



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Kindermishandeling door Falsificatie (KMdF)

Inhoudsopgave

Kindermishandeling door Falsificatie (KMdF)	1
Inhoudsopgave	2
Startpagina - Kindermishandeling door falsificatie (KMdF)	3
Definities in de literatuur	5
Meldcode: aandachtspunten samenwerking bij vermoeden KMdF	19
Signalen en symptomen – herkennen van KMdF	34
Exploreren vermoeden KMdF	55
Medische work-up bij vermoeden van KMdF	60
Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan	90
Criteria voor het vaststellen van KMdF	105
Juridische en medisch-ethische aspecten	119
Specifieke aspecten binnen (behandel)team	147
Communicatie met het kind	153
Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden	157
Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling	172
Follow-up	176

Startpagina - Kindermishandeling door falsificatie (KMdF)

Aanleiding voor het maken van de richtlijn

Kindermishandeling door Falsificatie (KMdF) is een vorm van kindermishandeling waarbij somatische of psychische symptomen bij een kind worden gefingeerd, gefalsificeerd of toegebracht door de ouder of verzorger. De ouder of verzorger presenteert het kind met deze signalen en symptomen in de gezondheidszorg. Vaak duurt het lang voordat aan een vermoeden van KMdF wordt gedacht, en wordt het vermoeden door iemand anders, met meer afstand tot het kind en het gezin, dan de hoofdbehandelaar naar voren gebracht. Daarom richt deze richtlijn zich op het signaleren van KMdF, de aanpak bij een vermoeden en de samenwerking tussen de verschillende professionals die daarbij een rol spelen. (Voorheen werd de term Pediatric Condition Falsification (PCF) gebruikt voor Kindermishandeling door Falsificatie). De richtlijn beoogt weer te geven hoe KMdF kan worden herkend en wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor kinderen bij wie een vermoeden van KMdF speelt. De complexiteit van deze problematiek vraagt om een richtlijn. Een richtlijn bevordert het uniform handelen dat het herkennen van de problematiek verbetert (signalering) en de aanpak in het kader van onderzoek naar kindermishandeling structureert. Het eenduidig handelen bevordert de professionaliteit, maakt het handelen toetsbaar en maakt evaluatie en bijsturen van het proces mogelijk.

In 2007 is de eerste Nederlandse richtlijn over PCF gepubliceerd door de Vereniging voor Vertrouwensartsen Kindermishandeling en Huiselijk Geweld (VVAK). Deze richtlijn was aan herziening toe, onder andere door een veranderde werkwijze van Veilig Thuis, hernieuwde inzichten in de problematiek, veranderende naamgeving, toenemende juridisering en de toenemende samenwerking met justitie (Kwakman, 2017). Deze gaan over de termen PCF en Factitious Disorder by Proxy (FDP), zowel qua definiëring als aanpak. In 2013 is het Medisch handboek kindermishandeling verschenen met een hoofdstuk over PCF (van de Putte, 2024).

Doel van de richtlijn

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de VVAK is vanaf april 2021 gestart met het opstellen van een vernieuwde richtlijn waarin beschreven wordt hoe te handelen bij een vermoeden van KMdF. Kinderartsen werken in de praktijk intensief samen rond deze vorm van kindermishandeling; Kinderartsen vanuit een behandelsetting en vertrouwensartsen vanuit Veilig Thuis.

Afbakening van de richtlijn

De richtlijn baseert zich onder andere op de richtlijn van de Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH, 2021), het Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019 (Baeten, 2018), de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling (Kwakman, 2017) en de VVAK-richtlijn voor de aanpak van Paeditric Condition Falsification (PCF) en Factitious Disorder by Proxy (FDP) (Munchausen by Proxy Syndroom, MPBS). Ook worden de uitgangspunten van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld gebruikt (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2023), welke de professionele norm voor behandelend artsen vormt.

Beoogde gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is bedoeld voor alle zorgverleners in de nulde, tweede (en derde) lijn die te maken krijgen met (een vermoeden van) kindermishandeling door falsificatie. Voor huisartsen geldt alleen de module Follow up.

Status van de richtlijn

De ontwikkeling van deze richtlijn kent twee fases. In januari 2023 is de eerst module Definities in de literatuur gepubliceerd. In 2024 zijn de overige modules gepubliceerd.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen database.

Referenties

Baeten P. (2018). Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019. 2018. Beschikbaar van: https://veiligthuis.nl/wp-content/uploads/2018/12/Veiligthuis-interactief-protocol_v3.pdf.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>

Kwakman E. Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling. 2017 Nov. Beschikbaar van: https://vertrouwensartsen.nl/wp-content/uploads/2021/05/handreiking_samenwerken-bij-strfbare-kindermishandeling.pdf

Royal College of Paediatrics and Child Health. Perplexing Presentations (PP)/Fabricated or Induced Illness (FII) in Children. Royal College of Paediatrics and Child Health Guidance. 2021 Feb. Available from: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/resources/perplexing-presentations-and-fii/>

Van de Putte EM, Russel IM, Teeuw AH, editors. Medisch handboek kindermishandeling, tweede herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2024.

Definities in de literatuur

Uitgangsvraag

Welke termen en definities zijn in de loop der tijd door professionals gebruikt (historisch perspectief) en welke term(en) en definitie(s) zijn het meest praktisch om te gebruiken door zorgprofessionals (m.n. door (kinder)artsen en vertrouwensartsen) in het proces rondom dit type casuïstiek?

Aanbeveling

Gebruik de term **Inconsistente presentatie van het kind** (Perplexing Presentation; PP) in een klinische situatie waarbij signalen worden opgemerkt die verklaard kunnen worden door meerdere oorzaken waaronder kindermishandeling door falsificatie. Bij een inconsistente presentatie wordt significante schade aan het kind na een gebruikelijke medische work op nog niet vermoed en/of er is nog geen sprake van daadwerkelijke significante schade. (stap 1 van de Meldcode)

Gebruik de term **Kindermishandeling door falsificatie** (KMdF) in een klinische situatie waarin een kind wordt geschaad, nu of in de toekomst, door falsificerend gedrag van een ouder/verzorger betreffende het verstoorde welzijn van het kind op lichamelijk of psychisch vlak, mentaal welbevinden dan wel neurocognitieve ontwikkeling. (stap 2 van de Meldcode)

Overwegingen

Uit het historisch overzicht blijkt dat sinds de in 1977 bestaande beschrijving van het 'Munchausen Syndrome by Proxy' (M[S]BP) als een vorm van kindermishandeling door Prof. dr. Roy Meadow er tal van ontwikkelingen hebben plaatsgevonden betreffende terminologie, definitie, prevalentie en behandeling. Enkele veelgebruikte beschrijvingen/definities in recente literatuur zijn o.a. Fabricated or Induced Illness (FII, RCPCH 2002, 2009), Medical Child Abuse (MCA), Caregiver-Fabricated illness in a Child (CFIC; AAP, 2013), Fictitious Disorder Imposed on Another (FDIA, DSM V) en Pediatric Condition Falsification (PCF; APSAC 1998). In de eerdergenoemde VVAK-richtlijn PCF werd Münchausen Syndrome by Proxy gedefinieerd als PCF + FDP. Door deze variaties in terminologie is er onvoldoende duidelijkheid over waar de focus van de definitie zou moeten liggen. Moet de focus zich richten op de presentatie/klachten van het kind, of op de intenties/motivaties van de pleger? Wat is het meest praktisch?

Rationale van de aanbeveling

De beantwoording van het tweede deel van de uitgangsvraag "welke term(en) en definitie(s) zijn het meest passend en haalbaar om te gebruiken door zorgprofessionals (m.n. (kinder)artsen en vertrouwensartsen) in het proces rondom dit type casuïstiek?" is op basis van consensus tussen de werkgroepleden bepaald, met gebruik van informatie uit de literatuursamenvatting, m.n. de richtlijn Perplexing Presentations (PP) / Fabricated or Induced Illness (FII) in Children van The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH, 2021) en de artikelen van Davis et al. (2019) en Glaser & Davis (2019).

De werkgroep is van mening dat een werkzame definitie voor de gebruikers van deze richtlijn objectief zou moeten zijn waarbij de definitie tot een objectieve werkwijze zou moeten leiden. Het onderzoek naar motieven bij de pleger wordt door de vertrouwensarts gedaan binnen het kader van Veilig Thuis. Een

zorgprofessional heeft ten slotte als taak te signaleren dat er bij een kind een vermoeden is van onverklaarde klachten welke mogelijk zouden kunnen passen in het kader van verwaarlozing dan wel mishandeling door een ouder/verzorger. Van de zorgprofessional die het kind behandelt wordt niet verwacht dat men zich bezighoudt met de intentie/motivatie van de pleger, dit is immers een taak van de GGZ, Veilig Thuis en Justitie. De werkgroep heeft er daarom voor gekozen om aan te sluiten bij de terminologie opgesteld door de RCPCH (2021) zoals die ook gebruikt wordt in de artikelen van Davis et al. (2014). Er wordt in deze artikelen een onderscheid gemaakt tussen 'Perplexing Presentations' (PP), en 'Fabricated or Induced Illness' (FI). Met deze Engelse termen wordt echter niet direct duidelijk dat het specifiek over kinderen gaat, en daarmee zou de patiënt ook een volwassene kunnen zijn. Ook wordt de overkoepelende en door de werkgroep als meer duidelijk/herkenbaar beschouwde term "falsificatie" niet gehanteerd. Om deze reden heeft de werkgroep als Nederlandse vertalingen respectievelijk gekozen voor 'inconsistente presentatie bij het kind,' en "kindermishandeling door falsificatie," waarbij de laatste term eigenlijk een vertaling is van het Amerikaanse Pediatric Condition Falsification (PCF; APSAC, 1998), maar dan gedefinieerd zoals FI, waarbij falsificatie de overkoepelende term is voor de in FI benoemde fabricatie en inductie van symptomen. Deze term zal dan ook in het vervolg van deze richtlijn worden gebruikt. Belangrijk is daarbij te benadrukken dat deze diagnose per inclusionem moet worden gesteld, en niet per exclusionem.

Inconsistente presentatie van het kind

De term "inconsistente presentatie van het kind" is overgenomen uit de RCPCH Richtlijn en wordt beschreven als de situatie(s) waarbij:

1. Alarmsignalen worden opgemerkt die kunnen passen bij falsificatie, met andere woorden, deze signalen zouden erop kunnen wijzen dat er sprake is van kindermishandeling door falsificatie. Alarmsignalen kunnen bestaan uit discrepanties tussen heteroanamnese en presentaties van het kind, discrepanties in onafhankelijke observaties van het kind, onwaarschijnlijke beschrijvingen, onverklaarde bevindingen, en/of bepaald gedrag van ouders/verzorgers.
2. Een inconsistente presentatie onderscheidt zich hierdoor van een presentatie met aanhoudende lichamelijke klachten waarvoor geen somatisch substraat wordt vastgesteld (ALK, voorheen SOLK), door deze opgemerkte alarmsignalen voor falsificatie.
3. Hierbij lijkt er bij een inconsistente presentatie nog geen significante schade bij het kind opgetreden, vastgesteld middels een gebruikelijke medische work-up, bestaande uit (hetero-) anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullende diagnostiek (denk aan schoolverzuim, staken sociale activiteiten, bedlegerigheid, gebruik hulpmiddelen etc.). De staat van het kind m.b.t. het lichamelijke, psychische en mentale welbevinden en de neurocognitieve ontwikkeling is nog niet geheel vastgesteld, maar er wordt ingeschat dat er geen direct ernstig risico bestaat op ernstige schade voor het welzijn van het kind.

NB Bij een blijvend vermoeden op KMdF zal uiteindelijk de eventuele schade moeten worden beoordeeld conform de term schade zoals beschreven in de definitie Kindermishandeling in de Jeugdwet (2015).

De werkgroep vindt het belangrijk dat er, naast/voorafgaand aan kindermishandeling door falsificatie, een term wordt gebruikt met een definitie, die aansluit bij een open, onderzoekende houding en die, doordat er nog geen concreet vermoeden van kindermishandeling is, nog opening biedt tot het aangaan van een

dialogoog met de ouders/verzorgers. De werkgroep is van mening dat “inconsistente presentatie bij het kind” hiervoor een geschikte term is.

Waar termen als Münchausen by Proxy en kindermishandeling door falsificatie insinueren dat het kind schade wordt berokkend door een andere partij (i.e. hier een ouder/verzorger), insinueert de term “inconsistente presentatie bij het kind” dat niet. Als er een gesprek met ouders kan worden aangegaan over de klachten van het kind, biedt dat mogelijk meer informatie.

De term inconsistente presentatie is een beschrijvende term waarbij verder onderzoek nodig is naar de oorzaak ervan. Kindermishandeling door falsificatie is een (werk)diagnose, die onderbouwd moet kunnen worden met alle punten die in de onderzoeksfase (inconsistente presentatie) zijn onderzocht. Dit wordt beschreven in module 5.

Kindermishandeling door falsificatie (KMdF)

In het vervolg zal deze term worden gebruikt.

De term “kindermishandeling door falsificatie” (KMdF, voorheen aangeduid als PCF) beschrijft klinische situaties waarin een kind (mogelijk) wordt geschaad door gedrag van een ouder/verzorger. Doel van dit gedrag is om zorgprofessionals te overtuigen van het verstoorde welzijn (of meer verstoorde welzijn dan in werkelijkheid het geval is) van het kind op lichamelijk, psychisch of mentaal vlak, dan wel betreffende de neurocognitieve ontwikkeling. Kindermishandeling door falsificatie is een direct gevolg van handelingen, gedrag of overtuiging van ouder(s) of verzorger(s), en de respons van dokters hierop; het kind wordt daarbij op fysiek en/of psychosociaal vlak geschaad. Het is daarbij van belang om op te merken dat volgens de door de RCPCH gehanteerde definitie, de ouders/verzorgers niet noodzakelijk de intentie hebben om te bedriegen, en dat hun motief niet altijd duidelijk is.

Wat kindermishandeling door falsificatie onderscheidt van inconsistente presentatie, is de reactie van ouders/verzorgers op een voorstel om van de medische onderzoeksfase over te gaan naar de fase gericht op herstel van het kind. Wanneer er sprake is van KMdF dan kan door de behandelaar opgemerkt worden dat ouders/verzorgers persisteren in hun zoektocht om meer onderzoeken en diagnoses te overwegen, dat zij meerdere medische meningen/second opinion van specialisten zoeken, en/of dat zij niet participeren in het herstelproces van het kind. Ook kan gezien worden dat ouders/verzorgers het moeilijk vinden als het kind beter om kan gaan met gezondheidsproblemen. Bij KMdF zijn de bij inconsistente presentaties beschreven discrepanties persistent en onopgelost, kan het verwachte herstelproces staken en loopt het kind hierdoor schade op. Wat KMdF onderscheidt van medische verwaarlozing bij niet participeren in het plan voor herstel is het feit dat de arts meent dat er aanwijzingen zijn die kunnen passen bij falsificatie.

