

# Etnische verschillen tussen pro Justitia gerapporteerde verdachten

D. J. VINKERS, M. BARENDREGT, E. DE BEURS, H. W. HOEK,  
TH. RINNE

**ACHTERGROND** Allochtone patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis worden vaker gedwongen opgenomen dan autochtone patiënten.

**DOEL** Beschrijven van etnische verschillen in prevalentie van psychiatrische stoornissen, mate van toerekeningsvatbaarheid en behandeladviezen bij pro Justitia gerapporteerde verdachten.

**METHODE** Er werd gebruikgemaakt van de gegevens van 14.540 rapportages pro Justitia die in de periode 2000–2006 werden opgesteld in Nederland waarbij de etniciteit bekend was. Autochtone, westerse, Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en overige niet-westerse verdachten werden onderling vergeleken met  $\chi^2$ -toetsen en logistische-regressiemodellen.

**RESULTATEN** Psychotische stoornissen en gedragsstoornissen kwamen vaker voor bij allochtone dan bij autochtone verdachten, terwijl alle andere psychiatrische stoornissen minder vaak in de allochtone groep voorkwamen. Allochtone verdachten werden vaker als volledig toerekeningsvatbaar beoordeeld dan autochtone. Bij Antilliaanse, Marokkaanse en Surinaamse en overige niet-westerse verdachten werd vaker gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis geadviseerd of geen behandeling en minder vaak ambulante behandeling. Er waren geen etnische verschillen wat betreft een advies voor terbeschikkingstelling met verpleging of voor medicatie als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel.

**CONCLUSIE** Allochtone verdachten worden enerzijds vaker toerekeningsvatbaar geacht en krijgen anderzijds vaker een advies voor gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in vergelijking met autochtoon Nederlandse verdachten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)11, 801-811]

**TREFWOORDEN** etniciteit, forensische psychiatrie, rapportage pro Justitia, toerekeningsvatbaarheid

Uit Engels onderzoek blijkt dat allochtone patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening vaker gedwongen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis dan autochtone patiënten (Davies e.a. 1996; Leese e.a. 2006; Maden e.a. 1999; McGovern & Cope, 1987; Singh e.a. 2007). In Nederland is dat ook het geval: Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en overige niet-westerse patiënten hebben een twee- tot driemaal hogere

kans op een gedwongen psychiatrische opname binnen de reguliere ggz (Mulder e.a. 2006; Schrier e.a. 2001; Selten e.a. 2001).

Het feit dat allochtone patiënten relatief vaker gedwongen worden opgenomen dan autochtone patiënten binnen de reguliere ggz, roept de vraag op of een dergelijk verschil zich ook voordoet in een forensisch kader. Ook bij de pro Justitia-rapportage vindt immers psychiatrische

diagnostiek plaats en wordt gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis of terbeschikkingstelling(tbs)-kliniek geadviseerd bij verdachten met een ernstige psychiatrische stoornis. In Engeland is aangetoond dat ook in het strafrecht allochtone verdachten, vooral van Afro-Caribische afkomst, vaker gedwongen worden opgenomen in forensisch psychiatrische ziekenhuizen (Bhui e.a. 1998; Coid e.a. 2000; 2002; Leese e.a. 2006; Maden e.a. 1999; McGovern & Cope 1987). In Nederland ontbreekt echter onderzoek naar gedwongen forensische opname in een psychiatrisch ziekenhuis van allochtone verdachten.

In het huidige onderzoek beschrijven wij etnische verschillen op de drie onderdelen van de rapportage pro Justitia:

- de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis;
- de mate van toerekeningsvatbaarheid voor het ten laste gelegde delict;
- het behandeladvies.

Hiervoor maakten we gebruik van de gegevens van de 14.540 rapportages pro Justitia die in de periode 2000 tot en met 2006 werden opgesteld in Nederland en waarbij de etniciteit bekend was.

## METHODE

### Rapportage pro Justitia

Het doel van de rapportage pro Justitia is om de rechter te adviseren over:

- het bestaan van een psychiatrische stoornis bij een verdachte;
- in welke mate deze stoornis een rol heeft gespeeld in het ten laste gelegde delict en het gevolg daarvan op de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte;
- welke behandeling noodzakelijk wordt geacht om de kans op recidive te verminderen.

Wanneer er een vermoeden bestaat dat een psychiatrische stoornis mede tot het ten laste gelegde delict heeft geleid, wordt een rapportage pro Justitia aangevraagd bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie

(NIFP) door de officier van justitie of rechter-commissaris.

### FRIS

Rapportages pro Justitia, zowel in het jeugd- als het volwassenenstrafrecht, worden geregistreerd in het Forensisch Rapportage en Informatie Systeem (FRIS). Het FRIS bevat voor elke in Nederland pro Justitia gerapporteerde verdachte demografische en globale psychiatrische gegevens. De gegevens worden door de rapporteur aanleverd op basis van een standaardformulier. De etniciteit van de verdachte wordt in FRIS geregistreerd op basis van de informatie die de rapporteur aanlevert. De wijze waarop de rapporteur tot de etniciteit komt, is niet geprotocolleerd. Er zijn geen vaste categorieën waaraan de rapporteur gebonden is (het is een vrij veld). Bij dubbelrapportages door een psycholoog en een psychiater wordt uitgegaan van de gegevens zoals ingevuld door de psychiater.

