

Rotterdam, 11-03-2014

Betreft: commentaar op de “concept verordening Jeugdhulp Rotterdam”

L.S.

Graag reageren wij, een groep van 12 kinder- en jeugdpsychiaters, mede namens Ouder Koepel Transitie Jeugdzorg Ouders (TJO) en ondersteund door Advocatenkollectief Rotterdam, op uw oproep tot het leveren van commentaar op de "verordening Jeugdhulp", zoals deze voorliggend is als concept ter becommentariëring¹, waarbij door ons ook het stuk “Nieuw Rotterdams Jeugdinstel”² (in deze brief ook afgekort als NRJS) als achtergrond en referentie is gebruikt.

Het concept bevat een aantal punten betreffende de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg die aandacht behoeven. Hieronder worden deze punten kort beschreven en daarna achtereenvolgens toegelicht.

- 1. Kinder- en Jeugdpsychiatrie (= Jeugd GGZ) is fundamenteel anders dan Jeugdzorg, Preventie en “Eigen Kracht” zijn op basis daarvan per definitie niet toereikend noch vervangend:**
 - a. In de concept-verordening en in het document “Nieuw Rotterdams Jeugdinstel”, genoemd in de verordening en gebruikt als basis voor de tekst, valt op dat een beschrijving van (de rol van) de kinder- en jeugdpsychiatrie beperkt omschreven wordt en deze gelijkgesteld lijkt te worden aan of onderdeel is van jeugdhulp of jeugdzorg. De kinder- en jeugdpsychiatrie is, als medisch specialisme, echter fundamenteel anders. De kinder- en jeugdpsychiatrie dient qua organisatie op basis van medisch juridische wetgeving anders te zijn dan jeugdzorg zoals deze nu beschreven wordt in het concept.
 - b. Psychiatrische stoornissen zijn ziekten die voor een groot deel genetisch bepaald zijn, en / of een lichamelijke oorsprong hebben, waarbij preventie geen of slechts een heel beperkt effect heeft.
 - c. Steun vanuit de omgeving (de genoemde ‘pedagogische civil society’) kan ook psychiatrisch patiënten helpen, maar dit vervangt niet de zorg van medisch specialisten.
- 2. Wijkteams:**

Welke rol vervullen de wijkteams in de toegang naar of vormgeving van psychiatrische zorg?
- 3. Rechtstreekse verwijzing door huisartsen, specialisten en jeugdarts naar de kinder- en jeugdpsychiatrie:**

Op basis van de Jeugdwet is het nog steeds zo dat rechtstreekse verwijzing door huisartsen, specialisten en jeugdartsen mogelijk blijft, zonder inmenging van de gemeente. Het is belangrijk dat in de uitvoering van de Jeugdwet dit ook de facto mogelijk blijft.

¹ <http://www.rotterdam.nl/conceptverordeningjeugdhulprotterdam>

² http://www.rotterdam.nl/Clusters/Maatschappelijke%20ontwikkeling/Document%202013/Jeugd%20en%20Onderwijs/RotterdamJeugdinstel/rapportNieuw_RotterdamsJeugdinstel.pdf

4. **Privacy:**
Een medisch specialist kan op basis van medisch-juridische afspraken niet verplicht worden om informatie aan anderen te geven, dus ook niet aan de gemeente.
5. **Samenwerking met somatisch-medisch specialisten en samenwerking met volwassenen GGZ:**
Afspraken hierover ontbreken in het voorliggende concept en zijn wel noodzakelijk om goede kinder- en jeugdpsychiatrische zorg te kunnen bieden.
6. **Garantie van 24 uur per dag toegang tot zorg voor psychiatrische patiënten en crisiszorg:**
Het is essentieel dat er altijd voldoende psychiatrische expertise beschikbaar zal zijn om in crisissituaties in de kinder- en jeugdpsychiatrie, dreigend ernstige, soms levensbedreigende situaties te beoordelen en hierop beleid te maken. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld acuut psychotische patiënten of suïcidale patiënten.
7. **Financiering en “eigen bijdrage ouders”:**
In het concept wordt een ouderbijdrage genoemd. Het kan niet zo zijn dat ouders van kinderen met een psychiatrische ziekte hiervoor moeten gaan betalen, terwijl andere medisch-specialistische zorg wel volledig wordt vergoed. Dit sluit aan bij het internationaal verdrag inzake de rechten van het kind: Non-discriminatie (IVRK artikel 2).