Rationale van de aanbeveling

De werkgroep beschouwt de volgende terminologie en definities het meest praktisch hanteerbaar voor zorgprofessionals wanneer er sprake is van een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie.

- De term ‘Inconsistente presentatie van het kind’ biedt nog een opening tot dialoog met de ouders om meer informatie in te winnen en mogelijke escalatie te voorkomen.
- De term ‘Kindermishandeling door falsificatie’ en de gehanteerde definitie is kindgericht, benadrukt dat falsificatie het gedrag van de ouder typeert, dat het kind daardoor direct schade wordt toegebracht of

indirect door de respons van de zorgprofessional op dat gedrag/het gepresenteerde beeld, en deze definitie maakt het mogelijk een open blik op het mogelijke motief van de ouder/verzorger te behouden, zonder de noodzaak dit motief direct vast te stellen, hetgeen ook in de meeste gevallen voor de behandelend zorgprofessional niet goed mogelijk is.

Om deze redenen is dit is de terminologie die verder in deze richtlijn gehanteerd zal worden.

Onderbouwing

Achtergrond

Het doel van deze module is tweeledig:

1. Een historisch overzicht te geven van gebruikte termen en definities indien er een verdenking is op conditiefalsificatie bij kinderen. Aangezien er in de afgelopen jaren veel variaties zijn geweest in gebruikte termen en definiëring daarvan, wordt eerst een historisch overzicht gepresenteerd in het Engels waarbij in chronologische volgorde de verschillende benamingen en motivaties hiervoor aan bod komen.
2. Termen en definities te presenteren waarvan de werkgroep aanbeveelt ze te gebruiken met een motivatie voor deze keuze.

Samenvatting literatuur

Historical overview of terminology and definitions: a review of reviews

Since the introduction of the term “Münchhausen (Syndrome) by proxy” (M[S]BP) by Meadow in 1977, there has been a lot of debate about what M(S)BP exactly entails (Meadow, 2002). The definition overall includes characteristics of the behavior and/or intentions of a perpetrator, mostly a parent or caretaker, and characteristics of the abuse suffered by the proxy, mostly a child (Ayoub, 2002). However, thus far, agreement on what characteristics define M(S)BP and where the focus should lie, on the perpetrator or on the abused victim, has not been reached. Over the last decades, new terminology has been introduced, with terms specifically addressing the diagnosis of the perpetrator and terms referring to the abuse. However, it remains difficult to come up with terminology and a definition that is practicable for all professionals that might encounter cases of M(S)BP, including medical and mental healthcare workers, and professionals working in the educational or legal justice system. As a result, terminology and definitions differ across countries and professional fields (Davis, 2019; Mart, 2004; Meadow, 2002). This lack of consensus with regard to definition and terminology impedes scientific research, effective recognition of cases of M(S)BP, constructive collaboration between all possible professionals involved in such cases, and ultimately it impedes the provision of the right care for both victim and perpetrator (Korpershoek, 2004; Mart, 2002).

In this module, we will provide an overview of the terminology and definitions coined over the decades since M(S)BP was introduced by Meadow.

Meadow (1977) first described M(S)BP, referring to mothers deliberately falsifying illness in their children. Meadow used the term to describe the combination of the abuse (and neglect) and the motivation of the caregiver. However, confusion arose whether the term should be applied to the child as a victim of abuse or to the abuser who intentionally falsifies illness, and whether the motivational component should be part of its

definition or not (The American Professional Society on the Abuse of Children [APSAC], 2017; Mart, 2004). As a result, various definitions and new terminology have been introduced.

Rosenberg (1987) reviewed the literature on M(S)BP and identified a symptom cluster constituting one of the most widely accepted definitions used as a basis elaborated on in later definitions of M(S)BP (in Abdurrachid 2020; Frye, 2012; Korpershoek, 2004; Mart, 2004; Meadow, 2002; Rogers, 2004; Shaw, 2008; Sheridan 2003):

1. Illness in a child that is simulated (faked) or produced by a parent or someone who is in loco parentis;
2. Presentation of the child for medical assessment and care, usually persistently, often resulting in multiple medical procedures;
3. Denial of knowledge by the perpetrator as to the etiology of the child's illness; and
4. Acute symptoms and signs of the child abate when the child is separated from the perpetrator.

Rosenberg further specified the exclusion of cases in which children had incurred physical abuse only, sexual abuse only, and nonorganic failure to thrive only. Furthermore, Rosenberg rejected the idea that a psychiatric or motivational component should be part of the definition of M(S)BP, stating the difficulty in differentiating between M(S)BP and intentional poisoning, infanticide, pathological doctor shopping, extreme parental anxiety, or thought disorder, and considering the probability that the underlying psychology overlapped (Mart, 2004; Meadow, 2002).

Authors have argued that Rosenberg's definition is too broad for practical use. Symptoms two and three (i.e. persistent presentations and denial of knowledge about etiology) have been considered too unspecific because these symptoms are likely to also be observed in non-abusing parents who are seeking treatment for unexplained symptoms (Rogers, 2004). Others have argued that leaving out the motivational component hampers the correct identification of cases and adequate management, including treatment choices for both victim and abuser, and possible legal steps to be taken (Frye, 2012; Korpershoek, 2004; Mart, 2004; Meadow, 2002; Roesler, 2018). Even though motivation is sometimes difficult to determine, these authors agree that the use of M(S)BP should be limited to the precise form of abuse in which active deception is involved and the primary motive of emotional gratification can be established (Meadow, 1995, and Rand and Feldman, 1999; in Frye, 2012). Emphasizing the importance of motivation, Meadow redefined the M(S)BP criteria, combining Rosenberg's criteria two and three and adding a new fourth criterium addressing the motivation of the perpetrator (Meadow, 2002):

1. Illness fabricated (faked or induced) by the parent or someone in loco parentis;
2. The child is presented to doctors, usually persistently; the perpetrator (initially) denies causing the child's illness;
3. The illness goes when the child is separated from the perpetrator;
4. The perpetrator is considered to be acting out of a need to assume the sick role by proxy or as another form of attention seeking behavior.

Getting attention for being the devoted parent of a child who is constantly sick is considered an important example of a possible incentive (Frye, 2012). Additionally, Meadow and others have stressed the importance of the active or passive implication of physicians and/or other medical staff in the abuse when defining M(S)BP

(Ayoub, 2002; Galvin, 2005; Meadow, 2002; Roesler, 2018; Schreier, 2002). Besides medical staff, the deception may also be targeted at other professionals of knowledge and influence such as school and mental healthcare personnel, and representatives of the law and justice system (Ayoub, 2002; Frye, 2012).

Although many authors consider the motivation of the perpetrator important in defining and identifying M(S)BP, authors differ in their opinion which motivations are associated with M(S)BP (hence pertaining to its definition). With their definition of M(S)BP, Kelly and Loader (1997; in Korpershoek, 2004) allowed for every possible motivation as long as exaggeration or fabrication of signs and symptoms in a child by a caregiver had taken place. They specified examples such as that of the excessively anxious parent exaggerating signs, the parent pursuing medical explanation to cover up child abuse, the parent in a custody battle inflicting an injury to a child attempting to make it appear that the other parent is responsible for the harm, and the misguided or delusional parent believing their child is genuinely ill and/or that medicalization is in the child's best interest.

This definition was criticized by Libow and Schreier (1998; in Korpershoek, 2004) for being too broad to be useful for diagnosis; a diagnosis should be more specific to be able to determine the type of treatment/response. Kelly and Loader (1998; in Korpershoek, 2004) responded to this criticisms made by Schreier and Libow (1998), arguing for subcategories of perpetrators of exaggeration or fabrication of signs and symptoms in a child, of which M(S)BP could be one, with each of the subcategories having different motivations and, therefore, different treatment/management strategies. In their turn, Libow and Schreier (1986; in Abdurrachid, 2020; and in Korpershoek, 2004) distinguished three categories of M(S)BP perpetrators based on their motivation:

1. *Active inducers* cause active and direct harm to their child, they appear as devoted, calm, trustworthy and co-operative until discovery, they have a mutually dependent relationship with their child, mechanisms of denial and projection are thought to dominate this picture together with being appreciated as a good parent, and they are very resistant to therapeutic interventions directed at them.
2. *Doctor addicts* are obsessed with the goal of obtaining medical treatment for non-existent illnesses in their children, their behavior is thought to be characterized by falsification of history and symptoms, they tend to over-react to the child's 'medical' condition, whilst under-reacting to the child's emotional state, they typically appear more suspicious, antagonistic, and paranoid, are thought to lack insight, and with the inability to acknowledge their behavior, they do not readily accept therapeutic interventions for themselves.
3. *Help seekers* use the fictitious child illness to communicate their own feelings of distress or inadequacy, their behavior is seen as more under their conscious control, less severe (as compared to active inducers) and open for correction as they usually readily accept psychotherapy.

They added that it is important to distinguish between M(S)BP parents and concerned or delusional parents. Later, Schreier (2002) further specified that "help seekers" should actually not be considered a M(S)BP category of perpetrators and neither all doctor addicts / doctor shoppers should be considered as M(S)BP perpetrators, because also anxious parents may doctor shop when they believe that their child is not being diagnosed or treated correctly; these parents may agree to letting their children get tested but inquire what the tests are for and are worried about possible negative consequences. According to Schreier (2002), this behavior distinguishes them from true M(S)BP perpetrators.

Attempts have been made to capture the motivational component in the diagnosis/description of the psychopathology of the perpetrator engaging in M(S)BP abuse. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) proposed the term Factitious Disorder By Proxy (FD[BJP) in 1994 (DSM-IV, American Psychiatric Association [APA], 1994) in the section "Criteria sets and axes provided for further study". It was initially not considered an official diagnosis because insufficient information was available to warrant inclusion in the DSM (in Mart, 2004). The DSM-IV-TR (APA, 2000) research criteria for 'Factitious Disorder by Proxy' were listed as (in Meadow, 2002):

- A. Intentional production or feigning of physical signs or symptoms in another person who is under the individual's care.
- B. The motivation for the perpetrator's behavior is to assume the sick role by proxy.
- C. External incentives for the behavior, such as economic gain, are absent.
- D. The behavior is not better accounted for by another mental disorder.

These proposed diagnostic criteria were criticized for being too vague and broad to be useful (Rogers, 2004), increasing the risk of a false positive diagnosis (i.e. overdiagnosis)(Mart, 2002). Criterium B was thought to be superficial and inadequate in explaining the complexities and dynamics involved by stating that the internal motivation only included "assuming the sick role by proxy" (Korpershoek, 2004; Meadow, 2002; Rogers, 2004; Schreier, 2002). In addition, with respect to criterium C, some considered the APA naïve in insisting that the presence of malingering by proxy (i.e. external incentives as motivation) excludes a FD(B)P diagnosis. According to these authors, external incentives may co-exist, but are secondary to the internal psychological motivation (Meadow, 2002; Rogers, 2004; Schreier, 2002). To help with the diagnosis of FD(B)P, Rogers (2004) proposed that the diagnosis could be characterized as "feigning by proxy", connecting it to the existing DSM-IV label "Factitious Disorders", organizing it in the same way with three categories of feigning: Malingering By Proxy, Factitious Disorder Psychological By Proxy (i.e. signs and symptoms are predominantly psychological in nature), and Factitious Disorder Medical By Proxy (i.e. signs and symptoms are predominantly physical in nature).

It was not until the fifth edition of the DSM (DSM-5, APA, 2013) that the diagnosis was officially included, now described by the term "Factitious Disorder Imposed on Another" (FDIA), and containing an altered set of criteria:

- A. Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, in another, associated with identified deception.
- B. The individual presents another individual (victim) to others as ill, impaired, or injured.
- C. The deceptive behavior is evident even in the absence of obvious external rewards.
- D. The behavior is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder.

In the new set of criteria, the APA seems to have taken to heart some of the previous critiques. Now they include falsification of psychological signs or symptoms, and allow for the possibility of the co-existence of malingering (by proxy) and other internal motivations than "to assume the sick role by proxy." While it must

be clear that the psychological needs of the perpetrator have taken precedence over the needs of the victim to pave the way for them to harm their victim in order to have those needs met, specification of a certain type of internal motivation (attention, sick role, or other) is not required to diagnose FDIA. Compared with the previous version and in accordance with Meadow's definition (in Frye, 2012), the DSM-5 has increased the emphasis on deception (which is conscious, carefully planned and concealed) as the cornerstone of the disorder and subsequently, a need to identify deception as part of the FDIA evaluation process (APSAC, 2017).

Still, with its focus on deception, this definition of FDIA does not encompass all possible psychopathology and/or motivations caregivers may have, underlying their behavior of falsifying physical or psychological signs or symptoms in their children. Just as Kelly and Loader (1998; in Korpershoek, 2004), other authors have suggested that FDP/FDIA may represent only the extreme end of a spectrum of parental behavior and motivation underlying falsified conditions in children (Krener and Adelman, 1988, and Roth, 1990; in Shaw, 2008; Korpershoek, 2004).

Others criticize that by focusing on the perpetrator, half of the picture is neglected; the definition should also focus on the abuse and its victim (APSAC, 2017; Ayoub, 2002; Frye, 2012; Galvin, 2005), and many argue that the abuse should even be the primary focus (Mart, 2002; Mart, 2004; Davis, 2019; Glaser, 2019; RCPCH, 2021; Roesler, 2018). To address this issue, an APSAC taskforce introduced the term "Pediatric Condition Falsification" (PCF; Ayoub and Alexander, 1998; in Frye, 2012) to refer to a form of child maltreatment in which an adult falsifies physical or psychological signs or symptoms in a victim, causing the victim to be regarded as more ill or impaired than is objectively true (APSAC, 2017; Frye, 2012). To clarify that this term refers to child abuse and neglect, they later added the words "abuse by" (APCF; APSAC, 2017). (A)PCF refers to the child abuse regardless of motivation. Therefore, (A)PCF can exist without a parent being diagnosed with FDIA (Galvin, 2005). With the introduction of the term (A)PCF, combined with the diagnosis of the perpetrator (FD(B)P/FDIA), APSAC hoped to create better defined diagnostic criteria for M(S)BP (Galvin, 2005). However, neither M(S)BP nor (A)PCF is an official diagnosis. Thus far, FDIA is the only diagnosis specifically linked to M(S)BP cases, applied to the perpetrator, with ICD-10-CM code F68.A (6D51 in ICD-11). To the victim, the classification "child physical abuse, suspected" (T76.12XA) or "confirmed" (T74.12XA) can be applied.