### Populatie

Uit FRIS vroegen wij de gegevens van alle 21.857 rapportages pro Justitia in de periode 1-1-2000 tot en met 31-12-2006 op. Bij 7317 (33,5%) rapportages ontbrak de etniciteitsbeoordeling en deze rapportages werden geëxcludeerd. In een extra analyse werd tevens de volledige dataset geanalyseerd, waarbij de etniciteit bij de geëxcludeerde verdachten werd bepaald op basis van het geboorteland (7236 rapporten; 99,3%) of de nationaliteit (54 rapporten; 0,7%) van de verdachte.

Van de geïncludeerde 14.540 rapportages was de etnische achtergrond bij 9292 (63,9%) verdachten autochtoon, bij 409 (2,8%) westers, 681 (4,7%) Turks, 1189 (8,2%) Marokkaans, 1155 (7,9%) Surinaams, 773 (5,3%) Antilliaans en bij 1041 (7,2%) overig niet-westers. De frequentie van pro Justitia-rapportages was 3,5 per 1000 westerse (anders dan de autochtoon Nederlandse verdachten) verdachten terwijl dit in de andere groepen 11,5-16,5 per 1000 verdachten was. De rapportages waren opge-

steld door een psychiater (23,7%), door een psycholoog (42,1%), of door een psychiater én een psycholoog (34,2%). Alleen bij westerse verdachten was de frequentie van multidisciplinair onderzoek (40,8%) verhoogd. In de andere etnische groepen was de frequentie van multidisciplinair onderzoek 31,7% (Turks) tot 36,6% (overig niet-westers). Het merendeel van de westerse verdachten was afkomstig uit Europa (top 3: Joegoslavië met 21,0%; Duitsland met 13,7%; Engeland met 12,0%) en een klein gedeelte uit Noord-Amerika en Australië. Bij 1788 verdachten (12,3%) werden twee of meer rapporten vervaardigd. De frequentie van meerdere rapporten was hoger bij Marokkaanse verdachten (17,2%) en Surinaamse verdachten (15,8%). In een extra analyse excludeerden we de verdachten die meerdere malen werden gerapporteerd.

#### Variabelen

Behalve de etniciteit gebruikten we de volgende variabelen.

**Diagnostische variabelen** De variabele *as I*-stoornissen beschrijft de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis op *as I* (m.u.v. middelengebruik) en kent de volgende mogelijke waardes: geen stoornis, psychotische stoornis, gedragsstoornis, affectieve stoornis, ADHD, pervasieve ontwikkelingsstoornis, parafilie, organisch psychosyndroom, en overige stoornissen. *FRIS* kent slechts de mogelijkheid tot het registreren van één *as I*-stoornis per casus, waardoor mogelijke comorbiditeit op *as I* niet wordt meegenomen. De variabele *as II*-stoornissen geeft de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis weer. De variabele *IQ < 85* beschrijft de aanwezigheid van een verstandelijke handicap (zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid) op basis van het intellectueel functioneren. *Middelenmisbruik* werd gescoord als misbruik van alcohol, cannabis, of anders/polydruggebruik (waaronder harddrugs). Verder werd aangegeven of een verdachte vanuit een psychiatrische voorgeschiedenis bekend was bij een *ggz*-instelling.

**Toerekeningsvatbaarheid en behandeladvies** De mate van toerekeningsvatbaarheid betreft de conclusie van de rapporteur over de doorwerking van een aanwezige stoornis in het ten laste gelegde delict. De toerekeningsvatbaarheid wordt uitgedrukt conform forensisch gebruik volgens een 5-puntsschaal: volledig toerekeningsvatbaar (geen stoornis aanwezig of geen doorwerking van de stoornis in het delict), enigszins verminderd toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar, sterk verminderd toerekeningsvatbaar, of volledig ontoerekeningsvatbaar.

De variabele *behandeladviezen* beschrijft het advies van de rapporteur over de toepasselijkheid van een (verplichte) behandeling in strafrechtelijk kader: (1) een tbs-maatregel met verpleging, (2) een voorwaardelijke tbs-maatregel, (3) gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis conform artikel 37 Wetboek van Strafrecht (WvS) of (4) ambulante behandeling en (5) medicatie als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke strafdeel of (6) specifiek het advies: geen behandeling.

Een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis (meestal een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) of een forensische psychiatrische afdeling (FPA)) op basis van artikel 37 WvS met ontslag van strafvervolging kan alleen worden opgelegd bij ontoerekeningsvatbare verdachten die multidisciplinair zijn onderzocht. Deze maatregelen hebben een maximale duur van één jaar (Van Gestel e.a. 2002).

