

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

427

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *dat allochtone jongeren vaker depressief zijn*. (Ingezonden 5 november 2002)

1
Hebt u kennis genomen van het artikel waarin gesteld wordt dat allochtone jongeren vaker depressief zijn?¹

2
Bent u op de hoogte van een eerder onderzoek door het Trimbos-instituut en het Sociaal Cultureel Planbureau waaruit bleek dat vooral meisjes uit migrantengroepen depressief en suïcidaal zijn? Zo ja, wat heeft u met de bevindingen van dit onderzoek gedaan?

3
Herinnert u zich de antwoorden op eerdere schriftelijke vragen² waarin gesteld werd dat er geen verklaringen waren te geven voor de toename van het aantal zelfmoorden onder allochtone jongeren? Bent u nog steeds deze mening toegedaan? Zo ja, waarop baseert u deze mening?

4
Hoe verhoudt dit antwoord zich tot het onderzoek van de hoogleraar Vollebergh, verbonden aan de

Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN), waaruit blijkt dat allochtone jongeren vaker depressief, angstig en suïcidaal zijn dan hun autochtone leeftijdgenoten?

5
Wat vindt u van de bevindingen van het onderzoek van de hoogleraar Vollebergh? Wat vindt u van de constatering dat gedragsproblemen bij allochtone jongeren door hulpverleners vaak over het hoofd worden gezien? Wat gaat u hieraan doen?

6
Moeten deze jongeren vaak op behandeling wachten? Wat is de gemiddelde wachttijd voor behandeling? Bent u het met de onderzoeker prof. Vollebergh eens dat veel gedragsproblemen voorkomen kunnen worden door in een vroeger stadium in te grijpen? Zo ja, welke maatregelen gaat u ondernemen om bij problemen vroegtijdig te kunnen ingrijpen?

7
Welke taak heeft de jeugd-GGZ hierin en wat wordt er vanuit de GGZ in het bijzonder ondernomen om adequate hulp aan allochtone jongeren te bieden?

¹ Trouw, 1 november jl.

² Aanhangsel Handelingen nr. 1326, vergaderjaar 1999–2000.

Antwoord

Antwoord van minister **De Geus** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (Ontvangen 2 december 2002)

1
Ja.

2
Recente onderzoeken op dit terrein zijn mij niet bekend. Ik vermoed dat u verwijst naar de «Rapportage Jeugd» van het SCP (verschenen december 2000). Daaruit blijkt o.a. dat met name jonge vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond twee keer zo vaak als autochtone leeftijdgenoten een suïcidepoging doen.

Deze onderzoeksresultaten bevestigen het belang van een vraaggerichte benadering in de zorg. Het vraaggericht maken van de GGZ vindt plaats in het kader van de trajecten «vernieuwing van de GGZ», «modernisering AWBZ» en «modernisering curatieve zorg», trajecten waarover de Kamer is geïnformeerd. In principe zullen deze zorgbrede trajecten er toe moeten leiden dat het zorgaanbod te allen tijde goed aansluit op de vraag van cliënten, ook als dat cliënten zijn uit bijzondere doelgroepen, zoals allochtone jongeren.

Gezien de soms moeilijke positie van bijzondere doelgroepen in de zorg

zijn er, naast bovengenoemde zorgbrede vernieuwingstrajecten, ook verbetertrajecten voor specifieke doelgroepen gestart. Zo is voor de verbetering van de zorg aan allochtonen het project Interculturalisatie van de gezondheidszorg gestart. Een plan van aanpak voor dit project is in 2001 aan de Kamer gezonden bij brief met kenmerk GVM/2236400. Het project heeft tot doel de gezondheidszorg voor zover nodig toegankelijker te maken voor allochtonen, onder wie ook allochtone jongeren.

3 en 4

In de Kamervragen¹ vroeg u naar een mogelijke verklaring voor het relatief hoge percentage suïcides onder allochtone jongeren. Mijn ambtsvoorganger antwoordde toen dat er nog geen sluitende verklaringen zijn voor een verhoogd suïciderisico van allochtone jongeren (of andere bevolkingsgroepen). Wel gaf zij aan dat op grond van het toenmalige onderzoek bekend was dat het suïciderisico toeneemt naarmate het sociaal, psychisch en/of economisch slechter met iemand gaat en dat er kon worden verondersteld dat het gebrek aan toekomstperspectief en sociale problemen belangrijke verklarende factoren zijn voor suïcides van allochtone jongeren. De door u aangehaalde onderzoeksresultaten nuanceren bovenstaand beeld: uit de oratie van prof. Vollebergh blijkt dat er met name een relatie is tussen gedragsproblematiek en sociale factoren (zoals huwelijks- en gezinsconflicten, persoonlijke en psychische problemen van ouders). Minder verband is er tussen gedragsproblematiek van allochtone jongeren en sociaal-economische achterstand of armoede. Deze nieuwe onderzoeksresultaten laten dus, net zoals eerdere onderzoeken, zien dat er een samenhang is tussen allerlei sociale en economische factoren en depressiviteit en suïcidaliteit. Waarom al deze factoren samenhangen en of dit ook relevante factoren zijn voor een mogelijke oplossing van het probleem kan echter niet uit het onderzoek worden afgeleid. In die zin ontbreekt dus nog steeds een wetenschappelijk verantwoorde verklaring voor het hoge percentage suïcides onder allochtone jongeren.

5

De onderzoeksbevinding dat hulpverleners gedragsproblemen van allochtone jongeren vaak over het hoofd zien is uiteraard zorgelijk. Een doel van het bovengenoemde project interculturalisatie van de gezondheidszorg is dat hulpverleners bewuster (leren) omgaan met cultuurverschillen. In het plan van aanpak wordt onder meer aandacht besteed aan het interculturaliseren van de zorgopleidingen.

6, 7 en 8

Er zijn geen gegevens over de gemiddelde wachttijd voor behandeling van allochtone jongeren met deze problematiek: een dergelijk cliëntniveau ontbreekt in de registratie van wachttijden en wachtlijsten. Wel zijn gegevens bekend over wachttijden voor de totale groep jeugdigen. Bij een eerste meting in 2001 bleek dat de wachtlijstdruk bij de Jeugd-GGZ relatief hoog is. Aanpak van de wachtlijsten in de Jeugd-GGZ is dan ook één van de speerpunten voor het wachtlijstbeleid in de GGZ. Inmiddels begint dit beleid zijn eerste vruchten af te werpen: begin 2002 bleek het aantal wachtenden in de intramurale Jeugd-GGZ gedaald te zijn met 3%, in de ambulante Jeugd-GGZ zelfs met 7%.

Ik deel de mening van prof. Vollebergh dat vroegtijdig ingrijpen problemen kan voorkomen. Vandaar ook dat er binnen de Jeugd-GGZ sinds jaar en dag aan preventie van psychische problematiek wordt gedaan. Mochten er op dit punt tekortkomingen zijn in de zorg dan zullen deze worden aangepakt via het project Interculturalisatie van de zorg. Bovengenoemde gedragsproblemen zijn overigens niet het exclusieve terrein van de Jeugd-GGZ: ook de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen leveren veel zorg op het terrein van het aanpakken van gedragsproblematiek. Afstemming van de zorg van verschillende zorginstellingen is daarbij cruciaal. Vandaar ook dat die afstemming één van de doelstellingen is van de nieuwe Wet op de Jeugdzorg die momenteel voorligt bij de Tweede Kamer.

¹ Aangangsel Handelingen nr. 1326, vergaderjaar 1999–2000.