Toelichting per punt volgt hieronder:

1. **Kinder- en Jeugdpsychiatrie (= Jeugd GGZ) is fundamenteel anders dan Jeugdzorg, Preventie en “Eigen Kracht” zijn op basis daarvan per definitie niet toereikend noch vervangend:**

Ad a) Kinderen en jeugdigen worden binnen de psychiatrie, evenals binnen andere medisch specialismen, behandeld binnen de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO).

Dit behelst in essentie een overeenkomst tussen kind, ouders en behandelaar met als belangrijkste bepalingen: regeling minderjarigen en wilsonbekwamen, informatieplicht, toestemmingsvereiste, goed hulpverlenerschap, dossierplicht, inzage-, correctieve- en aanvullingsrecht, geheimhoudingsplicht, recht op privacy en aansprakelijkheid. De WGBO dient ook in de nieuwe situatie altijd als basis voor de relatie tussen kinderen, ouders en de betrokken psychiater, waar de overige regelgeving dus voldoende ruimte voor moet bieden.

Ad b + c) De kinder- en jeugdpsychiatrie betreft medisch-specialistische zorg, bestaande uit diagnostiek en behandeling. Bij de diagnostiek wordt (informatie van en/of over) de omgeving van het kind betrokken (o.a. gezin en school) en ook binnen de behandeling wordt hier altijd rekening mee gehouden. De problematiek heeft echter per definitie geen volledig pedagogische problematiek als grondslag. Het betreft medisch-specialistische zorg voor een groep zeer kwetsbare kinderen en jeugdigen en het (gezins-)systeem daaromheen. Deze groep kinderen en jeugdigen lijdt aan ernstige aandoeningen zoals autisme, anorexia nervosa, psychotische stoornissen (zoals schizofrenie), (manisch-)depressiviteit en angststoornissen. Of het betreft bijvoorbeeld kinderen met een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling, een ontwikkelingsstoornis, een hechtingsstoornis of met zelfmoordplannen. Factoren als opvoedproblemen of pesten kunnen wel een luxerende en versterkende factor zijn, maar zijn geenszins de (enige) oorzaak.

Een goed systeem om het kind of de jongere heen kan helpend zijn in het herstel of in de ondersteuning. Maar als er sprake is van een psychiatrische stoornis is ‘eigen kracht’ of het eigen sociaal netwerk van het gezin nooit toereikend: er is medische hulp nodig, die zonder vertraging geboden moet kunnen worden.

De genoemde preventie, de “pedagogische civil society” en de “Eigen Kracht” als eerste stap als er een psychiatrisch probleem bestaat, is op basis van bovenstaande ongefundeerd, daarmee onjuist en kan zelfs schadelijk zijn (o.a. uitgangspunt 2 en 3 genoemd in het

document “Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel”).

2) Wijkteams:

In het document “Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel” worden in uitgangspunt 12 taken op het gebied van toeleiding en diagnose geïntegreerd in wijkteams en diagnoseteams (blz. 12, toelichting concept verordening). In de verordening blijft onduidelijk hoe de precieze taken van de wijkteams eruit zullen zien en uit welke disciplines deze teams zullen bestaan. Punt 6 (blz. 13 concept verordening) beschrijft dat een wijkteam door een “brede vraagverheldering” - in het NRJS aangevuld wordt met “wat snel en goed moet gebeuren door middel van een standaard instrumentarium” (blz. 14 NRJS rechterkolom) - een probleem kan analyseren en een toeleiding kan verzorgen.