Voorwaarde voor het opleggen van een tbs-maatregel is dat er sprake is van een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens in combinatie met een delict waarvoor een maximale gevangenisstraf van minstens 4 jaar kan worden opgelegd. Doel van de tbs-maatregel is het verminderen van de kans op herhaling om de samenleving te beveiligen. Verder is voor een tbs-advies noodzakelijk dat de verdachte pro Justitia wordt onderzocht door ten minste twee gedragsdeskundigen, onder wie één psychiater (Peek & Nugter 2009). Niet tbs-waardige delicten (waarvoor de maximale gevangenisstraf minder dan 4 jaar is) werden in een aanvullende analyse geëxcludeerd.

**Delict en leeftijd** Het delict werd gecategoriseerd aan de hand van het zwaarste type delict op basis van de juridische informatie en ingedeeld als moord of doodslag, poging tot moord of doodslag, geweld, poging of bedreiging met geweld, verkrachting of aanranding, seksuele delicten, brandstichting, oplichting, overtreding opiumwet, en diefstal. De variabele leeftijd werd berekend aan de hand van de geboortedatum en de datum van rapportage.

### Statistiek

De prevalentie van psychiatrische stoornissen in de verschillende etnische groepen werd uitgedrukt in een percentage omdat het aantal ontbrekende gegevens per variabele verschilde. Om de etnische verschillen tussen pro Justitia gerapporteerde verdachten te onderzoeken voerden we twee analyses uit:

- Statistische toetsing van de verschillen tussen de etnische groepen m.b.t. de onderzochte variabelen, de mate van toerekeningsvatbaarheid en het behandeladvies met  $\chi^2$ -toetsen.
- Multinominale logistische-regressieanalyses van de relatie tussen etniciteit en de mate van toerekeningsvatbaarheid en het behandeladvies. Er werden maximaal vier voorspellers onderzocht in verband met de statische power. Voor de relatie tussen etniciteit en mate van toerekeningsvatbaarheid keken we naar de voorspellers leeftijd, geslacht, as I- en as II-stoornissen. Als referentiecategorie werden autochtoon Nederlandse verdachten en een verminderde toerekeningsvatbaarheid gebruikt. Voor de relatie tussen etniciteit en behandeladvies werden de voorspellers leeftijd, geslacht, as I-stoornissen en toerekeningsvatbaarheid onderzocht. As I-stoornissen werden in de regressieanalyses geclassificeerd als geen stoornis, een psychotische stoornis of een andere psychiatrische stoornis. As II-stoornissen werden geclassificeerd als een persoonlijkheidsstoornis, IQ < 85 of zowel een persoonlijkheidsstoornis als IQ < 85.

Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS

16.0. Alleen de resultaten voor de etniciteit worden getoond; de volledige tabellen zijn op te vragen bij de eerste auteur.

### RESULTATEN

In tabel 1 staan de demografische, psychiatrische en stafrechterlijke kenmerken van pro Justitia gerapporteerde verdachten. Marokkaanse en Antilliaanse verdachten waren jonger dan autochtoon Nederlandse en andere allochtone verdachten. De totale prevalentie van as I-stoornissen bij pro Justitia gerapporteerde verdachten was ongeveer even hoog bij autochtone en allochtone verdachten. Psychotische stoornissen kwamen het vaakst voor bij overige niet-westerse verdachten, maar kwamen ook vaker voor bij westerse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse verdachten en het minst vaak bij autochtone verdachten die pro Justitia gerapporteerd werden. Een gedragsstoornis werd vaker gediagnosticeerd bij Marokkaanse en Antilliaanse verdachten. De prevalentie van een IQ-score < 85 punten was het hoogst bij Antilliaanse verdachten. ADHD, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, parafilie en persoonlijkheidsstoornissen werden vaker vastgesteld bij autochtone verdachten. Allochtone verdachten, met name Antilliaanse verdachten, waren minder vaak bekend bij de ggz. Seksuele delicten en brandstichting hadden een hogere prevalentie bij autochtone verdachten.

Uit tabel 2 blijkt een statistisch significant verband tussen de toerekeningsvatbaarheid en etniciteit. Nadere inspectie van de tabel leert dat volledige toerekeningsvatbaarheid vaker voorkwam bij allochtone dan bij autochtone verdachten. Bij autochtone verdachten kwam een (enigszins) verminderde toerekeningsvatbaarheid vaker voor. Ontoerekeningsvatbaarheid kwam vaker voor bij allochtone verdachten, met name bij westerse verdachten. Wanneer er sprake was van een psychotische stoornis, werden westerse verdachten vaker als ontoerekeningsvatbaar beoordeeld (55,3%) in vergelijking met andere etnische groepen (autochtoon: 34,2%; Turks: 30,6%; Marokkaans:

