/of bij de contacten met het netwerk van de patiënten. Het betreft hier maatschappelijk werkers, psychologen en managers (van de sectie in- of uitstroom);
- op 18 april 2007 heeft de Raad een expertmeeting gehouden met sleutelfiguren uit dertien tbs-inrichtingen en ggz-instellingen. Dit betrof personen uit de disciplines gedragskunde, behandeling, geestelijke verzorging, onderwijs en management.

⁴⁰ RVZ (2000a).

⁴¹ dr. S. van Mesdagkliniek, *Interculturalisatie, Onderzoeksrapport (2004, niet gepubliceerd)*.

Cijfers

Tabel 4. Culturele achtergrond van personen verblijvend in de tbs-inrichtingen op 1 januari van de jaren 1995, 2000 en 2005, in percentages (Bron: DJI)

	1995 (n=678)	2000 (n=1100)	2005 (n=1467)
Nederlands	72,1	68,8	73
Overig Europees	1,5	1,8	2
Turks	1,9	2,5	7
Marokkaans	2,8	4,1	
Antilliaans	4,3	4,8	12
Surinaams	10,3	10,3	
Buiten Europa	3,2	3,4	6
Gemengd	3,5	4,2	
Onbekend	0,3	0,2	
Totaal	100	100	100

Tabel 5. Overzicht verdeling allochtoon/autochtoon totaal van tbs-klinieken naar peildatum (bron: DJI)

peildatum	allochtoon	autochtoon	onbekend	totaal
31 december 2000	33,4%	47,0%	19,6%	100,0%
31 december 2002	35,2%	50,3%	14,5%	100,0%
31 december 2004	36,2%	52,7%	11,2%	100,0%
31 december 2006	35,8%	55,8%	8,4%	100,0%
30 juni 2007	35,7%	56,6%	7,7%	100,0%

Tabel 6. de verhouding allochtonen / autochtonen per kliniek en type afdeling in 2007 (bron: DJI)

Overzicht verdeling allochtoon/autochtoon per tbs-kliniek peildatum 30 juni 2007

Kliniek	Type afdeling	Allochtoon	Autochtoon	Onbepaald	Totaal
Dr. Henri van der Hoeven Kliniek	Intramuraal	36	67	2	105
	Transmuraal	18	26	6	50
	Onbekend	-	1	-	1
	Totaal	54	94	8	156
Dr. S. van Mesdagkliniek	Intramuraal	85	85	13	183
	Transmuraal	10	6	3	19
	Totaal	95	91	16	202

FPC De Oostvaarders- kliniek	Intramuraal	41	73	8	122
	Transmuraal	1	10	2	13
	Totaal	42	83	10	135
FPC Veldzicht	Intramuraal	76	92	4	172
	Transmuraal	4	9	1	14
	Longstay	13	23	13	49
	Totaal	93	124	18	235
FPI de Rooyse Wissel	Intramuraal	53	116	4	173
	Transmuraal	13	18	2	33
	Longstay	1	7	2	10
	Totaal	67	141	8	216
FPK De Meren	Intramuraal	24	14	-	38
	Transmuraal	2	1	-	3
	Totaal	26	15	0	41
FPC Oldenkotte	Intramuraal	30	71	2	103
	Transmuraal	7	24	4	35
	Totaal	37	95	6	138
GGZ Drenthe	Intramuraal	4	4	1	9
	Transmuraal	-	1	1	2
	Onbekend	4	5	-	9
	Totaal	8	10	2	20
GGzE locatie De Grote Beek	Intramuraal	27	36	7	70
	Transmuraal	5	5	2	12
	Totaal	32	41	9	82
Hoeve Boschoord	Intramuraal	18	42	8	68
	Transmuraal	6	19	3	28
	Totaal	24	61	11	96
IFP De Kijvelanden	Intramuraal	52	73	6	131
	Transmuraal	10	21	1	32
	Totaal	62	94	7	163
Pompestichting	Intramuraal	41	82	13	136
	Transmuraal	9	19	7	35
	Voorbehandeling	2	9	-	11
	Longstay	36	38	21	95
	Totaal	88	148	41	277
Totaal		628	997	136	1761
Procentuele verdeling		35,7%	56,6%	7,7%	100,0%