- a) Een brede vraagverheldering is niet altijd nodig bij een gerichte vraag en zal enkel leiden tot onnodige bureaucrativering.
70% van de patiënten met psychiatrische klachten werd voordien zonder de inmenging van de Bureaus Jeugdzorg rechtstreeks aangemeld en het is noodzakelijk voor het efficiënt en snel starten van psychiatrische zorg, dat dit ook in de toekomst mogelijk blijft. Bij veruit het grootste deel van de kinderen die in de huidige situatie binnen de psychiatrie worden behandeld, is eveneens geen sprake van betrokkenheid van andere hulpverleners. Iedere extra hulpverlener in de nieuwe situatie is dus een onnodige complicatie van het huidige systeem.
Helaas staat nergens in het concept noch in het document ‘Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel’ specifiek benoemd wat de nieuwe strategie zal zijn bij kinderen en jeugdigen met (alleen) psychiatrische problematiek. Kinder- en jeugdpsychiatrie is in de concept verordening dan ook onvoldoende uitgewerkt.
- b) Kennelijk is het voornemen om een “standaardinstrument” te ontwikkelen ten gunste van verwijzing. Belangrijk is dat een dergelijk instrument bewezen sensitief en specifiek is. Het verdient aanbeveling om hierbij gebruik te maken van de ervaring die nu wordt opgebouwd bij het maken van triage-instrumenten voor de huisartsenpraktijk (voor de POH-GGZ, praktijkondersteuner huisarts, GGZ)
- c) Een wijkteam wordt geacht een “groot deel” van de hulp zelf te verlenen, waaronder “wijkgerichte” basis GGZ en “wijkgerichte” specialistische GGZ en voert de casusregie over individuele dossiers waarbij uitgangspunt het versterken van de “Eigen Kracht” is (NRJS blz. 4, rechter kolom).
Zoals eerder beschreven is dit niet van toepassing op psychiatrische pathologie. Zowel de diagnostiek als de behandeling dient door professionals te gebeuren. Wel zal een deel van de aanvullende, ondersteunende zorg geboden kunnen worden vanuit de wijkteams, zoals nu in specifieke behandelingsituaties ook zorg vanuit Bureaus Jeugdzorg waardevolle aanvulling en ondersteuning biedt bij een psychiatrische behandeling, of erop aansluit na het beëindigen van de psychiatrische hulpverlening.
Het lijkt zinvol en potentieel efficiënt en doelmatig dat dus vanuit de psychiatrie een beroep kan worden gedaan op aanvullende ondersteuning vanuit de wijkteams. De organisatie van deze zorg zal dan aan de wijkteams zijn en daar kunnen voorgestelde regels voor gelden.
- d) Uitgangspunt 12 (blz. 14 concept verordening) beschrijft een diagnoseteam.
In het document “Nieuwe Rotterdamse Jeugdstelsel” wordt dit verder toegelicht: beschreven wordt dat:

“ten behoeve van een goede toeleiding naar zorg eerst een diagnose wordt gesteld. Om te zorgen dat bijvoorbeeld jeugdigen met een geestelijke stoornis op de juiste behandelplek terecht komen, staat een deskundig diagnoseteam het wijkteam bij. Deze diagnoseteams gaan we organiseren per stadskwartier en onderbrengen bij de CJG’s. Voor een dergelijke diagnose is specialistische kennis vereist, die op dit moment nog niet allemaal binnen het CJG aanwezig is.” (blz. 20 NRJS, linker kolom)

Diagnostiek van psychiatrische pathologie is echter voorbehouden aan BIG-geregistreerde professionals in de kinder- en jeugdpsychiatrie, onder eindverantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar. Het is niet mogelijk om de in jaren opleiding opgebouwde kennis die aan deze expertise ten grondslag ligt, eenvoudig over te dragen aan anderen. Ook een 'verlengde-arm-constructie' waarbij een psychiatrische professional in een overleg geraadpleegd wordt, is hier niet mogelijk, omdat het op basis van medisch-juridische afspraken niet is toegestaan om specifiek advies te geven, laat staan een diagnose te stellen, zonder het kind of de jeugdige persoonlijk gezien en beoordeeld te hebben.

3) Rechtstreekse verwijzing door huisartsen, specialisten en jeugdarts naar de kinder- en jeugdpsychiatrie:

Bij amendement is in de Jeugdwet, artikel 2.5, eerste lid, onderdeel g en artikel 2.6, vierde lid, geregeld dat rechtstreeks verwijzing via huisarts, specialist en jeugdarts naar de kinder- en jeugdpsychiatrie te allen tijde mogelijk blijft. Beslist is dat dit een vrije mogelijkheid blijft van huisarts, specialist en jeugdarts, en dat dit zonder inhoudelijke inmenging van de gemeente kan plaatsvinden. De gemeente dient dus *zonder meer* een verleningsbeschikking af te geven als de huisarts, medisch specialist of jeugdarts dat nodig acht.