TABEL 1		Demografische, psychiatrische en strafrechtelijke kenmerken van pro Justitia gerapporteerde verdachten (%)							
	Autochtoon (n = 9292)	Westers (n = 409)	Turks (n = 681)	Marokkaans (n = 1189)	Surinaams (n = 1155)	Antilliaans (n = 773)	Niet-westers (n = 1041)	Toetsing	
Gem. leeftijd (in j)	31,2	31,9	27,5	24,8	30,2	26,8	27,7	ANOVA: F (6) = 69,690; p < 0,001	
Leeftijd 12-17 jaar	17,5	14,2	23,9	30,8	18,4	26,8	22,2	$\chi^2(6) = 167,397$ ; p < 0,001	
Man	90,7	86,3	95,6	95,0	91,6	94,0	94,2	$\chi^2(6) = 70,167$ ; p < 0,001	
As I-stoornis	55,3	58,7	60,4	60,6	51,8	48,3	60,4	$\chi^2(6) = 41,409$ ; p < 0,001	
Gedragsstoornis	11,0	11,0	13,7	23,6	14,8	19,0	13,5	$\chi^2(42) =$	
Psychotische stoornis	10,5	22,0	22,3	21,6	22,4	15,1	25,3	975,249; p < 0,001	
Affectieve stoornis	8,8	10,8	10,9	5,0	5,8	3,8	8,8		
ADHD	5,7	2,2	1,9	1,9	1,0	0,9	0,8		
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	5,4	2,2	2,2	1,6	1,2	1,6	2,4		
Parafilie	4,6	2,9	0,0	0,1	0,7	0,8	0,5		
Organisch psychosyndroom	1,6	0,7	1,9	1,1	0,7	1,4	0,8		
Andere stoornissen	7,9	6,8	7,5	5,6	5,1	5,7	8,4		
As II-stoornissen									
IQ < 85	13,7	8,0	18,4	20,4	17,0	27,8	15,3	$\chi^2(6) = 126,566$ ; p < 0,001	
Persoonlijkheidsstoornis	48,5	46,2	35,7	38,5	38,2	30,5	36,2	$\chi^2(6) = 42,364$ ; p < 0,001	
Persoonlijkheidsstoornis en IQ < 85	10,5	7,2	9,5	10,1	9,9	17,3	7,1	$\chi^2(6) = 42,246$ ; p < 0,001	
Middelenmisbruik									
Alcohol	16,9	16,6	12,9	8,5	9,2	8,5	11,6	$\chi^2(6) = 132,660$ ; p < 0,001	
Cannabis	7,9	10,0	10,7	13,0	13,6	12,8	10,3	$\chi^2(6) = 95,591$ ; p < 0,001	
Harddrugs	17,9	13,9	14,1	16,1	18,6	18,6	13,1	$\chi^2(6) = 33,401$ ; p < 0,001	
Bekend bij ggz	37,5	32,8	34,1	33,1	33,5	24,8	30,9	$\chi^2(6) = 67,167$ ; p < 0,001	
Ten laste gelegd delict									
Moord of doodslag	4,3	8,1	7,0	3,1	4,2	6,1	5,6	$\chi^2(54) =$	
Poging tot moord of doodslag	19,7	25,2	30,0	21,4	22,6	21,1	24,5	818,338; p < 0,001	
Geweld	16,3	16,6	20,3	24,0	23,0	23,3	19,4		
Poging of bedreiging met geweld	7,4	6,6	8,4	6,1	5,1	5,6	8,6		
Verkrachting of aanranding	6,8	5,1	4,3	4,5	6,6	11,0	8,5		
Seksuele delicten	12,3	6,4	1,9	1,6	4,2	3,8	3,6		
Brandstichting	8,4	7,8	2,9	2,8	3,3	1,8	4,4		
Oplichting	1,1	0,2	0,3	0,5	1,0	0,3	0,4		
Overtreding opiumwet	1,3	2,4	1,3	0,7	3,0	3,4	1,5		
Diefstal	19,1	18,8	21,1	32,8	24,2	22,1	20,8		

Ontbrekende gegevens: geslacht: 5 (0,0%); bekend bij ggz: 3993 (27,5%); as I-stoornis: 1775 (12,2%); as II-stoornis: 5595 (38,5%); middelen: 4807 (33,1%); ten laste gelegde delict: 261 (1,8%); toerekeningsvatbaarheid: 1314 (9,0%).

TABEL 2 Mate van toerekeningsvatbaarheid bij pro Justitia gerapporteerde verdachten (%)\*

	Autochtoon (n = 9292)	Westers (n = 409)	Turks (n = 681)	Marokkaans (n = 1189)	Surinaams (n = 1155)	Antilliaans (n = 773)	Niet-westers (n = 1041)
Volledig toerekeningsvatbaar	15,9	21,8	21,3	22,1	19,7	18,8	19,5
Enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	39,3	30,3	34,8	34,7	38,8	41,4	33,5
Verminderd toerekeningsvatbaar	26,7	19,6	22,2	20,9	18,2	21,5	20,7
Sterk verminderd toerekeningsvatbaar	5,4	5,9	5,3	4,5	3,8	4,9	7,2
Ontoerekeningsvatbaar	4,1	13,0	7,2	6,5	8,2	4,4	10,5

\* $\chi^2(24) = 282,728$ ;  $p < 0,001$ ; ontbrekende gegevens toerekeningsvatbaarheid: 1314 (9,0%).

31,9% Surinaams: 38,5%; Antilliaans: 25,0%; overig niet-westers: 41,3%).