With regard to the abuse by PCF, specifications have been made about the methods of falsification, the types of conditions falsified, and types of harm the victim may suffer.

Methods of falsification (APSAC 2017; Galvin, 2005):

- Providing false information about the child's current situation and history of symptoms, limitations, or treatments;
- Withholding information that would help explain the child's current presentation;
- Exaggerating symptoms or limitations, so that the child is seen as more severely ill or impaired than is true;
- Simulating symptoms by manipulating test procedures or results;
- Neglecting the child by withholding nutrition, or treatments;

- Inducing symptoms or impairments;
- Coaching / manipulating the victim or another person involved to answer questions in a way that substantiates and corroborates the false claims of the abuser.

Types of created, falsified, or exaggerated conditions (i.e. illness, disorder, disability, impairment or symptom; APSAC, 2017; Ayoub, 2002, Frye, 2012, Schreier, 2002; Sheridan, 2003):

- Physical: e.g. allergies, asthma, apnea, gastrointestinal problems, failure to thrive, fevers, infections, and seizures;
- Behavioral or psychiatric: e.g. falsely reporting symptoms consistent with a behavioral disorder, mental illness or disability;
- Educational: e.g. falsely reporting learning disabilities, attention deficit disorders, or autism; also labeled "Educational condition or disability Falsification (ECF).

Classical forms of child abuse and neglect may occur co-morbidly or may also be volitionally falsified.

Manners in which the child may be victimized/harmed by (A)PCF (APSAC, 2017; Ayoub, 2002; Parrish, 2004). Victims may suffer

- physical and/or mental harm by the abuser's fabrication or induction behaviors;
- physical and/or mental harm (i.e. iatrogenic harm) by undergoing unnecessary and invasive evaluations and interventions;
- psychosocial and/or developmental harm by being kept out of appropriate school settings, missing social and developmental opportunities, misperceiving themselves to be (excessively) ill or disabled, and/or being exposed to considerable deception and secrecy on part of the abuser.

Examples of permanent physical harm are brain damage, loss of sight or hearing, scarring, loss of organs, and death. Examples of other forms of harm include the development of behavioral and emotional distortions (e.g. problems with attachment and social relationships, losing a positive self-image) and psychopathological disorders (e.g. disorders of psychotraumatic stress, anxiety, depression and/or somatization), including Factitious Disorder Imposed on Self.

However, APSAC has held on to the term M(S)BP as the umbrella term, with PCF defining the part of the abuse and FDIA the part of the psychopathology of the abuser. By applying this terminology, some have argued that the focus is still too much on the abuser and the implied psychopathology instead of the abused child, and the involvement of the third party, the health care professional, isn't addressed enough (RCPCH, 2021; Roesler, 2018). Furthermore, its categorical nature does not cover the full range of abuse and underlying motivations, but implies only the most severe forms of abuse and parental behavior and motivation (Mart, 2004). Therefore, the abandonment of these potential prejudicial labels has been suggested in favor of what is suggested to be a more general term: "medical child abuse" (MCA; Mart, 2004; Roesler, 2018).

Roesler (2018) states that MCA clearly labels the behavior as a form of abuse, not as a diagnosis, while explicitly stating the medical connection. Just as physical and sexual child abuse, it refers not to any medical

condition that the child may have, but to an event or series of events in a child's life which may have medical consequences. Just as the other forms of abuse, it can be described as occurring on a continuum of severity from mild to moderate to severe. Roesler stresses that for healthcare providers their priority should not lie with the parent and the motivation behind the abuse, but with the child and ensuring that potentially harmful therapies are stopped (Roesler, 2018). Roesler's line of thinking concurs with the most recent view of the American Academy of Pediatrics (AAP), which coined another term with a definition that is focused on the abused child and not, or less on the motivation of the caregiver: Caregiver-fabricated illness in a child (CFIC; Flaherty, 2013; in APSAC, 2017). It is defined as maltreatment that occurs when a child has received unnecessary and (potentially) harmful medical care because of the caregiver's fabricated claims, or signs and symptoms induced by the caregiver.

From a legal point of view, Mart's 2004 paper is in agreement with Roesler's statements, but also warns that using the M(S)BP terminology of FDBP/FDIA/(A)PCF introduces bias in court by being associated with claims of more severe forms of intent and less correctable behavior without the proper evidence/research to back up these claims. Mart states that, because of this, courts tend to respond more strongly in alleged cases of M(S)BP/FDBP/FDIA/(A)PCF than in other abuse cases (Mart, 2002). Therefore, Mart proposes to refer to these types of cases as MCA and treat MCA in court as a multiaxial phenomenon for the purpose of disposition and child protection. According to Mart, courts would benefit from an objective description of the acts of abuse (i.e. the "guilty act" or *actus reus*) together with a description of the perpetrator's behavior in terms of a multiaxial continuum of the following dynamic variables establishing the "guilty mind" (i.e. *mens rea*):

- Secondary gain: Mart states that secondary gain is not unique to MCA cases; illnesses and injuries always have the potential to produce secondary gain which may be minor, in balance with, or outweigh the negative effects. Therefore, it is not merely present or absent, it is a dynamic variable that exists on a continuum because it depends on a complex interplay between (pre-existing) physical and/or psychological factors which also exist on a continuum;
- Severity of abuse: The abusive behavior also varies along a continuum of, for example, exaggeration, fabrication, and induction, and Mart stresses that it has not been proven that MCA is more likely to escalate than other forms of abuse;
- Psychopathology of the perpetrator: Mart says that no consistent pattern of psychopathology has been proven by research and therefore, also this variable is dynamic and varies in prognosis and choice of therapeutic modalities, and should be described as such.

Also beyond the legal context, Mart doubts that the FDBP/FDIA and PCF labels add anything useful in terms of diagnosis, prognosis or treatment (psychological and social management); he states that the impact on the child is better described in terms of the physical and emotional harm done by the specific abusive acts and the parental behavior is better conceptualized by the dynamic variables described above (Mart, 2004).

In line with objections made by Mart (2002 and 2004) and Roesler (2018), The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) distanced themselves from M(S)BP and associated terminology and introduced their own terminology: the Perplexing Presentations (PP) and the Fabricated or Induced Illness (FII) spectrum (RCPCH, 2009; in Abdurrachid, 2020; RCPCH, 2021). This terminology describes a wide range of possible cases of falsification of injury or disease in a child, with cases ranging in severity of signs and symptoms, their impact on a child's quality of life and functioning, and in the health professional's certainty about if and how a

parent may be involved in the causation of the reported or observed signs and symptoms. The RCPCH (2021) guideline consistently uses the term “parent” in their definitions, specifying that the mother is nearly always involved in PP/FII. Other’s (e.g. Davis, 2019) prefer the more general terms “carer” or “caregiver.”

- Perplexing Presentations (PP) encompass clinical situations where there are alerting signs of possible FII. The essence of these alerting signs is the presence of discrepancies between reports, presentations of the child and independent observations of the child, implausible descriptions and unexplained findings. Furthermore, health professionals are alert to the possibility that there may be an unusual and potentially harmful parent-child interaction that is causing or perpetuating the presentation, observing that parents are reluctant to support a rehabilitative approach to the child and focus or insist on continued investigations. However, while an adequate and realistic medical explanation is absent and the actual state of the child’s health is not yet clear, the extent and risk of immediate harm to the child is not (yet) perceived, the association between the possible harm to the child and parents’ actions not (yet) established (Glaser, 2019; RCPCH, 2021).
- Fabricated or Induced Illness (FII) refers to clinical situations in which a child is, or is very likely, harmed due to actions of a parent, carried out in order to convince health professionals that the child’s state of physical and/or mental health or neurodevelopment is impaired, or more impaired than is actually the case. FII is a form of child abuse and neglect, physical and/or emotional, that results from behaviors or beliefs of a parent and from subsequent responses of the health professional (i.e. iatrogenic harm; RCPCH, 2021).

A key aspect of the RCPCH terminology is that understanding the parents’ motivation is not essential to establish (apply the labels) PP/FII in a child. This is important for pediatricians, because they are not expected to understand parental motivation, but simply to understand the cause of the child’s presenting illness. Contrary to FDIA, where deception is an essential criterium for its diagnosis, in FII, when motivation is evident, the parent does not necessarily intend to deceive. The RCPCH (2021; also in Davis, 2019) distinguishes two possible types of parental motivations for FII:

1. Parents may experience a gain from the recognition and treatment of their child as unwell. The parent is thus using the child to fulfil their needs, disregarding the effects on the child. Gains can be psychosocial (e.g. a need for sympathetic attention, support, continued closeness of their child, and/or a need to deflect blame for parenting difficulties or child behavioral problems) and/or material (e.g. financial support for care, improved housing). Personality disorders and deception are more likely in parents with this type of motivation.
2. Parents may have an extreme concern and anxiety about their child’s health and may develop, with the aid of the internet, erroneous beliefs about what their child needs (e.g. support, treatment) based on a misinterpretation or misconstruction of aspects of their child’s presentation and behavior. They then need these beliefs confirmed and acted upon to the detriment of their child. In rare cases, these beliefs about the child’s health may become fixed or delusional. Anxiety disorders are more likely in parents with this type of motivation.

Just as the APSAC, the RCPCH (2021; also in Davis, 2019) describes the different ways in which parents may falsify signs and symptoms and persuade health professionals to investigate and treat their child:

1. The most common way is by “using their mouth”, presenting and erroneously reporting of their child’s symptoms, history, results of investigations, medical opinions, interventions and diagnoses. Motivation for these actions may vary.
2. A less common way is by “using their hands” falsifying documents, interfering with investigations, specimens, lines and drainage bags, and (most extreme) inducing illness in their child (e.g. by withholding food or medication from the child, poisoning, suffocation). These actions nearly always include an element of deception.

Lastly, the RCPCH (2021; Davis, 2019) specifies the many ways in which a child may be harmed by FII. Harm to the child may be brought about directly by actions of the parents, or indirectly by healthcare responses. FII may affect

1. the child’s overall health due to
 - a. the exposure to repeated (unnecessary) medical appointments, examinations, and investigations, which may cause physical and psychological discomfort or distress;
 - b. genuine illness being overlooked;
 - c. illness induced by their parent/s.
2. the child’s development, daily life and (social) functioning due to
 - a. having to assume the sick role;
 - b. limitation of daily life activities;
 - c. interrupted school attendance and education;
 - d. social isolation.
3. the child’s psychological well-being due to
 - a. insecure attachment;
 - b. being anxious and confused about their state of health;
 - c. developing a false self-view as being sick and vulnerable;
 - d. active collusion with the parent’s illness deception;
 - e. silent entrapment in falsification of illness;
 - f. development of later psychiatric disorders and psychosocial difficulties.

Although the terminology coined by the RCPCH is intended for the use by health professionals to diagnose a child’s condition, PP/FII are not official diagnostic terms. An adaptation from the ICD-11 “bodily distress disorder” has been proposed, called “child illness: carer distress disorder (Glaser, 2019). The intention is that this would then be an official ICD diagnosis for the presented illness in the child, not a label to refer to the carer. Suggested criteria are (Glaser, 2019):

- Presence of child symptoms that are distressing to the carer.
- The carer’s response to the symptoms appears excessive and disproportionate in relation to the nature, impact and progression of the child’s symptoms or any confirmed physical illness in the child.

- Excessive carer attention is focused on these symptoms, manifested by repeated contact with doctors, including tests and treatments that may be unnecessary and harmful to the child.
- The carers' excessive responses to the child's symptoms are not alleviated by appropriate examination of the child, reassurance, tests or treatments where needed (however, tests and treatments should not usually be carried out purely to provide reassurance to the carer).
- The child's symptoms (whether reported by the carer or observed due to induced illness) are persistent or relapsing and remitting, and lead to significant functional impairment. There is a risk of harm caused either directly by the carer or indirectly by the doctor.
- The symptoms may be multiple and may vary over time. On the resolution of one symptom another may appear. Different children in the same family may be presented at different times.
- There may or may not be evidence of the carer causing or creating the child's illness through apparently deliberate action (if present this would always require statutory intervention).
- The child may continue to exhibit emotional and physical consequences of the condition even after separation from the carer.

To this day, all these different terms and definitions, M(S)BP, FDIA, (A)PCF, MCA, CFIC, PP, FI exist and are in use alongside each other. It has yet to be decided which of these terms and definitions is/are the most adequate and practicable for continued use in the medical field and beyond, or if yet other terms and definitions are needed.

Zoeken en selecteren

The databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) were searched with relevant search terms from the year 2000 until June 24th, 2021. The detailed search strategy is depicted under the tab Methods. The orientational literature search resulted in 186 unique hits. Studies were selected based on the following criteria:

- They should be a systematic review (SR) or a guideline;
- Published since the year 2000 until June 24th, 2021;
- And be in line with our research question.

A total of 25 publications were selected based on title and abstract screening. After reading the full text, 16 were selected and 9 were excluded (see the table with reasons for exclusion under the tab Methods). After scanning the reference lists of the included publications, 2 additional publications were added. In the end, 18 publications - 2 guidelines and 16 reviews - were included.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 13-01-2023

Laatst geautoriseerd : 13-01-2023

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

- Abdurrachid, N., & Marques, J. G. (2020). Münchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS spectrums*, 1-11.
- APSAC Taskforce (2017). Münchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)
- Ayoub, C. C., Schreier, H. A., & Keller, C. (2002). Münchausen by proxy: presentations in special education. *Child maltreatment*, 7(2), 149-159.
- Davis, P., Murtagh, U., & Glaser, D. (2019). 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. *Archives of disease in childhood*, 104(2), 110-114.
- Erye, E. M., & Feldman, M. D. (2012). Factitious disorder by proxy in educational settings: A review. *Educational psychology review*, 24(1), 47-61.
- Galvin, H. K., Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2005). Update on Münchausen syndrome by proxy. *Current opinion in pediatrics*, 17(2), 252-257.
- Glaser, D., & Davis, P. (2019). For debate: Forty years of fabricated or induced illness (FII): Where next for paediatricians? Paper 2: Management of perplexing presentations including FII. *Archives of disease in childhood*, 104(1), 7-11.
- Korpershoek, M., & Flisher, A. J. (2004). Diagnosis and management of Münchausen's Syndrome by Proxy. *Journal of child and adolescent mental health*, 16(1), 1-9.
- Mart, E. G. (2002). Münchausen's Syndrome (Factitious Disorder) by Proxy: A Brief Review of Its Scientific and Legal Status. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*.
- Mart, E. G. (2004). Factitious disorder by proxy: A call for the abandonment of an outmoded diagnosis. *The Journal of Psychiatry & Law*, 32(3), 297-314.
- Meadow, R. (2002). Different interpretations of Münchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect*, 26(5), 501-508.
- Parrish, M., & Perman, J. (2004). Münchausen syndrome by proxy: Some practice implications for social workers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(2), 137-154.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2021). Perplexing Presentations (PP)/Fabricated or Induced Illness (FII) in Children. RCPCH Guidance.
- Roesler, T. A. (2018). Medical Child Abuse: What Have We Learned in 40 Years?. *Current Treatment Options in Pediatrics*, 4(3), 363-372.
- Rogers, R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Münchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child abuse & neglect*, 28(2), 225-238.
- Schreier, H. (2002). Münchausen by proxy defined. *Pediatrics*, 110(5), 985-988.
- Shaw, R. J., Dayal, S., Hartman, J. K., & DeMaso, D. R. (2008). Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification. *Harvard review of psychiatry*, 16(4), 215-224.
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect*, 27(4), 431-451.