Artikel 3, lid 2 (blz. 2 en toelichting lid 2 blz. 17 concept verordening) en de passage (blz. 16, 2^e alinea concept verordening³) vermeldt ten onrechte dat de verwijzing door gemeente bekrachtigd moet worden door middel van een formeel besluit, daar de voorziening ook daadwerkelijk beschikbaar moet zijn voor de jeugdige. Dit impliceert immers dat een verwijzing ook *niet* bekrachtigd zou kunnen worden en een voorziening niet beschikbaar is, waarna het kind of de jongere bijvoorbeeld niet gezien zou kunnen worden door een kinder- en jeugdpsychiater.

Het is echter zo dat de gemeente zorg moet dragen dat, vanuit de in de Jeugdwet genoemde zorgplicht van de gemeente, een dergelijke voorziening zonder meer en te allen tijde beschikbaar moet zijn en dat zonder meer een verleningsbeschikking moet worden afgegeven wanneer een huisarts, medisch specialist of jeugdarts direct een verwijzing noodzakelijk acht naar een bepaalde voorziening. Dit kan buiten een wijkteam om. De gemeente kan dit niet afwijzen en mag dit niet vertragen.

Dit sluit aan bij het internationaal verdrag inzake de rechten van het kind: "Het kind heeft *recht* op de best mogelijke gezondheid en op gezondheidszorgvoorzieningen" (IVRK artikel 24).

De conceptverordening dient hierop te worden aangepast.

Ook dient er aandacht te zijn voor de vraag welke informatie er bij de gemeente moet zijn om deze verleningsbeschikking af te geven: welke informatie is minimaal noodzakelijk, wie levert deze aan en wat te doen in geval een jeugdige of diens ouders niet akkoord gaan met het overdragen van deze informatie? Deze afspraken dienen te worden afgestemd op de reeds bestaande wetgeving rondom medische gegevens en het recht op medische zorg.

4) Privacy:

Geheimhoudingsplicht is vastgelegd in de eerder genoemde Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). In ons dagelijks werk, onder meer met delinquente jongeren en 'multi-probleem'-gezinnen waar ook psychiatrische problemen spelen, zien wij, als kinder- en jeugdpsychiaters, het enorme belang van ons beroepsgeheim, dat niet voor niets wettelijk verankerd is. Slechts in de wetenschap dat hetgeen patiënten ons vertellen niet automatisch bij andere instanties terecht komt, durven zij ons hun zorgen en problemen toe te vertrouwen. Evenzo speelt dit soms een grote rol bij psychiatrische pathologie die voor een jeugdige gepaard gaat met gevoelens van schaamte. Het is onduidelijk hoe de privacy van de patiënt en het gezin is gewaarborgd in de conceptverordening, zoals dit ook al in punt 1a) aan de orde kwam.

Iedere vorm van betrokkenheid door gemeenten of andere niet-medische professionals bij (toegang tot) medische besluitvorming, is zowel medisch-ethisch als juridisch discutabel.

³ "[...] *De gemeente bepaalt zelf welke hulp vrij toegankelijk is en welke niet. Voor de niet vrij toegankelijke vormen van ondersteuning zal eerst beoordeeld moeten worden of de jeugdige of zijn ouders deze ondersteuning daadwerkelijk nodig hebben. Deze niet vrij toegankelijke voorzieningen veronderstellen altijd een verleningsbeslissing op basis van een beoordeling door de gemeente van de persoonlijke situatie en behoeften van de aanvrager. [...]*"

Onduidelijk is wat de strategie zal zijn als de gemeente toch medische informatie opeist en het kind en/of de ouders dit weigeren. Rechtdoend aan de rechten van het kind, maar ook op basis van zowel de zorgplicht van de gemeente als het recht op geheimhouding zal de voorziening toch beschikbaar moeten zijn.

5) Samenwerking met somatisch-medisch specialisten en samenwerking met volwassenen GGZ:

Een probleem in de Jeugdwet, waar staatsecretaris Van Rijn in zijn Memorie van Antwoord toelichting over geeft, is de aansluiting met de somatiek en de aansluiting met de volwassenen GGZ, die beide wel in de oude situatie achterblijven.

