

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 244

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Wonen, Wijken en Integratie over *suïcidaal gedrag van jonge migranten vrouwen in Nederland*. (Ingezonden 7 juli 2009)

1

Hebt u kennisgenomen van het onlangs verschenen onderzoek «Suïcidaal gedrag van jonge migranten vrouwen in Nederland»?<sup>1</sup>

2

Wat vindt u ervan dat 20 procent van de Surinaams-Hindoestaanse, 15 procent van de Turkse, 10 procent van de Nederlandse en ruim zes procent van de Marokkaanse meisjes ooit een zelfmoordpoging heeft gedaan?

3

Worden zelfmoordpogingen geregistreerd door ziekenhuizen en crisisdiensten? Zo nee, waarom niet? Wordt de etnische afkomst bij suïcidepogingen landelijk geregistreerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)? Zo nee, waarom niet?

4

Herinnert u zich mijn eerdere schriftelijke vragen over zelfmoordpogingen van Surinaamse en Turkse meisjes in de regio Haaglanden en de antwoorden hierop, namelijk dat het de verantwoordelijkheid van de (koepels van) zorgaanbieders is om er voor te

zorgen dat de hulpverlening aan allochtone meisjes toegankelijk moet zijn?<sup>2</sup> Bent u van mening dat de hulpverlening voor allochtone meisjes op dit moment voldoende toegankelijk is? Bent u, gezien de schrikbarende cijfers over zelfmoordpogingen onder allochtone meisjes, nog steeds van mening dat dit alleen een verantwoordelijkheid is van de (koepels van de) zorgaanbieders? Bent u van mening dat zij hun verantwoordelijkheid in dezen voldoende nemen? Heeft de overheid een verantwoordelijkheid in dezen? Zo ja, welke?

5

Deelt u de mening dat de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en reguliere hulpverlening ernstig tekortschieten als het gaat om adequate hulpverlening aan allochtone meisjes met psychische problemen? Zo ja, deelt u de mening dat het de verantwoordelijkheid van de overheid is om de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en reguliere zorginstellingen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid om deze doelgroep te bereiken? Hoe gaat u dit doen?

6

Wat vindt u ervan dat bij zelfmoordpogingen onder allochtone meisjes de beperking van keuzevrijheid bij deze meisjes een belangrijke factor is? Vindt u het acceptabel dat deze meisjes nog steeds in hun keuzevrijheid, wat betreft huwelijk, relatievorming,

echtscheiding, seksualiteit en bewegingsvrijheid, worden beperkt door hun familie en omgeving? Zo nee, kunt u aangeven wat u tot nu toe hebt gedaan om deze meisjes in hun gevecht voor meer vrije keuze te steunen of te stimuleren? Kunt u een overzicht geven van de maatregelen die u heeft genomen vanaf 2006 en de effecten van deze maatregelen?

7

Kunt u aangeven wat de stand van zaken is met betrekking tot de interculturalisatie van de zorg, in het bijzonder van de GGZ? Bestaat de projectgroep interculturalisatie van de zorg nog en zo ja wat zijn de activiteiten die deze projectgroep tot nu toe heeft ondernomen?

8

Bent u bereid samen met collega-bewindspersonen met een integraal plan van aanpak te komen waarin u de huidige stand van zaken aangeeft, de gewenste situatie, concrete maatregelen om deze meisjes in hun strijd voor meer keuzevrijheid te steunen, de verschillende actoren, organisaties en instellingen die hierbij worden betrokken en het tijdspad dat hiervoor wordt gehanteerd? Wanneer kan de Kamer dit plan van aanpak ontvangen?

<sup>1</sup> Suïcidaal gedrag van jonge migranten vrouwen in Nederland, Diana van Bergen, Vrije Universiteit Amsterdam, juni 2009.

<sup>2</sup> Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2005–2006, nr. 619.

## Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de ministers voor Jeugd en Gezin en voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 6 oktober 2009)

Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008–2009, nr. 3301

1

Ja.

2

Allereerst merk ik op het afschuwelijk te vinden dat een aanzienlijk percentage meisjes, al dan niet van allochtone afkomst, een zelfmoordpoging doet.

Verder betreur ik het gegeven dat er bij meisjes van Surinaams-Hindoestaanse en Turkse afkomst sprake is van een verhoogd percentage suïcidepogingen ten opzichte van meisjes van Nederlandse afkomst.

3

In het algemeen registreren ziekenhuizen en crisisdiensten, suïcidepogingen in het (electronisch) patiëntendossier.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) registreert landelijk een beperkt aantal (demografische) gegevens over het aantal suïcides onder de Nederlandse bevolking. Het CBS registreert en publiceert geen gegevens over suïcidepogingen, omdat zij daarvoor geen data krijgt aangeleverd. In dit verband verwijs ik tevens naar mijn antwoorden op uw eerdere vragen over zelfmoordpogingen van Surinaamse en Turkse meisjes in de regio Haaglanden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, Aanhangsel nr. 619).

4 en 5

In de antwoorden op de eerdere vragen mevrouw Arib heeft de toenmalige minister van VWS vermeld dat het (verder) verkrijgen en verspreiden van kennis over verbeteringen van de hulpverlening aan allochtonen primair de verantwoordelijkheid is van de (koepels van) zorgaanbieders en dat de overheid daarbij een stimulerende rol speelt (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, Aanhangsel nr. 619). Op dit punt ben ik thans geen andere mening toegegaan.

De toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen geeft een genuanceerd beeld. Uit de Trendrapportage GGZ 2008 van het Trimbos instituut blijkt onder meer dat allochtonen hun weg naar de GGZ steeds beter weten te vinden. Meer specifiek blijkt uit de Trendrapportage dat allochtone vrouwen de laatste jaren sterk emanciperen wat betreft zorggebruik bij psychische problemen; hun zorggebruik nam sterker toe dan onder allochtone mannen. In dit verband verwijs ik tevens naar de antwoorden van de Staatssecretaris van VWS op vragen van mevrouw Arib over allochtone meisjes die voor hun ouders of hun schoonouders zorgen (ingezonden 13 mei 2009). De rol en de verantwoordelijkheid die de overheid in dezen heeft, is ervoor zorgen dat de zorg voldoende toegankelijk is voor alle burgers.

6

In antwoord op het eerste deel van deze vraag merk ik op dat ik het zorgelijk vind dat (allochtone) meisjes zich beperkt voelen in hun keuzevrijheid. Overigens blijkt uit het onderzoek dat vooral bij de Turkse meisjes de beperking van de keuzevrijheid een rol speelt. Voor het percentage van suïcidepogingen bij Hindostaanse meisjes geeft het onderzoek geen eenduidige verklaring.

Op het tweede deel van de vraag antwoord ik dat ik het niet acceptabel vind dat volwassen allochtone meisjes in hun keuzevrijheid en daardoor ook in hun emancipatieproces worden belemmerd door hun partners of vaders. Daarom stimuleren de ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en voor Wonen, Wijken en Integratie het opzetten van vadercentra om de emancipatie van mannen uit traditionele milieus te bevorderen. Maatregelen voor het bevorderen van keuzevrijheid zijn veelal generiek en geldend voor alle groepen. Meer specifieke programma's zoals bovengenoemd lopen nog, waardoor over de uitkomsten nog geen uitspraken kunnen worden gedaan. Voorts merk ik op dat daar waar sprake is van vrijheidsbeperking waarbij grenzen van de Nederlandse rechtsstaat worden overschreden, handelen aan de orde is. Het kabinet heeft binnen de aanpak van

eengerelateerd geweld maatregelen getroffen op het gebied van preventie, bescherming en de strafrechtelijke aanpak van maatregelen om het proces van mentaliteitsverandering onder migranten en vluchtelingengroepen te bevorderen en op te treden tegen daders en medeplegers van deze vorm van geweld.

7

In augustus 2001 is de Projectorganisatie interculturalisatie van de gezondheidszorg voor een periode van vier jaar ingesteld en is na het verstrijken van die periode met ingang van 1 mei 2005 opgeheven. Over de activiteiten die de Projectorganisatie interculturalisatie van de gezondheidszorg gepland had en heeft ondernomen tot de opheffing, heeft de projectorganisatie een plan van aanpak (november 2001) uitgebracht. Ook heeft de projectorganisatie destijds een voortgangsrapportage uitgebracht. Deze stukken heeft de toenmalige minister van VWS als bijlagen bij de brief over allochtonen in de gezondheidszorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 484, nr. 1) gericht aan de Tweede Kamer gevoegd. Voor de activiteiten die de projectorganisatie heeft ondernomen, verwijs ik naar de inhoud van deze bijlagen.

8

Een apart plan van aanpak voor allochtone meisjes is niet nodig. Via de emancipatiesubsidieregeling (Staatscourant van 29 december 2003, nr. 250/pag. 37) zijn in de periode 2004–2007, tal van projecten ondersteund om de emancipatie van allochtone vrouwen en meisjes te bevorderen. Over de uitkomsten van de afgeronde projecten is de Tweede Kamer eerder schriftelijk geïnformeerd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 420, nr. 119). Het bevorderen van de emancipatie van vrouwen én meisjes uit etnische minderheidsgroepen is nog steeds speerpunt van het emancipatiebeleid van de rijksoverheid. Het kabinet zet in op de bevordering van de maatschappelijke- en arbeidsparticipatie, maar ook op de bevordering van de zelfredzaamheid en de persoonlijke ontwikkeling van vrouwen en meisjes uit etnische

minderheidsgroepen. Dat doet zij door het versterken van de lokale regie onder meer door het bevorderen van emancipatiebeleid door gemeenten en via de lokale uitrol van 18 «best practice»-projecten die zijn uitgevoerd binnen de bovengenoemde emancipatiesubsidieregeling. Hiervoor stelt zij middelen beschikbaar voor gemeenten en provincies. Eén van de 18 «best practice»-projecten die door gemeenten en provincies geadopteerd kan worden betreft het project «Hand en hand tegen huwelijksdwang» van de Stichting SPIOR. Dit project maakt meisjes weerbaar en het onderwerp bespreekbaar in islamitische gemeenschappen. Een ander voorbeeld is het project Zwarte Tulp van de Stichting Verdwaalde Gezichten dat eengerelateerd geweld op scholen bespreekbaar maakt.