Meldcode: aandachtspunten samenwerking bij vermoeden KMdF

Uitgangsvraag

Op welke wijze kan de samenwerking worden vormgegeven bij een vermoeden van Kindermishandeling door falsificatie (KMdF)?

Op welke wijze kan samenwerking in het kader van strafbare kindermishandeling en civielrecht bij een vermoeden van KMdF worden afgewogen en zo nodig worden vormgegeven?

Aanbeveling

Stap 1 Meldcode: Onderzoek, kindcheck en mantelzorgverleningscheck

Neem een vermoeden van IP of een vermoeden van KMdF op in de differentiaal diagnose.

Overleg bij een signaal van Inconsistente Presentatie (IP) bij het kind of vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF) altijd met een vertrouwensarts van Veilig Thuis.

Maak gebruik van de mogelijkheid geanonimiseerd te overleggen met een vertrouwensarts gedurende de stappen van de meldcode.

Overweeg overleg met het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) bij het opstellen van de differentiaaldiagnose.

Betrek informatie van het gehele (voorgaande) behandelteam, en medebehandelaar zoals huisarts en jeugdarts bij een signaal van IP of vermoeden van KMdF. Met toestemming conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten.

Een kind-check melding kan het eerste signaal zijn van KMdF.

Overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis wanneer geen toestemming wordt gegeven informatie op te vragen bij voorgaande behandelaren in tweede lijn of bij de huisarts/jeugdarts.

Stap 2 Meldcode: Advies bij Veilig Thuis, bij voorkeur een vertrouwensarts en een collega met expertise

Vraag advies (geanonimiseerd overleg) aan een vertrouwensarts en een collega met expertise (bijvoorbeeld aan het LECK), vanaf de signalering van een IP.

Betrek het gehele (voorgaande) behandelteam om de stappen zorgvuldig te maken.

Wijs één coördinerend (kinder)arts aan.

Breng eventueel schoolverzuim in kaart en positioneer de jeugdarts.

Overweeg een kinder- en jeugdpsychiater te betrekken.

Voorkom onnodige aanpassingen en beperkingen op school door met ketenpartners afspraken te maken en informatie uit te wisselen.

Maak een tijdslijn van de uitgezette acties om te voorkomen dat het kind onnodig lang in een onveilige situatie zit.

Stap 3 Meldcode: Gesprek betrokkenen

Stem af met de vertrouwensarts hoe en wanneer het vermoeden van KMdF en de melding met ouders wordt besproken.

- Het uitgangspunt is om de melding vooraf open en transparant te bespreken met gezaghebbend ouder(s)/verzorger(s) en eventueel met het kind.
- Door wie en hoe het vermoeden van KMdF wordt gecommuniceerd hangt af van de fase van het proces.
- Motieven om de term KMdF (nog) niet te gebruiken kunnen onder andere zijn: de veiligheid van het kind of juridische of tuchtrechtelijke klachtgevoeligheid.

Maak een veiligheidsplan voor alle gezinsleden voorafgaand aan het gesprek met ouders.

Bespreek feitelijk de geobserveerde discrepanties.

Bespreek naast de gemelde zorgen ook positieve signalen van de opvoeding.

Bespreek naast signalen rondom vermoeden KMdF ook (indien mogelijk) signalen die tegen KMdF pleiten.

Maak aan het eind van het gesprek met ouders een samenvatting van de besproken onderwerpen.

Stap 5 Meldcode: Beslissen over melding

Zorg dat er consensus is over wat er rondom een melding in de dossiers (melder en Veilig Thuis) wordt genoteerd.

Neem de term KMdF op in het dossier en als onderdeel van de differentiaaldiagnose.

Beschrijf bij de melding feitelijk de geobserveerde discrepanties.

Beschrijf bij de melding naast de gemelde zorgen ook positieve signalen van de opvoeding.

Beschrijf bij de melding naast signalen rondom vermoeden KMdF ook (indien mogelijk) signalen die tegen KMdF pleiten.

Verstrek bij de melding aan Veilig Thuis alle relevante informatie die nodig is om het vermoeden van KMdF te onderzoeken.

Overweeg een anonieme melding indien dit de enige manier is om het vermoeden van KMdF te onderzoeken.

Organiseer een spoedoverleg met de vertrouwensarts/Veilig Thuis als tijdens het vooronderzoek/aanname melding blijkt dat de situatie voor het kind levensbedreigend is (of kan worden).

Neem de afweging/onderbouwing over uitstellen van kennisgeving aan ouders op in het dossier indien dit van toepassing is.

Weeg bij elk vermoeden van KMdF af of conform Handreiking Samenwerken bij strafbare Kindermishandeling het overleg met het OM/politie moet plaatsvinden. Dit kan in elke stap van de meldcode.

Zorg dat er na de melding een vast aanspreekpunt is vanuit Veilig Thuis/vertrouwensarts en een vast aanspreekpunt van (kinder)arts.

Werk als vertrouwensarts samen met de jeugdbeschermer die de ondertoezichtstelling (OTS) uitvoert indien deze betrokken is, wat betreft het onderzoek naar het vermoeden van KMdF. De beoordeling van de vertrouwensarts is daarin leidend.

Overwegingen

Zie KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

NB Denk aan zorgvuldige dossiervoering bij elke stap in de meldcode.

Stap 1 Meldcode. Onderzoek, kindcheck en mantelzorgverleningscheck

Aandacht voor signalen van KMdF

Het is van belang om bij een zogenaamde IP of een vermoeden van KMdF (zie module Definities in de literatuur) dit op te nemen in de differentiaaldiagnose en dit niet pas achteraf te doen wanneer alle onderzoek naar een onderliggende aandoening niets heeft opgeleverd.

Als je als arts een signaal hebt waarbij je denkt aan een IP, of een vermoeden hebt van KMdF, kijk dan vooral ook naar andere mogelijk aanwezige signalen. Wanneer er bijvoorbeeld een discrepantie is in mobiliteit waarover wordt verteld en datgene dat je als arts observeert, kijk verder dan alleen dit probleem. Hoe functioneert het kind überhaupt binnen en buiten de gezinssituatie wat betreft cognitieve, fysieke en sociaal emotionele ontwikkeling. Discrepancies kunnen aanwezig zijn op meerdere gebieden. De belangrijkste vraag blijft of de gepresenteerde klachten passend zijn bij de observaties en de resultaten van aanvullende diagnostiek.

Anderzijds is het belangrijk dat de arts ook informatie verzamelt die juist tegen KMdF pleit, dus zorgvuldige diagnostiek verrichten naar ziekten die de signalen/symptomen kunnen verklaren, maar ook in de ouder-kind relatie (zie module Signalen en symptomen- Herkennen van KMdF en module Medische work-up bij

vermoeden van KMdF). Toetsing van het diagnostisch plan bij collega's met vaak verschillende subspecialistische expertisen is noodzakelijk om overdiagnostiek/iatrogene schade te voorkomen. Dit overleg moet geanonimiseerd plaatsvinden wanneer de specialisten geen onderdeel vormen van het behandelteam.

Overweeg overleg met het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) bij het opstellen van de differentiaaldiagnose. Het LECK biedt 24/7 gecombineerd kindergeneeskundig en forensisch advies op basis van door de adviesvrager aangeleverde geanonimiseerde gegevens (www.leck.nu)

Ook in de fase van het grip krijgen op de IP is het advies om contact op te nemen met de vertrouwensarts van Veilig Thuis. Dit overleg vindt in stap 2 van de KNMG-meldcode geanonimiseerd plaats.

In stap 1 van de KNMG-meldcode kan dus al, op geanonimiseerde basis, advies worden gevraagd aan de vertrouwensarts, bijvoorbeeld over het diagnostisch plan. In feite start dan stap 2. Het is niet noodzakelijk dat alle stappen van de KNMG-meldcode op volgorde worden doorlopen, er kan heen en weer worden geschakeld, het is echter wel zo dat stap 1 en 2 moeten worden doorlopen bij elk vermoeden.

Overleg met vertrouwensarts

Wanneer een signaal van IP of een vermoeden van KMdF wordt vastgesteld, hoeft niet elke situatie een onmiddellijke actie. Wel is overleg met een vertrouwensarts van Veilig Thuis in een vroeg stadium van belang om de juiste stappen te zetten. De vertrouwensarts is de expert die geraadpleegd moet worden vanwege de medische expertise, het spreken van dezelfde (medische) taal en de kennis van de juridische aspecten, zoals de geheimhouding ten aanzien van de medische informatie. Het advies is om in ieder contact met Veilig Thuis te spreken met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en niet met andere niet medisch geschoolde medewerkers. Behandelend arts en vertrouwensarts maken de afweging of er sprake kan zijn van een acute situatie waarbij het kind in een levensbedreigende situatie kan komen, te denken valt aan induceren van ziekte zoals een (vermoeden van) intoxicatie of toedienen van (vloei)stoffen.

Voorafgaand aan elke actie moet door de betrokken arts(en) en de vertrouwensarts van Veilig Thuis worden nagedacht hoe onveiligheid voorkomen wordt. Vandaar dat het bij deze vorm van kindermishandeling uiterst belangrijk dat de betrokken behandelend arts(en) en de vertrouwensarts vroegtijdig samenwerken en daarbij ijkpunten afspreken waarop de risicotaxatie met betrekking tot de veiligheid van het kind en de ouders plaatsvindt. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het stadium en de volledigheid waarin de adviesvraag of het onderzoek zich op dat moment bevindt.

Het is belangrijk om gezamenlijk ook het diagnostische beleid af te stemmen, mede om overdiagnostiek te voorkomen. Daarnaast stemmen beiden af over verslaglegging in het dossier, inclusief de adviesvraag.

Veilig Thuis kan besluiten dat het noodzakelijk is te gaan samenwerken in het kader van zowel strafbare kindermishandeling als in het kader van civielrecht ter bescherming van het kind (zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan). Op basis van de anonieme adviesvraag aan de vertrouwensarts bij een vermoeden van KMdF (en niet bij een vermoeden van IP), kan de vertrouwensarts overwegen de van de adviesvrager verkregen informatie geanonimiseerd voor te leggen aan OM/politie.

Wie betrekken bij vermoeden van KMdF

Het is van belang bij vermoedens van KMdF (of een IP) dat artsen en behandelaars in teamverband of middels intercollegiale toetsing of intervisie hun casuïstiek delen en stilstaan bij hun wegingen, keuzes en emoties. Juist het betrekken van relatieve buitenstaanders, die KMdF vaak eerder signaleren dan de behandelend arts, is hierbij behulpzaam. Het is belangrijk de bevindingen van verpleegkundigen en andere betrokken hulpverleners van het behandelteam te betrekken. Het inwinnen van informatie over de complete ziektegeschiedenis, dus ook de voorgeschiedenis, bij andere behandelaren zoals huisarts en jeugdarts is heel belangrijk bij KMdF om een goed beeld te kunnen krijgen. Het kan zijn dat betrokken (medisch) professionals zelf geen zorgen hebben, mede daardoor is samenwerking in de keten noodzakelijk.

Indien de huisarts de verwijzer is, of is geweest, kan contact opgenomen worden bij voorkeur met kennisgeving aan ouders. In een overleg met de huisarts mag informatie uitgewisseld worden voor zover de uitgewisselde informatie binnen de context en inhoud van de verwijzing valt. Wanneer andere privacygevoelige informatie uitgewisseld wordt of zal worden, waaronder door de huisarts in de verwijzing niet genoemde signalen of vermoedens van kindermishandeling, moet voorafgaand aan het overleg met de huisarts toestemming worden gevraagd aan de patiënt/ouders, waarbij patiënt/ouders worden geïnformeerd over de bedoeling van het overleg (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten, deelvraag 5). Dit geldt ook bij het opvragen van informatie bij de jeugdarts, voor zover deze niet de verwijzer was en ook wanneer de uitgewisselde informatie niet binnen de context en inhoud van de verwijzing van een jeugdarts valt.

Overleg met de huisarts is van belang, omdat de huisarts het gezin kent, informatie over de voorgeschiedenis heeft en “dokter shoppen” kan voorkomen; de huisarts is laagdrempelig, iemand waar veel informatie mee wordt gedeeld en daarmee iemand die veel kan zien/signaleren.

Je bent als zorgverlener verplicht om transparant te zijn over wie binnen het behandelteam valt/met wie je overlegt. Wanneer de ouders hier dan problemen mee hebben, dan geeft dit ook een ingang om een mogelijk gebrek aan vertrouwen te bespreken en uit te leggen dat collegiaal overleg noodzakelijk is om de diagnostiek en behandeling goed te kunnen uitvoeren (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten, deelvraag 0). Blijven ouders toestemming weigeren dan is overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis noodzakelijk.

Om vermoedens van kindermishandeling te onderzoeken is informatie-uitwisseling noodzakelijk, zeker ook met voorgaande artsen in de tweede lijn of in de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het belang van het kind moet te allen tijde voorop staan; zorgprofessionals moeten blijven zoeken naar mogelijkheden om wel samen te werken binnen de juridische kaders. De vernieuwde KNMG-meldcode is hierbij ondersteunend (KNMG, 2023).