Uit diverse wetenschappelijke inzichten (op wereldniveau, vergelijk het onderzoek van de NIMH) is gebleken dat een overgang door een harde knip haaks staat op de wetenschappelijke praktijk: al tientallen jaren wordt ingezet op integratie van de kinder- en jeugdpsychiatrie met de volwassenen psychiatrie, daar psychiatrie in de volwassen leeftijd juist in de kindertijd begint en niet stopt of begint met het 18^e jaar. Zo bestudeert de transitiepsychiatrie juist specifiek de kritieke periode tussen de 18-23 jaar waarin veel psychiatrische stoornissen ontstaan of in ernst toenemen nadat ze reeds ontstonden in de kindertijd.

Het concept laat in het midden hoe deze overgang voorspoedig is te garanderen.

Staatsecretaris Van Rijn lichtte toe dat een overgang alleen in financiering plaats zou vinden, maar gaat op die manier voorbij aan de mogelijke verschillen die na de transitie ook ontstaan in de hulpverlening.

Een tweede knelpunt is de samenwerking met de somatiek.

Psychiatrische klachten hebben een sterke samenhang met de somatiek en daardoor wordt vaak samengewerkt tussen de psychiatrie en somatische specialismen. Dit betreft samenwerking in zowel diagnostiek als behandeling, als binnen opleidingen en wetenschappelijk onderzoek. Het is van groot belang dat deze samenwerking gegarandeerd blijft op al deze deelgebieden. Hier voorzien we mogelijke problemen.

6) Garantie van 24 uur per dag toegang tot zorg voor psychiatrische patiënten en crisiszorg:

a) In de conceptverordening staat niet beschreven hoe 24-uurs toegankelijkheid tot (crisis)zorg wordt gegarandeerd.

In de huidige situatie wordt 24-uurs zorg veelal opgevangen door een nauwe samenwerking met o.a. de volwassenen psychiatrie en de somatische zorg, door regionale en landelijke voorzieningen en samenwerkingsverbanden. Daarnaast zijn er situaties waarin een kind met een psychiatrische aandoening, binnen zo kort mogelijke tijd de juiste psychiatrische zorg dient te krijgen teneinde ernstig nadeel of zelfs overlijden te voorkomen. Ook hiervoor bestaan nu goede samenwerkingsafspraken tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en bijvoorbeeld huisartsen en medisch specialisten in somatische ziekenhuizen. Het is essentieel dat dit in de toekomst gegarandeerd wordt. Iedere tussenstap via bijvoorbeeld een wijkteam, kan zeer nadelig zijn en dient daarom vermeden te (kunnen) worden. Enkele voorbeelden: bij een suïcidale jongere of een kind dat delirant is, bestaat de presentatie uit alleen psychiatrische klachten, maar is onderliggend soms sprake van een (vaak ernstige) lichamelijke ziekte. Of denk aan een psychotische jongere die vanuit zijn psychose mensen in zijn omgeving aanvalt met een mes. Snel en adequaat handelen is dan geboden.

Als een kind of jeugdige, om wat voor reden ook, niet direct naar de kinder- en jeugdpsychiatrie kan worden verwezen, is de veiligheid in het geding. Hoe kan die dan worden gewaarborgd?

b) In artikel 3, lid 4 van de concept-verordening wordt met name de zwaarst mogelijke variant van crisisinterventie beschreven, terwijl er een scala van andere, niet klinische, ambulante maatregelen mogelijk is die in de hantering van spoed voorzien. Deze zwaarste vorm dient zeer sporadisch te worden toegepast in uiterste nood en uiterst gevaar, daar dit in de hulpverlening zeer ondermijnende consequenties heeft en geen intrinsiek behandeldoel heeft. Bovendien is het ook een zeer dure maatregel.

c) Hoe dient te worden omgegaan met de wet BOPZ in de kinder-jeugdpsychiatrie (onvrijwillige opname) in de nieuwe situatie?

Hoe wordt beoordeeld of een BOPZ beoordeling (IBS, VM) noodzakelijk is buiten de situatie met de reguliere verwijzing om via huisarts, medisch specialist en jeugdarts? Hoe wordt met verwijzing omgegaan in praktische zin? Wie bepaalt waar een kind of jeugdige geplaatst wordt?

