

GEVOLGEN VAN EEN ONTERECHE BESCHULDIGING ZIJN VERSTREKKEND

Melding münchenhausen by proxy vergt second opinion

Het ziektebeeld münchenhausen by proxy is lastig vast te stellen. En melding ervan heeft grote gevolgen voor kind en gezin, tot uithuisplaatsing toe. Voormalig kinderarts Pieter Sauer pleit dan ook voor onderzoek door een tweede deskundige arts bij een vermoeden van MbP.

Patiënt A is het vierde kind van gezonde ouders. Vanaf de leeftijd van vier maanden neemt het gewicht van het kind vrijwel niet meer toe. De kinderarts denkt aan koemelkeiwitallergie en schrijft elementaire voeding voor. Met deze voeding stijgt het gewicht, maar het blijft onder het onderste percentiel. De kinderarts verhoogt de hoeveelheid voeding tot meer dan tweemaal het normale volume; ook dit leidt niet tot 'inhaalgroei'. De kinderarts vermoedt dat de moeder de zeer hoge hoeveelheid voeding niet geeft en meldt bij Veilig Thuis dat er sprake is van *pediatric condition falsification* (PCF). Via Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de rechter wordt het kind uit huis geplaatst. Na introductie van gewone voeding groeit het kind uitstekend en haalt het gewicht in. Zes maanden na de uithuisplaatsing mag het kind terug naar de ouders. Bij nader inzien was de beschuldiging van PCF onterecht; het kind had een normale groeisnelheid en inhaalgroei is niet te verwachten met elementaire voeding.

Deze casus blijkt niet uniek te zijn. Het komt vaker voor dat kinderen onder toezicht van de Kinderbescherming of uit huis worden geplaatst op verdenking van PCF of münchenhausen by proxy (MbP), ter-

wijl dit achteraf onjuist blijkt te zijn. Een arts kreeg onlangs een waarschuwing van een tuchtcollege, omdat hij deze verdenking te lichtvaardig had uitgesproken. Wij zijn van mening dat een second opinion van een onafhankelijke, ervaren kinderarts zo'n onterechte melding had kunnen voorkomen.

Diagnose

Münchenhausen by proxy is een situatie waarin een volwassene, vaak de moeder, verschijnselen van ziekte bij een kind veroorzaakt of fingeert en deze bij artsen presenteert. MbP wordt als een vorm van kindermishandeling beschouwd. De Britse kinderarts Meadow beschreef dit

MbP is een zeer moeilijk vast te stellen beeld

beeld voor het eerst in een artikel in 1977.¹ De richtlijn Münchenhausen by proxy van de Vereniging Vertrouwensartsen Kinder-mishandeling (VVAK) onderscheidt twee kanten aan MbP: *pediatric condition falsification* (PCF) en *factitious disorders by proxy* (FDP).² PCF wordt vastgesteld op basis van symptomen bij het kind, FDP op basis van onderzoek bij de vermoedelijke dader. De richtlijn maakt ook een onderscheid tussen het stellen van de diagnose PCF per inclusionem en per exclusionem. Het stellen van de diagnose per inclusionem – er zijn waarnemingen gedaan die een onomstotelijk bewijs leveren voor PCF – lijkt objectief en duidelijk, maar is in de praktijk soms moeilijk. Is het geven van pijnstilling, voorgeschreven door een arts, maar gegeven in een hogere dosis dan voorgeschreven omdat de moeder meende dat haar kind heel veel pijn had, PCF of compassie van de moeder met de vermeende klachten bij haar kind? Nog lastiger is het stellen van een diagnose per exclusionem. Een eerste vereiste is dat er geen andere diagnose is die de klachten kan verklaren. Hoe ver moet het onderzoek gaan zonder het kind onnodig te belasten? Daarnaast bestaan er reële medische klachten waarvoor de medische wetenschap geen verklaring heeft. Ook het criterium dat klachten moeten verdwijnen wanneer vermeende dader en kind gescheiden worden, is niet eenvoudig. Als de klacht onvoldoende groei is, zegt een toename van het gewicht tijdens een opname van twee weken niet veel.



GETTY IMAGES

Onterechte beschuldiging van MbP kan verstrekkende gevolgen hebben voor kind en gezin. De complexiteit van de diagnose maakt het lastig voor de arts om zijn koers te bepalen.

Vermoeden

Een belangrijke vraag in zowel de medische als juridische literatuur is of MbP een psychiatrisch ziektebeeld bij een volwassene is. Volgens Meadow wordt de aanwezigheid van MbP alleen gesteld op basis van de verschijnselen bij het kind. In verschillende studies werden soms wel en soms geen verklarende psychiatrische beelden bij de dader gevonden. Toch is in het psychiatrisch classificatiesysteem DSM een specifieke code voor MbP opgenomen.

Als een kinderarts de diagnose PCF of MbP vermoedt, zal hij dit vermoeden

BEGRIPPEN

Münchhausen by proxy (MbP): syndroom waarbij kindermishandeling verkapt plaatsvindt doordat een ouder/verzorger herhaaldelijk aandringt op verder onderzoek van een kind met een onverklaard, therapieresistent en recidiverend ziektebeeld dat door de ouder/verzorger moedwillig bij het kind is veroorzaakt.

Pediatric condition falsification (PCF): het directe gevolg van de mishandeling bij het kind.