Een bijzondere situatie doet zich voor wanneer er geen zorgelijke signalen over het kind zijn, maar de behandelaar van een van de ouders ernstige zorgen heeft over zijn patiënt. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarbij een van de ouders ernstig geïnvalideerd is en waarbij een medische verklaring voor de klachten van de ouder niet aanwezig is. De manier van omgaan met ziekte van de ouder kan zorgelijk zijn, daarbij kan differentiaal diagnostisch sprake zijn van Factitious Disorder Imposed on Self (FDIoS). Beide kunnen consequenties hebben voor de opvoedsituatie van aanwezige kinderen, als ook de manier van omgaan met

ziekte in het gezin. De behandelend arts van de ouder dient de stappen van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) te volgen en te besluiten tot het geanonimiseerd bespreken van de casus met de vertrouwensarts van Veilig Thuis (kind-check) en zo nodig te besluiten tot melden.

Stap 2 Meldcode: Advies bij Veilig Thuis, bij voorkeur een vertrouwensarts en een collega met expertise
Overleg vertrouwensarts en behandelaar

Als na stap 1 het vermoeden van KMdF blijft bestaan, wordt advies bij Veilig Thuis ingewonnen. Zoals eerder besproken, kan ook wel degelijk tijdens het uitwerken van een plan in stap 1, geanonimiseerd overleg plaatsvinden. Bij dit advies bespreekt de behandelaar met de vertrouwensarts van Veilig Thuis:

- Wat de behandelaar zou kunnen doen/nalaten om de onveiligheid/zorgelijke signalen met ouders (en eventueel kind) te bespreken en een diagnostisch plan met ouders/verzorgers (en eventueel kind) te maken.
- Welke mogelijkheden de behandelaar heeft om informatie te verkrijgen van betrokken hulpverleners, huisarts, jeugdarts, maar bijvoorbeeld ook van school of kinderdagverblijf (evt. via de jeugdarts), ook als gezaghebbenden geen toestemming geven. Denk bijvoorbeeld aan het functioneren of het verzuim van het kind op school.
- Bespreekt de behandelaar met de vertrouwensarts wat hij/zij van de vertrouwensarts nodig heeft ter ondersteuning en of het belangrijk is een vervolg adviesgesprek over dezelfde patiënt af te spreken.

In stap 2 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) blijft de behandelaar verantwoordelijk voor de veiligheid van de patiënt en de aanpak van het vermoeden maar kan de arts daarbij vanuit de adviesvraag ondersteund worden door de vertrouwensarts van Veilig Thuis. Het kan zijn dat na meerdere vervolg adviezen wordt overgegaan tot melden bij Veilig Thuis. De registratie van het advies staat op naam van de adviesvrager/behandelaar en is gekoppeld aan een dossiernummer. Bij een advies worden geen gegevens van direct betrokkenen gedeeld.

Het is noodzakelijk dat er consensus is over wat er na een adviesvraag in beide dossiers (behandelaar/adviesvrager en Veilig Thuis) wordt genoteerd. Hierbij moet de term KMdF worden gemedan als zijnde een vaststaand feit. KMdF moet wel in de differentiaaldiagnose staan.

IP: Geen onmiddellijke dreiging van de gezondheid of het leven van het kind

Er zijn zorgelijke signalen en/of er is sprake van een vermoeden van KMdF waarbij er geen sprake is van acute onveiligheid of acute dreiging van een verslechtering van de gezondheid. Te denken valt aan discrepantie in anamnese van ouders enerzijds en observaties en objectieve bevindingen anderzijds. Ook deze minder acuut en levensbedreigende signalen zijn schadelijk voor het kind door de langdurigheid ofwel structurele onveiligheid en hebben een plan van aanpak nodig om gezondheid en functioneren van het kind te optimaliseren en zo veel mogelijk te normaliseren.

Indien ouders en kind open staan voor hulpverlening kan er een plan van aanpak, inclusief tijdspad, gemaakt worden. Het tijdspad/planning is noodzakelijk omdat kinderen vaak al jaren bekend zijn in ziekenhuizen en bij veel artsen en in die jaren een achterstand hebben kunnen oplopen op cognitief-fysiek-motorisch-sociaal emotioneel gebied.

Medische informatie (ook van alle eerdere behandelaars) wordt met toestemming opgevraagd en geanalyseerd, eerder gestelde diagnoses zo nodig geëvalueerd, school/kinderdagverblijf wordt betrokkenen

en er wordt een herstelplan gemaakt. De vertrouwensarts van Veilig Thuis kan middels geanonimiseerd advies en ondersteuning hierbij helpend zijn (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF en module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan).

Aandachtspunten zijn:

- Stel één coördinerend (kinder)arts aan.
- Voer de oudergesprekken met een collega, of maatschappelijk werk/verpleegkundige van het behandelteam.
- Voor verwijzingen: zie module Follow up. Verkrijg toestemming van ouders voor contact met school/jeugdarts, huisarts en eerdere behandelaren.
- Breng eventueel schoolverzuim in kaart en betrek de jeugdarts.
- Gesprek kind-(kinder)arts in afwezigheid van ouders.
- Overweeg een kinderpsychiater te betrekken.
- Zo nodig revalidatiearts betrekken.
- Wanneer kind zich presenteert in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), overweeg een kinderarts te betrekken.
- Bij medisch onverklaard/onvoldoende verklaard ziektebeeld inzetten van bijvoorbeeld toxicologie (lab-urine-feces).
- Uiteindelijk consensus over wat het kind wel/niet heeft en wel/niet nodig heeft.
- Voorkom onnodige aanpassingen en beperkingen op school door met ketenpartners afspraken te maken en informatie uit te wisselen.
- Maak een tijdslijn.

De praktijk leert dat de geschetste situatie samen kan gaan met een melding bij Veilig Thuis.

Een melding is onder andere noodzakelijk wanneer er sprake is van structurele onveiligheid (denk aan schoolverzuim) die niet verbetert met de ingezette hulp, de ingezette hulp niet leidt tot het gewenste resultaat, ouders na een second opinion gaan vragen om een volgende second opinion, welke niet in het belang van het kind is, of wanneer er geen samenwerking met ouders tot stand komt, het niet duidelijk wordt hoe het kind daadwerkelijk functioneert, of wanneer ouders niet akkoord gaan met overleg met betrokken zorgverleners.

Wanneer de signalen van een IP leiden tot een duidelijker vermoeden van KMdF, kan tot melding worden overgegaan en dient eerst stap 2 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) te worden doorlopen (geanonimiseerd overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en een collega met expertise).

Stap 3 Meldcode: Gesprek betrekken

Het gesprek met ouders over de zorgen en de melding bij Veilig Thuis

Het uitgangspunt is de melding vooraf open en transparant te bespreken met gezaghebbend ouder(s)/verzorger(s) en eventueel met het kind. Indien je hiervan afwijkt dan wordt dit onderbouwd in een multidisciplinair overleg (MDO) met een collega (en zo nodig jurist) in het dossier.

De behandelaar stemt met Veilig Thuis af wanneer en op welke manier ouders/verzorgers worden geïnformeerd over de melding (adviesvraag stap 2 KNMG-meldcode (KNMG, 2023)). Het luistert bij meldingen van vermoedens van KMdF heel nauw:

- Of, en zo ja wanneer, ouders het vermoeden van KMdF door de arts wordt medegedeeld en welke informatie aan ouders wordt verstrekt.
- Of, en zo ja wanneer, er wordt overgaan tot een melding.
- Wanneer na melding ouders op de hoogte worden gesteld van de melding en de zorgen.

Wie en hoe het vermoeden van KMdF wordt gecommuniceerd hangt ook af van de fase van het proces, of men, zoals veelal het geval zal zijn, gesprekken met de ouders voert binnen de diagnostische fase, of dat de communicatie plaatsvindt in de meer uitzonderlijke situatie die leidt tot een strafrechtelijk proces. Van belang is de zorgen zorgvuldig en concreet met ouders te bespreken (en in de melding te beschrijven) wat het vermoeden inhoudt. Het verdient aanbeveling dit vooraf in een geanonimiseerd overleg met de vertrouwensarts goed te bespreken.

Communicatieve aandachtspunten zijn uitgewerkt in module Communicatie met het kind en module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden.

Vertrouwensarts en melder bespreken wie de ouders informeert over het vermoeden van KMdF of zorgelijke signalen en het doen van de melding, welke veiligheidsmaatregelen daarbij worden genomen en wanneer dit gesprek plaats vindt. Denk hierbij aan het informeren van de raad van bestuur van het ziekenhuis/de medische directie, de aanwezigheid van beveiligers van het ziekenhuis, de directe aanwezigheid van de vertrouwensarts, de directe oproepbaarheid van een psychiater, het in veiligheid brengen van het kind en/of broertjes en zusjes.

Bij het vermoeden van KMdF is het van groot belang dat stil gestaan wordt bij het delen van de zorgelijke signalen/gemelde zorgen/vermoedelijke kindermishandeling met ouders (en, indien van toepassing, kind). Op het moment dat ouders vernemen dat zij mogelijk een rol spelen in het ziek maken of ziek houden/praten van hun kind, kunnen ouders op dat moment de veiligheid van hun kind of broers/zussen ernstig in gevaar brengen. Ook de veiligheid van de ouder kan op dat moment in gevaar komen.

Soms kan ervoor worden gekozen niet expliciet te benoemen dat er een vermoeden bestaat van KMdF, maar te spreken over zorgen over de ontwikkeling van het kind door geobserveerde discrepanties en/of "dokter shopping" (i.e. IP). Het gaat om het benoemen van objectieve feiten waarover zorgen bestaan.

Motieven om de term KMdF (nog) niet te gebruiken kunnen zijn:

- Veiligheid van het kind, die in het geding kan komen door de term te noemen.
- Het noemen van de term KMdF hangt ook af van of de ouders het kunnen begrijpen. De communicatie moet aan het begrips-/taal-/opleidingsniveau van de ouders worden aangepast, de zorgen en/of het vermoeden moeten helder worden omschreven, en daar past het gebruik van de term KMdF en/of ook het gebruik van het woord "kindermishandeling" niet altijd bij. In de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) staan wel voorbeeldzinnen die gebruikt kunnen worden; mogelijk moeten woorden bij een vermoeden van KMdF nog zorgvuldiger gewogen worden. Als men echter weet dat ouders bepaalde ernstige handelingen hebben verricht (bijvoorbeeld intoxicatie) dan is het belangrijk om in het gesprek met ouders concreet zijn, niet zozeer met gebruik van de term, maar wel met een feitelijk verhaal en je moet dan al een veiligheidsplan hebben.

- Vermoeden van strafbare kindermishandeling.
- Juridische, tuchtrechtelijke klachtgevoeligheid.

Mogelijk bespreekpunten voorafgaand aan het gesprek met ouders zijn:

- Bespreek de zorgen/het vermoeden van kindermishandeling.
- Indien er sprake is van discrepanties in het functioneren van het kind zullen observaties/bevindingen naar ouders duidelijk moeten worden gecommuniceerd en vervolgens worden toegelicht in de melding.
- Voer het gesprek samen met een collega of andere (medisch) professional.
- Naast de gemelde zorgen ook aandacht voor positieve signalen van de opvoeding (zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten).
- Naast signalen rondom vermoeden KMdF ook aandacht voor signalen die tegen KMdF pleiten (zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).
- Anticipeer op reacties van ouders. Overweeg:
 - Voorafgaand aan het gesprek met ouders de raad van bestuur/medische directie op de hoogte te stellen.
 - Voorafgaand aan het gesprek met ouders de beveiliging op de hoogte te stellen.
 - Ondersteuning vanuit maatschappelijk werk/psychologie/psychiatrie aan te laten sluiten of standby te hebben.
 - Overweeg een veilige plek in het ziekenhuis voor het kind (modules Medische work-up bij vermoeden van KMdF en Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan).
- Geef aan het einde van het gesprek een samenvatting.

Melding niet bespreken met ouders/kind, direct overgaan tot melden

In principe is er openheid naar ouders. Indien je hiervan afwijkt dan MDO in je dossier met collega en zo nodig jurist raadplegen.

Zie stap 5. KNMG-meldcode (KNMG, 2023): Veiligheid kind voorop/ouders niet direct informeren over melding/direct melden.

Stap 5 Meldcode: Beslissen over melding

Melden

De vertrouwensarts zal de adviesvrager/arts adviseren om te melden indien er mogelijk sprake is van acute dan wel structurele onveiligheid of van een multi-problematische leefsituatie waarbij ouders niet open staan voor hulpverlening en de mogelijkheden van de arts om het gesignaleerde op een adequate manier op te pakken en aan te pakken ontoereikend zijn. Het besluit tot melden ligt bij de arts-melder, doorgaans de behandelend arts (zie stap 5 KNMG-meldcode (KNMG, 2023)).

Als de arts een melding wil doen van het vermoeden van KMdF bij Veilig Thuis dan wordt de melding in ontvangst genomen en vastgelegd. Het is noodzakelijk dat er consensus is over wat er rondom een melding in beide dossiers (melder en Veilig Thuis) wordt genoteerd. Hierbij kan de term KMdF worden opgenomen in het dossier in de differentiaaldiagnose.

Aandachtspunten rondom meldtekst

- Schriftelijk of telefonisch melden. Het heeft de voorkeur om schriftelijk (digitaal) te melden. Bij telefonisch melden is het noodzakelijk om de meldtekst te accorderen voordat meldtekst wordt opgenomen in het dossier van Veilig Thuis.
- De inhoud van de melding is concreet en feitelijk onderbouwd.
- De melder stemt de inhoud van de melding af met een collega.
- De melder betreft zo nodig, naast een collega, de jurist.
- De vertrouwensarts verwijst de arts naar de KNMG-meldcode (KNMG, 2023), adviseert een collega met expertise te raadplegen en zo nodig een jurist te betrekken bij het formuleren van de meldtekst waarbij alertheid op feiten noodzakelijk is. De melder is uiteindelijk verantwoordelijk voor de meldtekst.
- Naast het gemelde vermoeden ook aandacht voor positieve signalen van de opvoeding (zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten).
- Naast signalen rondom vermoeden KMdF ook aandacht voor signalen die tegen KMdF pleiten.
- Overweeg bij melding de raad van bestuur op de hoogte te stellen.

Informatie delen met Veilig Thuis door de arts/melder

De melder verstrekt alle relevante informatie bij het doen van een melding bij Veilig Thuis welke van belang is om het vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken.

Veilig Thuis kan een vermoeden van kindermishandeling niet/onvoldoende onderzoeken wanneer informatie ontbreekt. Bij het delen van informatie op het moment van melden bij Veilig Thuis behoren bijvoorbeeld ook nagekomen uitslagen. Ook indien de meldende arts geen behandelrelatie meer heeft, is het belangrijk om medische informatie te delen met Veilig Thuis zodat Veilig Thuis de gemelde zorgen kan onderzoeken en kindermishandeling kan bevestigen of weerleggen.