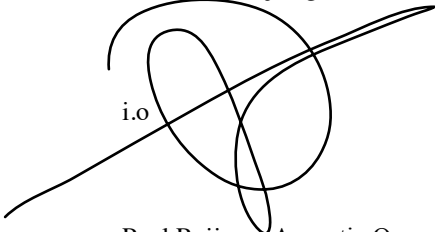
Het is nu geregeld zo, dat wanneer een plaatsing niet mogelijk is omdat er geen faciliteiten beschikbaar zijn, een kind of jeugdige buiten de regio wordt geplaatst. Hoe wordt hierin voorzien? Hoe wordt hierin samengewerkt met bijvoorbeeld politie en de GGD? Dit wordt niet genoemd in de concept verordening.

7) Financiering en “eigen bijdrage ouders”:

Zorgelijk is de beperkte aandacht die gegeven wordt aan de kosten van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Kinder- en jeugdpsychiatrische zorg is qua volume als kosten-stabiël meegroeïend met de overige kosten in de algemene gezondheidszorg. Kinder- en jeugdpsychiatrische zorg kan in individuele gevallen echter zeer kostbaar zijn (bijvoorbeeld opname van een psychotische jongere). Die zorg moet desondanks zondermeer beschikbaar zijn vanuit de opgelegde zorgplicht, het eerder aangehaalde recht op gezondheidszorg en de noodzakelijke veiligheid. De beoordeling van de noodzaak hiertoe ligt bij de verantwoordelijke behandelaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie en niet bij de gemeente. Voorheen werden dergelijke kosten landelijk gedragen. Hoe wordt dit nu georganiseerd in geval een gemeente bij toeval onevenredig veel ernstig zieke jongeren of kinderen heeft en daardoor de zorgkosten hoger uitvallen dan voorzien? Het voorkomen van dergelijke ernstige psychiatrische ziekten is niet te voorspellen, noch te beïnvloeden en daarmee is ‘beheersing van zorgvolume’ dat als ‘speerpunt’ wordt genoemd, hierop niet van toepassing (uitgangspunt 13; blz. 14 concept verordening). Een (onterechte) uitweg qua kostenbeheersing lijkt de genoemde ‘ouderbijdrage’ te zijn - refererend aan artikel 8.2.3 van de wet (toelichting behorend bij Artikel 5, blz.19, laatste alinea) en artikel 8, lid 3, onderdeel e (toelichting artikel 8, blz. 21, laatste alinea) - waarbij een mogelijk budgettekort van de gemeente daadwerkelijk afgewenteld lijkt te worden op de ouders, wanneer hun kind ‘duurdere’ zorg nodig heeft. In geval van bovengenoemd voorbeeld met extreem hoge kosten, is dit door verreweg de meeste ouders onmogelijk op te brengen. Daarnaast ontstaat dan een situatie van discriminatie in relatie tot kinderen met lichamelijke ziekten, waar alle noodzakelijk hulp wel zonder meer vergoed wordt. Extra complex wordt deze situatie wanneer sprake is van een gedwongen opname (wet BOPZ) als ouders en/of betrokken jeugdige zich verzetten tegen een noodzakelijk geachte, maar dure opname.

Gaarne zien wij uw reactie tegemoet,

Met vriendelijke groeten,



i.o.

Paul Reijnen, Anne-tje Ouwehand, Anke Roodbergen, Willemijn van Riel, Joëlle Grootveld, Johan Tee, Simon Slagter, Liesbeth Kalma, Ushi Moreta, Edwin Hollebrandse, Johan Remmerie en Reinier Mensink, Kinder- en jeugdpsychiaters⁴

Mede namens Desiree van Doremalen (Ouder Koepel Transitie Jeugdzorg Ouders (TJO), vertegenwoordiger van Ouderplatform, lid van de Werkgroep Jeugdhulp van de Coöperatie i.o. ‘Ouderkracht voor ’t Kind’), Angelique Bergsma (Ouder Koepel Transitie Jeugdzorg Ouders (TJO) en Nely Sieffers (vertegenwoordiger van Ouderplatform, lid Werkgroep Jeugdhulp van de Coöperatie i.o. ‘Ouderkracht voor ’t Kind’)

Mede ondersteund door Reinier Feiner namens het Advokatenkollektief Rotterdam

⁴ Als groep van 12 betrokken kinder- en jeugdpsychiaters komen wij regelmatig bijeen. Gezamenlijk beslaat ons werkgebied bijna een kwart van Nederland, hetgeen maakt dat wij goed zicht hebben op de ontwikkelingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een aantal collega’s uit deze groep is werkzaam in de regio Rotterdam Rijnmond.