Na correctie voor leeftijd, geslacht, as I- en as II-stoornissen was de kans op volledige toerekeningsvatbaarheid t.o.v. verminderde toerekeningsvatbaarheid verhoogd bij alle groepen allochtone verdachten (tabel 3). Bij Surinaamse en Antilliaanse verdachten was tevens de kans op een enigszins verminderde toerekeningsvatbaarheid verhoogd. Bij westerse verdachten (exclusief de autochtoon Nederlandse verdachten) was de kans op ontoerekeningsvatbaarheid verhoogd.

Gedwongen opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis conform artikel 37 WvS of geen behandeling werd vaker geadviseerd bij allochtone verdachten (tabel 4). Een voorwaardelijke tbs of een ambulante behandeling werd juist vaker bij autochtone verdachten geadviseerd. Er was geen verschil in de frequentie van een advies voor tbs met verpleging en voor medicatie als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel. Wanneer alleen tbs-waardige delicten werden onderzocht, bleven de resultaten hetzelfde.

Na correctie voor leeftijd, geslacht, as I-stoornissen en toerekeningsvatbaarheid bleek dat in vergelijking met autochtoon Nederlandse verdachten bij Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en andere niet-westerse verdachten vaker een advies werd gegeven voor gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis en geen behandeling en minder vaak een advies voor ambulante behandeling. Tevens werd een voorwaardelijke tbs minder vaak geadviseerd bij Turkse verdachten.

In een extra analyse werd de etniciteit van de verdachten bij wie de etniciteitsbeoordeling door de rapporteur ontbrak, bepaald op basis van het

geboorteland (7236 rapporten; 99,3%) of de nationaliteit (54 rapporten; 0,7%). In deze analyse werden echter geen significante verschillen in uitkomsten gevonden wat betreft prevalentie van psychiatrische stoornissen, toerekeningsvatbaarheid of behandeladvies in de etnische groepen (data niet getoond). Ook de exclusie van de verdachten die meerdere malen gerapporteerd werden, leidde niet tot significante verschillen in uitkomsten wat betreft prevalentie van psychiatrische stoornissen, toerekeningsvatbaarheid en behandeladvies in de etnische groepen (data niet getoond). Wanneer in de regressiemodellen ook voor de aard van het ten laste gelegde delict werd gecorrigeerd, was er geen verschil in uitkomst wat betreft de toerekeningsvatbaarheid en het behandeladvies in de etnische groepen.

## DISCUSSIE

In dit onderzoek beschrijven wij etnische verschillen op de drie onderdelen van de rapportage pro Justitia: de prevalentie van een psychiatrische stoornis, de mate van toerekeningsvatbaarheid voor het ten laste gelegde delict en het behandeladvies. De verschillen tussen de etnische groepen in de beoordeling van de pro Justitia gerapporteerde verdachten worden per onderdeel en daarna in hun onderlinge samenhang besproken.

### Beperkingen

Allereerst moeten we echter de beperkingen van deze studie noemen. Ten eerste wordt in de rapportage pro Justitia geadviseerd aan de rechtbank. Van de ambulante rapportages wordt onge-

TABEL 3 Logistische-regressiemodel voor toerekeningsvatbaarheid bij pro Justitia gerapporteerde verdachten

	B	SE b	Walds $\chi^2$ (df = 1)	p	OR
<b>Volledig toerekeningsvatbaar</b>					
Westers	1,09	0,25	19,62	< 0,001	2,97
Turks	0,76	0,19	16,24	< 0,001	2,14
Marokkaans	0,62	0,15	16,30	< 0,001	1,85
Surinaams	0,49	0,16	9,39	0,002	1,64
Antilliaans	0,59	0,19	9,70	0,002	1,80
Niet-westers	0,69	0,16	19,29	< 0,001	2,00
<b>Enigszins verminderd toerekeningsvatbaar</b>					
Westers	0,26	0,20	1,63	0,20	1,29
Turks	0,23	0,15	2,58	0,11	1,26
Marokkaans	0,09	0,11	0,59	0,44	1,09
Surinaams	0,51	0,12	18,85	< 0,001	1,67
Antilliaans	0,37	0,13	7,60	0,006	1,45
Niet-westers	0,14	0,12	1,28	0,26	1,15
<b>Sterk verminderd toerekeningsvatbaar</b>					
Westers	0,50	0,30	2,71	0,10	1,65
Turks	-0,25	0,27	0,84	0,36	0,78
Marokkaans	-0,38	0,21	3,19	0,07	0,68
Surinaams	-0,36	0,22	2,60	0,11	0,70
Antilliaans	-0,09	0,24	0,14	0,71	0,92
Niet-westers	0,17	0,20	0,73	0,39	1,19
<b>Ontoerekeningsvatbaar</b>					
Westers	0,92	0,30	9,33	0,002	2,50
Turks	0,26	0,26	1,04	0,31	1,30
Marokkaans	-0,07	0,21	0,13	0,72	0,93
Surinaams	0,09	0,20	0,20	0,66	1,10
Antilliaans	-0,28	0,28	0,98	0,32	0,76
Niet-westers	0,39	0,21	3,59	0,06	1,48

Referentiecategorie: verminderde toerekeningsvatbaarheid en autochtoon Nederlandse verdachten; model:  $\chi^2(42) = 154,377$ ;  $p < 0,000$ .  
 B = Bèta; SE = standard error; OR = oddsratio.