Denk aan medische correspondentie, relevante verpleegkundige rapportages, uitslagen of nagekomen uitslagen (denk aan kweekuitslagen of bloedafnames) die onderdeel zijn van de gemelde zorgen.

Anoniem melden

Het uitgangspunt is dat (medisch) professionals 'open' melden, dat betekent dat ouders door de melder geïnformeerd worden over de melding. De ouders zijn dus op de hoogte wie de melder is, en wat er gemeld wordt. In uitzonderingssituaties kan een professional anoniem melden, dus zonder dat zijn/haar identiteit kenbaar gemaakt wordt aan de ouders. Het kan zijn dat de melder/arts anoniem wil melden, dus zonder dat zijn/haar identiteit kenbaar gemaakt wordt aan de ouders. Een anonieme melding met geringe feitelijke informatie kan soms de enige manier zijn om het vermoeden van KMdF te kunnen onderzoeken. Een anonieme melding wordt door Veilig Thuis zwaarder beoordeeld bij aannahme van de melding. Een anonieme melding is voor ouders een extra belasting omdat zij niet weten wie de melding heeft gedaan.

Indien de (kinder)arts gegronde redenen heeft om anoniem te melden, zal de kinderarts als zijnde betrokken professional van het gezinssysteem als informant geraadpleegd worden in het Veilig Thuis onderzoek. De (kinder)arts zal dan de overweging maken informatie te delen die noodzakelijk is voor Veilig Thuis.

De volgende punten dienen samen met collega's met expertise en de vertrouwensarts te worden afgewogen:

- Kan een open melding een bedreiging vormen voor direct betrokkenen/ouders/gezinsleden?
- Kan een open melding een bedreiging vormen voor de melder of voor andere betrokken

medewerkers?

- Kan een open melding leiden tot een verstoring van de behandelrelatie met direct betrokkenen, hetgeen leidt tot risico voor de gezondheid van de patiënt? (Denk hierbij aan beperkt beschikbare of toegankelijke tertiair specialistische behandeling)

Bij deze afweging bespreken melder/arts en vertrouwensarts ook de ernst van het veiligheidsrisico bij een open melding ten opzichte van het risico van informatieverlies bij een anonieme melding.

Veiligheid kind voorop/ouders niet direct informeren over melding/direct melden

Veilig Thuis kan een overleg organiseren met betrokken professionals (zowel intern binnen Veilig Thuis als extern) als tijdens het vooronderzoek/aanname melding blijkt dat de situatie voor het kind levensbedreigend is of kan worden als ouders op de hoogte worden gesteld van de zorgen. De kennisgeving aan de ouders wordt in deze situatie uitgesteld. Dat betekent dat het overleg plaats vindt, in het belang van de veiligheid van het kind, zonder dat ouders hierover geïnformeerd zijn/worden. Zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF.

Dit besluit (deelname aan het overleg zonder dat ouders hierover geïnformeerd zijn) toetst de arts bij raad van bestuur of juridische afdeling en noteert deze afweging/onderbouwing in het dossier.

Bij het vermoeden van strafbare kindermishandeling of op basis van de zeer zorgelijke inhoud van de melding kan conform de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling een overleg plaatsvinden van Veilig Thuis met Openbaar Ministerie (OM) en/of de Raad voor de Kinderbescherming gericht op het verzamelen van onderzoek informatie, vaststellen en afstemmen van aanpak en verantwoordelijkheden (Kwakman, 2017). Aandachtspunt is de verslaglegging van dit overleg wat betreft de besluitvorming: alle deelnemers akkoord vragen voor het verslag, dat immers onderdeel van de dossiers van de ketenpartners wordt.

Dat houdt in dat op ieder moment in het doorlopen van de meldcode een geanonimiseerd overleg plaats kan vinden met de vertrouwensarts. De vertrouwensarts kan op basis van de verkregen informatie en een vermoeden van KMdF, en dus voordat er een melding is gedaan bij Veilig Thuis, overwegen om de informatie geanonimiseerd voor te leggen aan OM/politie. In situaties waarbij er sprake is van ziekte induceren is het raadzaam deze afweging te maken en bijvoorbeeld af te stemmen over het veiligstellen van materialen. Ook bij ernstige langdurige benadeling van de gezondheid van het kind bij een vermoeden van KMdF is het ter overweging dat de vertrouwensarts geanonimiseerd overlegt met OM/politie.

De behandelend artsen worden door de vertrouwensarts geïnformeerd over het genomen besluit en het te verwachten moment van het informeren van ouders. Alle contact met OM/politie verloopt via de vertrouwensarts.

Indien er sprake is van een acute situatie met een groot risico voor onveiligheid voor het kind, of zelfs een levensbedreigende situatie van het kind, wordt in een MDO van Veilig Thuis met betrokken artsen besproken wanneer ouders worden geïnformeerd. Raad van bestuur/medisch directeur wordt hier door de behandelend arts bij betrokken. Indien er direct een beschermingsmaatregel noodzakelijk is, kan deze door de Raad voor de Kinderbescherming worden aangevraagd bij de kinderrechter. Ook het OM/Officier van Justitie kan bij

uitzondering een beschermingsmaatregel verzoeken. Bij noodzakelijke interventie van de Raad voor de Kinderbescherming blijft de vertrouwensarts van Veilig Thuis betrokken vanwege de medische problematiek. Er wordt eveneens een veiligheidsplan gemaakt voor eventueel aanwezige broers/zussen.

Veilig Thuis heeft de mogelijkheid om op basis van de inhoud van de melding te besluiten om vooronderzoek te doen (Baeten, 2018). Dit houdt in dat, uitsluitend in uitzonderingssituaties, Veilig Thuis na het besluit in de veiligheidsbeoordeling, kan starten met het verzamelen van informatie bij andere instellingen of professionals zonder dat eerst met ouders gesproken is. Dit spreken zonder medeweten van de ouders en zonder dat zij gesproken zijn, kan voor een termijn van vier weken en alleen in het geval dat er concrete aanwijzingen zijn dat het direct informeren van directbetrokkenen een ernstige bedreiging kan vormen voor een of meer gezinsleden of huishouden of voor de medewerker van Veilig Thuis. De vier weken kunnen telkens met ten hoogste twee weken worden verlengd (Baeten, 2018; WMO, 2015). Besluitvorming en motivatie moeten worden vastgelegd in het dossier. Behandelend artsen moeten door de vertrouwensarts geïnformeerd worden dat het om vooronderzoek gaat en dat ouders niet geïnformeerd zijn over de gemelde zorgen en niet geïnformeerd zijn over het doen van vooronderzoek door Veilig Thuis. Behandelend artsen kunnen conform de KNMG-meldcode afwegen informatie te verstrekken (Baeten, 2018; KNMG, 2023).

Indien er sprake is van onmiddellijke dreiging van de veiligheid van het kind dan dienen materialen in afstemming met vertrouwensarts direct te worden veiliggesteld. Wanneer politie/forensisch arts/OM dit materiaal opvragen dient de behandelend arts te overleggen met raad van bestuur/medisch directie en juridisch advies in te winnen alvorens dit materiaal zonder toestemming van gezaghebbenden te overhandigen. Denk ook vooraf aan het nalaten van bepaalde bepalingen (zoals toxicologisch onderzoek) wanneer dit later door het toxicologisch laboratorium van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) kan worden gedaan.

De behandelend arts kan het LECK hierover consulteren.

Veilig Thuis overweegt een veilige plek voor het kind (en eventuele broers/zussen) en stemt af met Raad voor de Kinderbescherming en (behandelend)arts waar de veilige plek aan moet voldoen.

Slachtoffers van (ernstig vermoeden) KMdF zijn in aanwezigheid van ouders (vaak) niet veilig, ook niet in het ziekenhuis. Er moeten afspraken gemaakt worden door vertrouwensarts en eventuele betrokken jeugdbeschermer die de ondertoezichtstelling (OTS) uitvoert/Raad voor de Kinderbescherming over onder andere wel/geen begeleide contactmomenten tussen ouders/kind (zie verder module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan).

Het kan zijn dat politie/OM een verzoek heeft tot camerabewaking in het ziekenhuis. Dit kan niet worden ingezet zonder het inwinnen van juridisch advies, medisch-ethisch advies en toestemming van medisch directeur/raad van bestuur. Dit is zeer controversieel en wordt verder in deze richtlijn uitgewerkt (module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

Veiligheid overige gezinsleden

Denk aan de veiligheid van de overige gezinsleden. In een acute situatie staat de veiligheid van het kind waar de zorgen over gemeld worden voorop. Echter, ook andere kinderen in het gezin kunnen op het moment dat

de melding aan de orde is of er sprake is van een acute situatie, of wanneer een situatie plots acuut wordt, in een onveilige situatie komen.

Ook moet gedacht worden aan ouders/verzorgers. Het kenbaar maken aan ouders/verzorgers dat zij mogelijk een rol hebben in het ziek maken van hun kind kan leiden tot plotselinge ernstige psychische problematiek van de ouder/verzorger, of kan aanwezige psychische problematiek plots verergeren. Het inzetten van psychische ondersteuning dient overwogen te worden.

Afspraken na de melding

Veilig Thuis maakt afspraken met de melder over:

- Vast aanspreekpunt vanuit Veilig Thuis/vertrouwensarts, vast aanspreekpunt (kinder)arts, eventueel vast aanspreekpunt verpleegkundig team.
- Zicht op veiligheid.
- Communicatie naar ouders.
- Nagekomen uitslagen.

Werkwijze Veilig Thuis na aanname melding, zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan

Na een melding start Veilig Thuis altijd een onderzoek, ook als de casus bekend is bij hulpverlening of jeugdbeschermer die een OTS uitvoert (voorheen gezinsvoogd genoemd). De vraag of er sprake is van kindermishandeling moet gedurende het onderzoek beantwoord worden.

Indien er een jeugdbeschermer die een OTS uitvoert aanwezig is bij het gezin dat gemeld wordt, zal de vertrouwensarts samenwerken met de jeugdbeschermer wat betreft het onderzoek naar het vermoeden van KMdF en is de beoordeling van de vertrouwensarts daarin leidend.

Onderbouwing

Achtergrond

KMdF is een specifieke vorm van kindermishandeling waarbij er, net als bij andere vormen van kindermishandeling, zowel door de betrokken behandela(a)r(en) als door de vertrouwensarts van Veilig Thuis volgens de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023)) en/of het Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019 (Baeten, 2018) en/of de Handreiking samenwerken bij Strafbare Kindermishandeling (VERWIJZING) gewerkt dient te worden. Indien er nog geen vermoeden op KMdF bestaat maar sprake is van een Inconsistente Presentatie (IP) (zie voor terminologie module Definities in de literatuur) zal de werkwijze wat betreft de aanbevelingen met betrekking tot de verschillende aandachtspunten hieronder grotendeels overeenkomen (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

Bij KMdF spelen processen die deze vorm van kindermishandeling onderscheidend zijn van andere vormen van kindermishandeling, en die de herkenning en het doen van een melding bemoeilijken en het belang van een goede intra- en extramurale samenwerking in de zorgketen noodzakelijk maken (Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 2021; RCPCH, 2009; Jureidini, 2003):

1. Deze vorm van kindermishandeling vindt mede plaats binnen een behandelrelatie waarbij drie partijen betrokken zijn; naast de ouder(s)/verzorgers en het kind, is ook de behandelaar betrokken.

2. Deze vorm van kindermishandeling kan in de hand gewerkt worden doordat onze gezondheidszorg en hulpverlening sterk diagnostisch-curatief gericht zijn; daarmee kan de arts bezorgd zijn een diagnose te missen of door professionele ambitie een zeldzame diagnose te stellen (te) veel en bij KMdF onnodig diagnostisch onderzoek (i.e. onderdeel van de mishandeling) aanvragen. Daarnaast kan er nogal eens sprake zijn van gebrek aan regie doordat veel subspecialisten (vaak na elkaar) worden betrokken.
3. In het verlengde van voorgaand punt, doordat de kern van deze vorm van mishandeling het anders/ernstiger voorstellen van de gezondheidstoestand is, heeft het beeld dat de arts ziet, meer dan bij andere vormen van mishandeling, overlap met bestaande - bekende of meer zeldzame - ziektebeelden. Hierdoor wordt de differentiaaldiagnose bemoeilijkt en kan bij de behandelaar de bezorgdheid groot zijn om de ouders/verzorgers mogelijke 'valselijk' te beschuldigen van kindermishandeling terwijl er een reëel ziektebeeld speelt.
4. Bij deze vorm van KM is er, vaker dan bij andere vormen van KM, sprake van ongeloof dat ouders een rol spelen in het ziek maken van het eigen kind. Dit kan nog versterkt worden doordat de pleger een sterk appel doet op het ego van de behandelaar en hem of haar meeneemt in een situatie van 'ophemelen en diskwalificeren van voorgaande behandelaren' (Jureidini, 2003). In de tegenoverdracht van de behandelaar kunnen emoties als ongeloof, krenking, schaamte en trots, naarmate de behandelaar meer ingezogen raakt in het gezinssysteem, een objectieve beoordeling in de weg gaan staan (RCPCH, 2021).
5. Bij KMdF kan de ziektegeschiedenis op een andere manier worden weergegeven door ouders/verzorgers of verloren gaan door het bij KMdF voorkomende 'dokter shopping'. Voorbeelden hiervan zijn: de onderschatting van de rol van andere behandelaren in de keten, of doordat ouders/verzorgers geen toestemming geven voor informatie-uitwisseling. Hierdoor wordt objectivering van de ziektegeschiedenis, door bijvoorbeeld de huisarts, bemoeilijkt en kan het zicht op voorgaande diagnostiek en behandeling (inclusief de voorgeschreven medicatie) verdwijnen.

Deze module gaat in op de aandachtspunten in de samenwerking in de keten bij een vermoeden van KMdF:

- In het volgen van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) en/of het Handelingsprotocol (Baeten, 2018).
- In het kader van zowel strafbare kindermishandeling als in het kader van civielrecht ter bescherming van het kind, wanneer Veilig Thuis heeft besloten dat samenwerking in dit kader noodzakelijk is.

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Baeten P. (2018). Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019. 2018. Beschikbaar van: https://veiligthuis.nl/wp-content/uploads/2018/12/Veiligthuis-interactief-protocol_v3.pdf.