Factitious disorders bij proxy (FDP): het mishandelende gedrag en de intenties van de ouders.

melden bij het bureau Veilig Thuis. Een vertrouwensarts doet vervolgens verder onderzoek. Deze zal echter waarschijnlijk in hoge mate afgaan op de mening van de kinderarts. De vraag of alle andere relevante verklaringen voor de klachten zijn uitgesloten, is voor een vertrouwensarts moeilijk of niet te beantwoorden. Daarmee verandert een vermoeden van een arts of een team op MbP zonder nader onderzoek snel in een aangetoond geval.

Tuchtrechtelijk mijnenveld

De KNMG-meldcode kindermishandeling stimuleert melden vanuit het belang van het kind (ja, tenzij). MbP is echter een zeer moeilijk vast te stellen beeld. Onterechte beschuldiging van MbP kan verstrekking gevolgen hebben voor kind en gezin, omdat vaak uithuisplaatsing van het kind volgt.³ De grote (tegengestelde) belangen en de complexiteit van de diagnose maken het lastig voor de arts om zijn koers te bepalen. Juist bij MbP lijkt de tuchtrechter de lat ook hoog te leggen, gelet op het onmiskenbaar belastende karakter ervan. Dat maakt het opereren voor – zowel de meldende als de rapporterende – arts in MbP-cases tot een tuchtrechtelijk mijnenveld.

De meldende arts

De tuchtrechter houdt de meldende arts aan de KNMG-meldcode.⁴ De arts doet onderzoek op basis van signalen, vraagt advies aan Veilig Thuis en bij voorkeur ook collega's en gaat een gesprek aan met de betrokken ouder(s). Vervolgens moet hij afgewogen of hij een melding doet.⁵ Mogelijke aanwijzingen, overleg met collega's en instanties zoals Veilig Thuis dient hij goed te documenteren.⁶ Het gebrekkig vastleggen van het onderzoek en gevoerd overleg is juist bij MbP tuchtrechtelijk laakbaar. Het belang dat de tuchtrechter hecht aan dossiervorming in MbP-zaken is begrijpelijk, gezien het ontbreken van eenduidige criteria voor het beeld.^{7 8} Het vergaren van voldoende aanwijzingen is van groot belang.⁹ Overleg met de ouder(s), waar mogelijk voorafgaand aan de melding, is daarbij de norm.

De meldende arts moet ervoor waken op basis van (te) summier onderzoek een *definitieve* uitspraak te doen. De tuchtrechter nam het een arts kwalijk dat de diagnose MbP definitief werd gesteld na een (relatief) korte onderzoeksperiode en nam daarbij in aanmerking dat MbP 'in het algemeen (zeer) moeilijk is vast te stellen'. De arts werd verweten niet eerst een werkdiagnose te hebben gesteld en niet eerst informatie te hebben opgevraagd bij de huisarts.¹⁰

De eerste kinderarts kan mogelijke andere verklaringen over het hoofd gezien hebben

De rapporterende arts

De arts die een vermoeden van PCF/FDP onderzoekt, moet volgens de tuchtrechter bedacht zijn op een te suggestieve vraagstelling: zo mag een arts zich niet lenen voor het onderzoeken van een dossier met de opdracht te bezien of er aanwijzingen zijn die het vermoeden van FDP versterken; de vraag moet neutraal worden geformuleerd.¹¹ Bij het vaststellen van psychopathologie ten aanzien van FDP en het linken hiervan aan PCF moet eveneens zorgvuldig worden geopereerd.¹² Van belang is verder bij (alle) betrokken behandelaars van het kind informatie in te winnen, juist om ook eventueel ontlastende informatie boven tafel te krijgen.¹³ De rapportage aan kinder-

beschermingsinstanties moet eveneens hoor en wederhoor bevatten.

Onafhankelijke kinderarts

Ook als de arts zich houdt aan de richtlijnen van de meldcode, blijft de vraag wie de uiteindelijke verantwoordelijkheid heeft voor het vaststellen van het beeld MbP of PCF. De behandelend arts uit het vermoeden. De vertrouwensarts zal in veel gevallen moeten afgaan op de gegevens van de kinderarts en kan geen eigenstandig nader onderzoek verrichten vanwege het ontbreken van een behandelrelatie. De eerste kinderarts kan mogelijke andere verklaringen voor de verschijnselen van het kind over het hoofd gezien hebben. Om uit deze impasse te komen stellen wij voor dat, voordat geconcludeerd wordt dat er sprake is van MbP of PCF, een onderzoek door een geheel onafhankelijke, ervaren kinderarts plaatsvindt. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde zou een lijst kunnen opstellen van ervaren kinderartsen die bereid zijn dergelijke gevallen te onderzoeken.

Volgens de Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling zijn er per jaar ongeveer honderd meldingen van mogelijke PCF of MbP. Een groep van vijf tot tien kinderartsen moet in staat zijn deze gevallen te beoordelen. Deze artsen zullen toegang moeten krijgen tot alle documenten en gesprekken moeten kunnen voeren met zowel behandelaars als mogelijke dader. Alleen als er ook volgens de tweede, onafhankelijke kinderarts sprake is van MbP en hij vindt dat het kind potentieel gevaar loopt wanneer het direct contact heeft met de dader, kunnen maatregelen als ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing in aanmerking komen. ■

contact

saupie46@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.