TABEL 4 Behandeladvies bij pro Justitia gerapporteerde verdachten\*

	Autochtoon (n = 9292)	Westers (n = 409)	Turks (n = 681)	Marokkaans (n = 1189)	Surinaams (n = 1155)	Antilliaans (n = 773)	Niet-westers (n = 1041)
Gedwongen opname in psychiatrisch ziekenhuis	2,9	10,0	5,0	6,0	7,2	4,7	9,6
Tbs met verpleging	3,0	3,7	3,2	2,3	2,5	3,0	2,3
Voorwaardelijke tbs	4,4	2,9	2,2	1,7	1,6	2,6	1,2
Ambulante behandeling	39,8	32,8	35,5	27,8	32,6	30,3	29,1
Medicatie	2,5	3,9	3,1	1,5	2,7	1,9	2,8

\*  $p \chi^2(6) < 0,001$  voor alle behandeladviezen, behalve tbs met verpleging ( $p = 0,512$ ) en medicatie ( $p = 0,098$ ).

TABEL 5		Logistische-regressiemodel voor behandeladvies bij pro Justitia gerapporteerde verdachten				
		B	SE b	Walds $\chi^2$ (df=1)	P	OR
Gedwongen opname in psychiatrisch ziekenhuis						
Westers		0,285	0,326	0,765	0,382	1,330
Turks		-0,139	0,311	0,201	0,654	0,870
Marokkaans		0,691	0,278	6,192	0,013	1,996
Surinaams		0,668	0,259	6,645	0,010	1,951
Antilliaans		1,275	0,362	12,401	0,000	3,579
Niet-westers		0,892	0,253	12,430	0,000	2,439
Voorwaardelijke tbs						
Westers		-0,413	0,348	1,406	0,236	0,662
Turks		-0,652	0,302	4,653	0,031	0,521
Marokkaans		-0,831	0,256	10,508	0,001	0,436
Surinaams		-0,728	0,249	8,553	0,003	0,483
Antilliaans		-0,502	0,264	3,614	0,057	0,605
Niet-westers		-1,168	0,300	15,167	0,000	0,311
Ambulante behandeling						
Westers		-0,158	0,119	1,764	0,184	0,854
Turks		-0,017	0,090	0,036	0,850	0,983
Marokkaans		-0,380	0,074	26,036	0,000	0,684
Surinaams		-0,213	0,073	8,446	0,004	0,808
Antilliaans		-0,347	0,089	15,132	0,000	0,707
Niet-westers		-0,307	0,078	15,695	0,000	0,735
Geen behandeling						
Westers		0,331	0,123	7,235	0,007	1,393
Turks		0,357	0,094	14,330	0,000	1,429
Marokkaans		0,568	0,073	60,647	0,000	1,764
Surinaams		0,509	0,074	47,040	0,000	1,664
Antilliaans		0,603	0,088	46,931	0,000	1,827
Niet-westers		0,552	0,078	50,627	0,000	1,737

Referentiecategorie = verminderde toerekeningsvatbaarheid en autochtoon Nederlandse verdachten.  
B = Bèta; SE = standard error; OR = oddsratio.

veer 70% van de adviezen door de rechtbank opgevolgd. Voor de klinische rapportages is dat ongeveer 90% (Harte e.a. 2003). Het uiteindelijke vonnis kan dus afwijken van het advies.

Een tweede beperking betreft de etniciteit zoals die in FRIS wordt geregistreerd. Dit gebeurt niet op basis van een standaard operationalisatie (bijvoorbeeld conform de CBS-definitie), maar betreft een inschatting van de rapporteur. Hierbij zouden fouten gemaakt kunnen worden. Er is bovendien geen onderscheid gemaakt tussen de eerste en de tweede generatie allochtonen, terwijl het risico op psychotische stoornissen met name

bij allochtone bevolkingsgroepen van de tweede generatie is verhoogd (Veling e.a. 2007).

Ten derde verblijven allochtone verdachten niet altijd langdurig in Nederland, bijvoorbeeld als het om toeristen gaat of als zij geen legale verblijfstatus hebben. Deze personen komen weliswaar ook in aanmerking voor een tbs-advies of gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis conform artikel 37 WvS, maar het is denkbaar dat allochtone verdachten uitgezet worden naar het land van herkomst wanneer er sprake is van een verminderde toerekeningsvatbaarheid of ontoerekeningsvatbaarheid.

Ten vierde, bij een derde van de rapportages ontbrak de etniciteitsbeoordeling. Wanneer deze rapportages werden geïncorporeerd, bleven de resultaten wat betreft de prevalentie van psychiatrische stoornissen, toerekeningsvatbaarheid en behandeladvies in de etnische groepen echter hetzelfde.