Jureidini JN, Shafer AT, Donald TG. "Munchausen by proxy syndrome": not only pathological parenting but also problematic doctoring? Med J Aust. 2003 Feb 3;178(3):130-2. doi: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05104.x. PMID: 12558485.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>

Royal College of Paediatrics and Child Health. Perplexing Presentations (PP)/Fabricated or Induced Illness (FII) in Children. Royal College of Paediatrics and Child Health Guidance. 2021 Feb. Available from: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/resources/perplexing-presentations-and-fii/>

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2009). Fabricated or induced illness by carers (FII): a practical guide for paediatricians.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Afdeling 5 (art. 7:446 tot en met 7:468 BW). 1 mei 2024. Beschikbaar van: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2012-06-13#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5.

Signalen en symptomen – herkennen van KMdF

Uitgangsvraag

Welke signalen en/of klinische symptomen zijn geassocieerd met kindermishandeling door falsificatie (KMdF)?

Aanbeveling

Maak onderscheid tussen Inconsistente Presentatie en vermoeden van Kindermishandeling door Falsificatie (KMdF). Bij een IP zijn er discrepanties en signalen die kunnen wijzen op KMdF, maar is er nog geen (serieus risico op) schade voor het kind.

Wees je bewust dat KMdF zich kan presenteren met zeer diverse symptomen in alle tracti (orgaansystemen). De symptomen van KMdF kunnen zowel lichamelijk, als psychisch als ook seksueel zijn.

Wees bewust dat signalen kunnen worden opgevangen in diverse werkvelden, zowel medisch als op school en diverse instellingen voor minderjarigen.

Wees je bewust van de alarmsignalen om KMdF te herkennen. Alarmsignalen kunnen bestaan uit discrepanties tussen heteroanamnese en presentaties van het kind, discrepanties in onafhankelijke observaties van het kind, onwaarschijnlijke beschrijvingen, onverklaarde bevindingen, en/of bepaald gedrag van ouders/verzorgers wat kan wijzen op falsificatie. Zeker bij oudere kinderen kunnen de symptomen bij het kind zodanig geïnternaliseerd zijn dat zij de terminologie van ouders overnemen.

Let op herhaaldelijke en aanhoudende presentatie van het kind. Zorgverlener en ouder komen niet tot een gedeeld ziekteconcept en er is geen ruimte om naar herstel te werken.

Zorg bij een vermoeden op KMdF voor multidisciplinaire diagnostiek en samenwerking.

Verwijs naar een kinderarts met expertise om te differentiëren tussen aanhoudende lichamelijke klachten (ALK), een IP en KMdF.

Overleg bij vermoedens van falsificatie met de vertrouwensarts, conform de [KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld](#).

Overwegingen

In een overzicht van 451 casus uit de literatuur beschrijft Sheridan (2003) veel demografische gegevens, zoals lange termijn schade bij het slachtoffer bij 7.3%, overlijden van het slachtoffer bij 6%, (gemiddelde leeftijd 18.8 maanden, vrijwel altijd jonger dan 3 jaar), overlijden van siblings bij 25% en vergelijkbare symptomen bij siblings bij 61%.

De auteur maakt een uitgebreide opsomming van symptomen. Bij overlijden valt op dat apneu het meest werd genoemd, gevolgd door voedingsproblemen, braken, convulsies en dehydratie.

Bij de daders werd depressie en persoonlijkheidsstoornissen meest frequent genoemd.

Sheridan (2003) geeft een zeer uitgebreide opsomming van de beschreven symptomen bij de slachtoffers, zonder daarbij aan te geven of deze symptomen gerelateerd waren aan de diagnose Münchhausen by Proxy. Het meest frequent ging het om apneu (N= 121, 26,8%), anorexia/voedingsproblemen (111, 24,6%), diarree (90, 20,0%), convulsies (79, 17,5%), cyanose (53, 11,7%), gedragsproblemen (47, 10,4%), astma (43, 9,5%), allergie (42, 9,3%), koorts (39, 8,6%), pijn, niet gespecificeerd (36, 8,0%).

De auteur vergelijkt deze gegevens in haar review met die van Rosenberg (1987). In deze laatste kwamen bloedingen en convulsies het meest voor.

Het kind is meestal een biologisch kind van de ouder, met een gemiddelde leeftijd <6 jaar (Korpershoek, 2004). Symptomen betreffen meestal gastro-intestinale dan wel urogenitale klachten. (Parrish, 2004). Siegel (2001) beschrijft ook met name gastro-intestinale symptomen, met braken, diarree, maar ook bloedingen, convulsies en koorts. Shaw (2008) beschrijft een breder spectrum met ook respiratoire, hematologische en neurologische symptomen, en allergieën en infecties.

Apneu als teken van KMdF kan aangezien worden voor Brief Resolved Unexplained Event (BRUE) of SIDS (Galvin, 2005).

Glaser (2019) stelt dat alarmsignalen suggestief, maar niet bewijzend zijn voor KMdF.

In Nederland vindt momenteel implementatie plaats van het Nationaal Signalerings-instrument Kindermishandeling. Dit is echter niet specifiek gericht op KMdF (Hoedeman, 2023).

Symptomen

Hierna volgen voorbeelden van symptomen per tractus, zoals ze te vinden zijn in casusbeschrijvingen in de wetenschappelijke literatuur. Vervolgens zijn deze symptomen samengevat in tabel 1. In de tabel staan bij elk symptoom een suggestie voor diagnostiek.

Het gaat hierbij om de inconsistentie van de symptomen (zie definitie IP in de inleiding), soms in combinatie met het gedrag van ouders, niet passend bij of volledig verklaard door een medische diagnose.

Alarmsignalen worden opgemerkt die kunnen passen bij falsificatie, met andere woorden, deze signalen zouden erop kunnen wijzen dat er sprake is van KMdF. Alarmsignalen kunnen bestaan uit discrepanties tussen heteroanamnese en presentaties van het kind, discrepanties in onafhankelijke observaties van het kind, onwaarschijnlijke beschrijvingen, onverklaarde bevindingen, en/of bepaald gedrag van ouders/verzorgers. Zeker bij oudere kinderen kunnen de symptomen bij het kind zodanig geïnternaliseerd zijn dat zij de terminologie van ouders overnemen. Dit kan een valkuil zijn. Hier kunnen culturele verschillen ook een rol bij spelen.

Het is belangrijk de anamnestic gepresenteerde symptomen te objectiveren.

Keel-, neus- en oorheeskunde (KNO)

Het kind kan zich presenteren met bloedingen uit oren, neus en keel, of andere onverklaarde uitvloed, niet passend bij recidiverende infecties. De bloedingen kunnen bij herhaling en zeer frequent worden gepresenteerd, zijn soms al hersteld bij presentatie, maar soms ook nog aanwezig. Bij onvoldoende verklaring kan bij laboratoriumonderzoek worden vastgesteld of de uitvloed echt bloed is en eventueel of de bloedgroep overeenkomt met die van het kind.

Voor alle onverklaarde bloedingen geldt dat intoxicatie met antistollingsmiddelen moet worden uitgesloten.

Respiratoir

Apneu is een bekende presentatie. In eerste instantie zal daarbij differentiaal diagnostisch gedacht worden aan een BRUE. Bij atypische presentatie en observatie moet gedacht worden aan manuele verstikking of intoxicatie met bijvoorbeeld ademhalingsonderdrukkende medicatie of koolmonoxide.

Daarnaast kunnen astma-aanvallen erger worden beschreven dan geobserveerd kan worden, kan er sprake zijn van hematemesis (bloed ophoesten), of wordt slaapapneu beschreven.

Cardiovasculair

Bradycardie, cardiomyopathie, hypo/hypertensie, ritmestoornissen, shock.

Indien dit niet verklaard kan worden door een somatische oorzaak denk dan met name aan intoxicaties.

Gastro-intestinaal

Buikpijn, anorexie, gastro-intestinaal bloedverlies, braken, hematemesis (bloedbraken) diarree, intestinale pseudo obstructie, oesophagusletsel/perforatie en voedingsproblemen in het algemeen.

Chronische diarree kan veroorzaakt worden door intoxicatie met laxantia of zoutvergiftiging, braken door emeticavergiftiging. Bloedbraken kan veroorzaakt worden door ingestie van bloed, al dan niet van patiënt zelf. Check ook hier weer zo nodig de bloedgroep.

Failure to thrive (groei en ontwikkelingsstoornis) kan veroorzaakt worden door manipulatie met voeding, zoals het verdunnen van flesvoeding of sondevoeding, of het laten weglopen van sondevoeding. Ook kan het gewicht door ouders die zelf de verzorging doen foutief worden doorgegeven om artsen en verpleging te misleiden.

Daarnaast rapporteren ouders veel vermeende allergieën/diëten. Of wordt vermeld dat het kind niet zelf wil eten, heeft het inmiddels al een PEG (percutane endoscopische gastrostomie) sonde gekregen, en wordt door anderen zoals school, gerapporteerd dat het kind gewoon boterhammen eet.

Urogenitaal

Bacteriurie, recidiverende urineweginfecties, hematurie, menorrhagie, gruis of nierstenen, polyurie, oedemen, waarbij geen verklarende somatische diagnose kan worden gesteld. Denk hierbij bij onvoldoende verklaring en onvoldoende reactie op therapie aan de mogelijkheid van het induceren van symptomen

Ook kan seksueel misbruik worden voorgewend, bijvoorbeeld in situaties van complexe echtscheiding.

Neurologisch

Een bekende presentatie zijn convulsies, anamnestic of ook bij presentatie. Er kan sprake zijn van verbale falsificatie maar ook inductie; zoals door intoxicatie met middelen zoals fenothiazines, koolmonoxide, zout, sulfonyleureum, tricyclische antidepressiva, insuline of alcohol. Ook moet gedacht worden aan afdrukken van de carotis of smoren waardoor asfyxie.

Centraal zenuwstelsel depressie kan ook veroorzaakt worden door meerdere vormen van intoxicatie of verstikking.

Daarnaast onder meer gerapporteerde hoofdpijn, hyperactiviteit, prikkelbaarheid, syncope, zwakte, slaapstoornissen en gedragsproblemen.

Bloedingen

Bloedingen kunnen in elke tractus zich voordoen. Indien geen medische verklaring, onder andere is er geen sprake van een stollingsstoornis, moet gedacht worden aan intoxicaties met bijvoorbeeld rattengif (warfarine), fenoltaline, exogeen aangebracht bloed, aderlating of aangebrachte andere stoffen, zoals verf, cacao, waardoor het beeld lijkt op een onderhuidse bloeditstorting.

Huid

Behalve bloedingen kan er sprake zijn van abscessen, (geïnfecteerd) eczeem, brandwonden, rash of excoriaties. Denk aan toebrengen van bijtende stoffen op de huid. Denk bij huidverschijnselen in de differentiaal diagnose eraan dat het geen kindermishandeling door falsificatie hoeft te betreffen maar dat zelf toegebracht letsel door automutilatie bij kinderen met psychische problematiek kan spelen.

Koorts/infectieus

Koorts is een veelgenoemd symptoom. Pas op voor falsificeren van de temperatuur of van de overzichtskaarten.

Denk bij onvoldoende verklaring en onvoldoende reactie op therapie aan contaminatie met geïnfecteerd materiaal uit speeksel, feces, vuil water, vaginaal secreet, pus, en zelfs verf of koffie op en in bloed, huid, botten, blaas, sondes en intraveneuze lijnen. Dit kan zich uiten in als (herhaalde, niet op therapie reagerende) bacteriëmie, sepsis, urineweginfectie, lijninfectie, osteomyelitis et cetera.

Musculoskeletaal

Artralgie, artritis, gewrichtsluxaties, pijn in de extremiteiten, functieverlies, rolstoelafhankelijkheid, bedlegerigheid, ontwikkelingsachterstand, stijfheid.

Hierbij wordt vaak gerapporteerd door ouders dat het kind slechts korte afstand kan lopen, snel uitgeput is, en/of veel pijn heeft, maar wordt op school geobserveerd dat het kind in de pauze buiten speelt, normaal meedoet met leeftijdsgenootjes en ook de gymles normaal kan volgen.

Bij de multidisciplinaire benadering vanuit de pijnteam moet er aandacht zijn voor onverklaard slechte respons op behandeling en/of discrepanties, omdat dit kan wijzen op KMdF.

Metabool/endocrien

Allerlei elektrolytstoornissen, zoals hyper- en hyponatriëmie, hyper- en hypokaliëmie, alkalose, acidose, hyperglycemie, hypoglycemie, glucosurie, dehydratie et cetera, zonder plausibele verklaring of als biochemische onmogelijkheid.

Overlijden

Bij onverklaard overlijden moet altijd de volledige voorgeschiedenis worden uitgevraagd en gecheckt op onverklaarde eerdere presentaties, overlijden van broertjes en zusjes (bijvoorbeeld SIDS) en hoort toxicologisch onderzoek van bloed en urine tot de work up.

Meest voorkomende doodsoorzaken bij KMdF zijn verstikking en intoxicatie, doch ook metabole ontregeling en sepsis horen tot de doodsoorzaken.

Kinderpsychiatrische symptomen

Ouders kunnen melding maken van eerder gestelde diagnoses zoals attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), dyslexie, dyscalculie, obsessieve-compulsieve stoornis (OCD), autismespectrumstoornis (ASS), chronische moeheid en concentratieproblemen.

Overweeg falsificatie wanneer ouders herhaaldelijk melding maken van psychiatrische symptomen of diagnoses, waarvoor geen medisch psychiatrische indicatie wordt gevonden, en daarvoor hulp zoeken die schadelijk lijkt te zijn voor de gezondheid en ontwikkeling van het kind. Het is essentieel na te gaan wie welke diagnoses heeft gesteld en wat het effect is geweest van therapie/begeleiding en toestemming te vragen informatie op te vragen.

Familie/gezin

Onverklaarde ziekte en overlijden in het gezin en psychopathologie bij ouders kunnen een signaal zijn van KMdF.

Signalen op school (zie ook module Exploreren vermoeden KMdF)

Frequent schoolverzuim (vaak zonder betrokkenheid van jeugdgezondheidszorg (JGZ) en/of leerplicht), aangepast lesrooster, niet mee gymmen, niet buiten spelen, discrepanties in gedrag met wat ouders beschrijven en de noodzaak tot hulpmiddelen zonder voor school duidelijke indicatie, zoals speciale stoel, rustplek op school, gebruik van rolstoel en andere hulpmiddelen.

Signalen vanuit de revalidatie

Kinderen met chronische problematiek worden regelmatig verwezen naar de revalidatie en scholen voor chronisch zieke kinderen. Dit is bij uitstek een plek om discrepanties in beleving van het ziektebeeld van het kind thuis en in de instelling te objectiveren en bespreekbaar te maken.