#### Psychiatrische stoornissen

De totale prevalentie van psychiatrische stoornissen was ongeveer even hoog bij allochtone en autochtone verdachten, maar bij de verschillende etnische groepen bleken wel verschillende soorten stoornissen te zijn vastgesteld. Psychotische stoornissen hadden een hogere prevalentie bij alle allochtone verdachten, wat overeenkomt met eerdere onderzoeken in de Nederlandse bevolking (Mulder e.a. 2006; Schrier e.a. 2001; Selten e.a. 2001; Veling e.a. 2007). Bij allochtone verdachten werd minder vaak ADHD, een pervasieve ontwikkelingsstoornis, parafilie of een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld, terwijl gedragsstoornis en een IQ lager dan 85 punten juist vaker werden gediagnosticeerd. Uit onze gegevens wordt niet duidelijk of deze verschillen worden verklaard door onbekendheid met de culturele achtergrond van allochtone verdachten. In de algemene Amerikaanse en Nederlandse bevolking werden echter geen etnische verschillen in de prevalentie van de genoemde psychiatrische stoornissen gevonden (Angold e.a. 2002; Droomers e.a. 2005; Zwirs e.a. 2007). De prevalentie van harddrugsmisbruik was niet duidelijk verhoogd bij allochtone verdachten. Alcoholmisbruik kwam vaker bij autochtone verdachten en cannabismisbruik vaker bij allochtone verdachten voor.

#### Toerekeningsvatbaarheid

Allochtone verdachten werden vaker als volledig toerekeningsvatbaar beoordeeld dan autochtone verdachten. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek in Nederland en Engeland (Barendregt e.a. 2008; Bridges & Steen 1996; Komen & Van Schooten 2006; Warren e.a. 2004; Weenink

2009). Westerse verdachten (anders dan de autochtone Nederlandse verdachten) werden tegelijkertijd vaker als ontoerekeningsvatbaar beoordeeld. De frequentie van rapportage pro Justitia bij deze groep verdachten was echter erg laag (3,5 per 1000 verdachten versus 11,5-16,5 per 1000 verdachten in de andere groepen), terwijl de frequentie van multidisciplinair onderzoek in deze groep juist hoog was. Bovendien was er een hogere frequentie van ontoerekeningsvatbaarheid bij westerse verdachten wanneer er sprake was van een psychotische stoornis (zie tekst tabel 2). Er zou dus sprake kunnen zijn van een selectiebias van ontoerekeningsvatbare westerse verdachten. Mogelijk gaat het om westerse toeristen die door een psychotisch toestandsbeeld niet kunnen worden uitgezet naar het land van herkomst.

#### Behandeladvies

Gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis conform artikel 37 WvS en geen behandeling werd vaker geadviseerd bij allochtone verdachten. Een voorwaardelijke tbs of een ambulante behandeling werd juist vaker bij autochtone verdachten geadviseerd. Bij Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en andere niet-westerse verdachten werd vaker gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis conform artikel 37 WvS geadviseerd dan bij autochtone Nederlandse verdachten. Deze bevinding komt overeen met eerdere Nederlandse studies die laten zien dat allochtone patiënten vaker gedwongen worden opgenomen (Schrier e.a. 2001; Mulder e.a. 2006). Ambulante behandeling werd minder vaak geadviseerd bij Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en andere niet-westerse verdachten. Een mogelijke verklaring is dat allochtone verdachten minder vaak bekend zijn bij de ggz, wat de kans op een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis conform artikel 37 WvS in plaats van ambulante behandeling waarschijnlijk groter maakt. Er waren geen etnische verschillen wat betreft advies voor een tbs met verpleging of medicatie als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel.

## CONCLUSIE

Wij concluderen dat allochtone verdachten enerzijds vaker toerekeningsvatbaar worden geacht en anderzijds vaker een advies voor gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis krijgen dan autochtoon Nederlandse verdachten. Verder werden bij allochtone verdachten psychiatrische stoornissen minder vaak gediagnosticeerd en psychotische stoornissen juist vaker. Het wordt uit onze gegevens niet helemaal duidelijk hoe deze verschillen te verklaren zijn. Verbetering van de culturele competentie van gedragsdeskundigen zou tot vermindering van de gevonden verschillen kunnen leiden.

## LITERATUUR

- Angold A, Erkanli A, Farmer EMZ. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and White youth. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 893-901.
- Barendregt M, Muller E, Nijman H, De Beurs E. Factors associated with experts' opinion regarding criminal responsibility in The Netherlands. *Behav Sci Law* 2008; 26: 619-31.
- Bhui K, Brown P, Hardie T, Watson JP, Parrott J. African-Caribbean men remanded to Brixton Prison. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 337-44.
- Bridges GS, Steen S. Racial disparities in official assessments of juvenile offenders: attributional stereotypes as mediating mechanism. *Am Sociol Rev* 1998; 63: 554-70.
- Coid J, Kahtan N, Gault S, Jarman B. Ethnic differences in admissions to secure forensic psychiatry services. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 241-7.
- Coid J, Petruckevitch A, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Jenkins R, e.a. Ethnic differences in prisoners. 2: Risk factors and psychiatric service use. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 481-7.
- Davies S, Thornicroft G, Leese M, Higgingsbotham A, Phelan M, e.a. Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ* 1996; 312: 533-7.
- Droomers M, Foets M, Van der Lucht F. Factsheet allochtonen en zorggebruik. Bilthoven, Rotterdam: RIVM, iBMG/EUR; 2005.
- Gestel CJ van, Van Nieuwenhuizen Ch, Achilles RA. Vormen 'artikel-37-patiënten' een zware last? *Tijdschr Psychiatr* 2002; 44: 627-32.
- Harte JM, van den Berg WMC, van Mulbregt JML. Het opvolgen van PBC-adviezen door de rechterlijke macht; een onderzoek naar de mate waarin de adviezen worden overgenomen. Utrecht: Interne publicatiereeks Pieter Baan Centrum nummer 10; 2003.
- Komen M, van Schooten E. Allochtone jongeren gemiddeld langer vast. In: Komen M, red. Straatkwad en jeugdcriminaliteit. Naar een algemene of etnisch-specifieke aanpak? Apeldoorn/Antwerpen: Spinhuis; 2006. p. 24-42.
- Leese M, Thornicroft, G, Shaw J, Thomas S, Mohan R, Harty MA, e.a. Ethnic differences among patients in high-security psychiatric hospitals in England. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 380-5.
- Maden A, Friendship C, McClintock T, Rutter S. Outcome of admission to a medium secure psychiatric unit: 2. Role of ethnic origin. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 317-21.
- McGovern D, Cope R. The compulsory detention of males of different ethnic groups with special reference to offender patients. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 505-12.
- Mulder CL, Koopmans GT, Selten JP. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 386-91.
- Peek WHM, Nugter MA. 'Ik zit mijn tijd wel uit...' Forensisch psychiatrische pilotstudie naar recidive bij patiënten met een strafrechtelijke plaatsing. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 715-25.
- Schrier AC, van de Wetering BJ, Mulder PG, Selten JP. Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam: data from outpatient facilities. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 162-6.
- Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenie W, e.a. Incidence of psychosis in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 367-72.
- Singh SP, Greenwood N, White S, Churchill R. Ethnicity and the Mental Health Act 1983. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 99-105.
- Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006; 86: 189-93.
- Warren JL, Murrie DC, Chauhan P, Dietz PE, Morris J. Opinion formation in evaluating sanity at the time of the offense: an examination of 5175 pre-trial evaluations. *Behav Sci Law* 2004; 22: 171-86.
- Weenink D. Explaining ethnic inequality in the juvenile justice system. An analysis of the outcomes of Dutch prosecutorial decision making. *Brit J Criminol* 2009; 49: 220-42.
- Zwirs BW, Burger H, Schulpen TW. Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35: 556-66.

## AUTEURS

DAVID J. VINKERS is psychiater, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie te Rotterdam.

MARKO BARENDREGT was ten tijde van het schrijven van dit artikel werkzaam als senior onderzoeker, Bureau Onderzoek en Ontwikkeling, Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie te Utrecht.

EDWIN DE BEURS was ten tijde van het schrijven van dit artikel werkzaam als hoofd Bureau Onderzoek en Ontwikkeling bij het Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie te Utrecht.

WIJBRAND HOEK is hoogleraar en opleider psychiatrie,

Parnassia Bavo Groep te Den Haag, Afdeling Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, en Afdeling Epidemiologie, Columbia University New York.

THOMAS RINNE is medisch directeur bij het Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie Locatie Pieter Baan Centrum te Utrecht en wetenschappelijk directeur NIFP.

Correspondentieadres: dr. David J. Vinkers, psychiater, NIFP Rotterdam, Postbus 3175, 3003 AD, Rotterdam.

E-mail: d.vinkers@dji.minjus.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-4-2011.

## SUMMARY

Ethnic differences between pre-trial suspected offenders – D.J. Vinkers, M. Barendregt, E. de Beurs, H.W. Hoek, Th. Rinne –

**BACKGROUND** Black and minority ethnic (BME) patients with a severe psychiatric disorder are compulsory admitted to psychiatric hospitals more often than Dutch native patients.

**AIM** To describe ethnic differences with regard to (1) the prevalence of psychiatric disorders, (2) the degree to which ‘suspects’ are considered to be accountable for their actions and (3) recommended treatment for reported pre-trial suspects.

**METHOD** 14,540 pre-trial reports in the Netherlands between 2000 and 2006 with a known ethnicity were assessed. Dutch native, Western, Turkish, Moroccan, Surinamese, Antillean, and other non-Western defendants were compared with chi-square tests and logistic regression models.

**RESULTS** Psychotic and behavioural disorders were more prevalent among BME suspects, whereas all other psychiatric disorders occurred less frequently in the BME group. Compared to Dutch native suspects, BME suspects were more often deemed to be fully accountable for their actions. Antillean, Moroccan, Surinamese, and other non-Western suspects were more often recommended for compulsory admission to a psychiatric hospital or received no treatment and much less out-patient treatment. There were no ethnic differences with regard to the frequency with which suspects were recommended for compulsory admission to a penitentiary hospital or with regard to medication.

**CONCLUSION** Compared to Dutch native suspects, BME suspects are, on one hand, more often deemed accountable for their actions but, on the other hand, are more often recommended for compulsory admission to a psychiatric hospital.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)11, 801-811]

**KEY WORDS** accountability, ethnicity, forensic psychiatry, pre-trial report