Tabel 1. Overzicht symptomen (Reece, 2001; van de Putte, 2024)

<u>Symptoom</u>	<u>Methode (simulatie of inductie)</u>	<u>Diagnostiek</u>
<u>BRUE</u>	<u>Manuele verstikking</u>	<u>Betrappen</u> <u>Patiënt heeft afdruk op de neus</u> <u>ECG recorder</u> <u>Videobewaking</u>
<u>Apneu</u>	<u>Vergiftiging door medicatie of bijvoorbeeld koolstofmonoxide, verstikking</u>	<u>Toxicologie bloed/maaginhoud/urine/iv vloeistof</u>

<u>Symptoom</u>	<u>Methode (simulatie of inductie)</u>	<u>Diagnostiek</u>
<u>Convulsies</u>	<u>Verbale falsificatie</u> <u>Vergiftiging</u> <u>Verstikking/druk op carotis</u>	<u>EEG</u> <u>Serum elektrolyten</u> <u>Toxicologisch onderzoek</u> <u>ECG recorder</u> <u>MRI hersenen</u> <u>Videomonitoring</u> <u>(per exclusionem)</u>
<u>Diarree</u>	<u>Laxantia</u> <u>zoutvergiftiging</u>	<u>Toxicologie in feces/urine/excreta in luier</u> <u>Maaginhoud</u>
<u>Braken</u>	<u>Emeticavergiftiging</u> <u>Injectie van lucht in voedingssonde</u> <u>Verbale falsificatie</u>	<u>Toxicologie maaginhoud en bloed/urine</u> <u>Directe observatie</u>
<u>Sufheid/Centraal Zenuwstelsel depressie</u>	<u>Intoxicatie met verschillende medicamenten</u>	<u>Toxicologisch onderzoek bloed/urine/maaginhoud/iv vloeistof/haar</u>
<u>Bloedingen</u>	<u>Warfarine (rattengif)</u> <u>Overige medicatie</u> <u>Exogeen bloed aangebracht</u> <u>Aderlating van het kind</u> <u>Andere stoffen aangebracht zoals verfstoffen, cacao</u>	<u>Toxicologie</u> <u>Bloedgroeptypering</u> <u>Punctieplaatsen zichtbaar</u> <u>Uitslag weg te wassen</u>
<u>Huiduitslag/letsels/hematomen</u>	<u>Vergiftiging</u> <u>Krabben of krassen</u> <u>Aanbrengen bijtende middelen</u> <u>Denk differentiaal diagnostisch aan automutilatie</u>	<u>Assay, wegwassen</u> <u>Psychologisch onderzoek</u>
<u>Koorts</u>	<u>Contaminatie met geïnfecteerd materiaal: saliva, feces, vuil, koffie, vaginaal secreet</u>	<u>Betrapt</u> <u>Lijn niet goed afgeplakt</u> <u>Type micro-organisme</u> <u>Separatie</u> <u>Exclusie</u>

<u>Symptoom</u>	<u>Methode (simulatie of inductie)</u>	<u>Diagnostiek</u>
	<u>Falsificeren van temperatuur en/of overzichtskaart</u>	<u>Objectief nameten door verpleegkundige</u> <u>Kopiëren overzichtskaart</u>
<u>Failure to Thrive (groei en ontwikkelingsachterstand)</u>	<u>Geen/minder voeding geven</u> <u>Voeding manipuleren</u>	<u>Groecurves opvragen</u> <u>Separatie met observatie voeding en groei</u>
<u>Pijn/musculoskeletaal</u>	<u>Aanpraten, verzinnen, manipuleren, verergeren van de eventueel reële klachten, onvoldoende reactie op behandeling door pijnteam</u>	<u>Objectiveren bij separatie</u> <u>Mobiliseren door fysiotherapeut</u> <u>Observaties op school, revalidatie et cetera</u>
<u>Metabool/endocrien</u>	<u>Vergiftiging</u> <u>Toedienen medicatie zoals insuline</u>	<u>Laboratoriumonderzoek</u> <u>Toxicologisch onderzoek</u>
<u>Elektrolytstoornissen</u>	<u>Vergiftiging</u> <u>Toedienen medicatie</u>	<u>Laboratoriumonderzoek</u> <u>Toxicologisch onderzoek</u>
<u>Gedragsproblemen/psychiatrische symptomen</u>	<u>Aanpraten, verzinnen</u> <u>Overdrijven reële problemen</u>	<u>Kinderpsychiatrisch onderzoek</u> <u>Observaties op school, revalidatie et cetera</u>
<u>Overlijden</u>	<u>Intoxicatie</u> <u>Verstikking</u> <u>Dehydratie, ondervoeding</u>	<u>Toxicologisch onderzoek</u> <u>Laboratoriumonderzoek</u> <u>MRI hersenen/total body/NODOK procedure</u> <u>Infectiologisch onderzoek</u> <u>Uitgebreide tijdslijn/Voorgeschiedenis</u>
<u>KNO, onverklaarde pijn of uitvloed (bloed, pus)</u>	<u>Mechanisch, manipulatie, aanbrengen vreemde stof</u>	<u>Reactie op therapie, onderzoek onder narcose, analyse uitvloed</u>
<u>Cardiovasculair, ritmestoornissen, shock</u>	<u>Intoxicaties waardoor elektrolytstoornissen of cardiodepressie; dehydratie/shock</u>	<u>Cardiagnostiek, bepaling elektrolyten, toxicologisch onderzoek; reactie op therapie en al dan niet herhaling in aanwezigheid van ouders.</u>
<u>Allergieën</u>	<u>Anamnestic, verzinnen</u>	<u>Discrepancies bij allergologisch onderzoek</u>

<u>Symptoom</u>	<u>Methode (simulatie of inductie)</u>	<u>Diagnostiek</u>
<u>Urogenitale symptomen</u>	<u>Urine vermengen met andere materialen</u>	<u>Discrepanties bij herhaaldelijk urineonderzoek, Discrepanties bij al dan niet onder toezicht Plassen en urine opvangen voor onderzoek</u>
<u>Vermoeden seksueel misbruik</u>	<u>Signalen verzinnen, verkeerd interpreteren, met als doel te falsificeren</u>	<u>Gesprek met gespecialiseerd team/psycholoog</u>
<u>Schoolverzuim, gebruik hulpmiddelen op school</u>	<u>Verzinnen, aanpraten</u>	<u>Observaties op school</u>

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

De klinische presentatie van slachtoffers van KMdF is zeer divers. In de praktijk is een IP vaak het eerste signaal voor een vermoeden van KMdF. Symptomen doen zich voor in alle somatische tracti, maar ook in gedrag/psychische/psychiatrische problemen, in combinatie met het gedrag daaromtrent van ouders. Vaak is er sprake van herhaaldelijke en aanhoudende presentatie van het kind. Zorgverlener en ouder komen niet tot een gedeeld ziekteconcept en er is geen ruimte om naar herstel te werken. Iedere zorgprofessional die met kinderen werkt kan hiermee in aanraking komen. Vaak is een niet-pluis gevoel het begin van de signalering, waarna dit verder onderbouwd moet worden. Dit vraagt multidisciplinaire diagnostiek en samenwerking zoals besproken in meerdere modules van deze richtlijn, met name module Medische work-up bij vermoeden van KMdF.

Er is onderscheid te maken tussen de signalen van ouders en signalen/symptomen van de kinderen. Deze worden in deze module beschreven. De zorgverlener gaat niet over de motivatie van ouders. Dit is aan Veilig Thuis, de GGZ en/of uiteindelijk de rechter.

Onderbouwing

Achtergrond

Zoals beschreven in de eerdere modules is de presentatie van slachtoffers van KMdF zeer divers. Zoals beschreven in module Definities in de literatuur is in deze richtlijn **KMdF** gedefinieerd als: een vorm van kindermishandeling waarbij somatische of psychische symptomen van een kind worden gefingeerd, gefalsificeerd of toegebracht door de ouder of verzorger. Dit veroorzaakt een situatie waarin een kind wordt **geschaad**, nu of in de toekomst, door falsificerend gedrag van een ouder/verzorger betreffende het verstoorde welzijn van het kind op lichamelijk of psychisch vlak, mentaal welbevinden dan wel neurocognitieve ontwikkeling.

Dit moet onderscheiden worden van een **Inconsistente Presentatie** (IP) ofwel Perplexing Presentation (PP). Dit betreft een situatie waarbij signalen worden opgemerkt die verklaard kunnen worden door meerdere oorzaken waaronder KMdF. Bij een IP wordt significante schade aan het kind na een gebruikelijke medische work-up nog niet vermoed en/of er is nog geen sprake van daadwerkelijke significante schade.

De term “IP van het kind” is overgenomen uit de Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) Richtlijn (2021) en wordt beschreven als de situatie(s) waarbij:

1. Signalen worden opgemerkt die kunnen passen bij een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie, met andere woorden, deze signalen zouden erop kunnen wijzen dat er sprake is van KMdF. Signalen kunnen bestaan uit discrepanties tussen heteroanamnese en presentaties van het kind, discrepanties in onafhankelijke observaties van het kind, onwaarschijnlijke beschrijvingen, onverklaarde bevindingen, en/of bepaald gedrag van ouders/verzorgers.
2. Een IP onderscheidt zich van een presentatie met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) waarvoor geen somatisch substraat wordt vastgesteld (voorheen somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, SOLK), door deze opgemerkte signalen voor falsificatie.
3. Hierbij lijkt er bij een IP nog geen significante schade bij het kind opgetreden, vastgesteld middels een gebruikelijke medische work-up, bestaande uit (hetero-) anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullende diagnostiek (denk aan schoolverzuim, staken sociale activiteiten, bedlegerigheid, gebruik hulpmiddelen et cetera). De staat van het kind met betrekking tot het lichamelijke, psychische en mentale welbevinden en de neurocognitieve ontwikkeling is nog niet geheel vastgesteld, maar er wordt ingeschat dat er geen direct ernstig risico bestaat op ernstige schade voor de gezondheid en het welzijn van het kind.

De term KMdF sluit eveneens aan bij de RCPCH-Richtlijn (2021).

1. De term KMdF beschrijft situaties waarin een kind (mogelijk) wordt geschaad door gedrag van een ouder/verzorger. Doel van dit gedrag is om zorgprofessionals te overtuigen van het verstoorde welzijn (of meer verstoorde welzijn dan in werkelijkheid het geval is) van het kind op lichamelijk, psychisch of mentaal vlak, dan wel betreffende de neurocognitieve ontwikkeling. KMdF is een direct gevolg van handelingen, gedrag of overtuiging van ouder(s) of verzorger(s), en de respons van dokters hierop; het kind wordt daarbij op fysiek en/of psychosociaal vlak geschaad. Het is daarbij van belang om op te merken dat volgens de door de RCPCH gehanteerde definitie, de ouders/verzorgers niet noodzakelijk de intentie hebben om te bedriegen, en dat hun motief niet altijd duidelijk is.
2. Wat KMdF onderscheidt van IP, is de reactie van ouders/verzorgers op een voorstel om van de medische onderzoeksfase over te gaan naar de fase gericht op herstel van het kind. Wanneer er sprake is van KMdF dan kan door de behandelaar opgemerkt worden dat ouders/verzorgers persisteren in hun zoektocht om meer onderzoeken en diagnoses te overwegen, dat zij meerdere medische meningen/second opinion van specialisten zoeken, en/of dat zij niet participeren in het herstelproces van het kind. Ook kan gezien worden dat ouders/verzorgers het moeilijk vinden als het kind beter om kan gaan met gezondheidsproblemen. Bij KMdF zijn de bij IPs beschreven discrepanties persistent en onopgelost, kan het verwachte herstelproces staken en loopt het kind hierdoor schade op. Wat KMdF onderscheidt van medische verwaarlozing bij niet participeren in het plan voor herstel is het feit dat de arts meent dat er aanwijzingen zijn die kunnen passen bij falsificatie.

De zorgverlener die een vermoeden van KMdF heeft, heeft de expertise van een vertrouwensarts nodig om het vermoeden op KMdF meer of minder waarschijnlijk te maken, te verwerpen of vast te stellen, conform de KNMG-meldcode (zie [module Exploreren vermoeden KMdF](#) en [module Onderzoek en opstellen van een](#)

veiligheidsplan). Daarnaast moet men rekening houden met meerdere ethische en juridische aspecten (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

In strafrechtelijk dan wel civiel rechterlijk kader kan het oordeel bij de kinderrechter liggen.

Het onderzoek naar motieven bij de vermoedelijke pleger wordt door de vertrouwensarts gedaan binnen het kader van onderzoek door Veilig Thuis. Een zorgprofessional heeft als taak te signaleren dat er bij een kind een vermoeden is van onverklaarde klachten welke mogelijk zouden kunnen passen in het kader van verwaarlozing dan wel mishandeling door een ouder/verzorger. Van de zorgprofessional die het kind behandelt, wordt niet verwacht dat men zich bezighoudt met de intentie/motivatie van de pleger, dit is immers een taak van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Veilig Thuis en Justitie. De motivatie valt daarom ook niet onder de definitie van zowel de term IP als de term KMdF.

In de RCPCH Richtlijn worden twee motieven bij ouders benoemd:

Ten eerste de ouder die voor zichzelf aandacht zoekt, en hieruit psychosociale en/of materiele winst verkrijgt. Hieronder ook begrepen de continue nabijheid van het (zieke) kind.

Ten tweede de ouder die sterk vasthoudt aan onjuiste interpretatie van het ziektebeeld en hardnekkig daaraan blijft vasthouden, (met schade voor het kind als gevolg) ondanks negatieve bevindingen bij onderzoek en regelmatig gesteund door (foutieve) informatie op internet en sociale media.

Dit is niet gelijk aan de situatie dat ouders en arts het niet eens zijn over een behandeling.

Er is sprake van aanhoudende presentatie van het kind. Zorgverlener en ouder komen niet tot een gedeeld ziekteconcept en er is geen ruimte om naar herstel te werken

Rosenberg en Sheridan (2003) onderzochten kenmerken van plegers van KMdF. Zij vonden in respectievelijk 98% en 76.5% de moeder als pleger, en respectievelijk 30% en 14.2% dat deze een medische achtergrond had. Tot 30% had zelf een onduidelijk ziektebeeld verdacht voor (in de oude term) Munchausen Syndroom en 22.8% een psychiatrische diagnose, meest frequent depressie of persoonlijkheidsproblematiek. In 22% was er een voorgeschiedenis van huiselijk geweld. Ouders hebben vaak zelf ook een dik medisch dossier. Zie verder module Definities in de literatuur en module Medische work-up bij vermoeden van KMdF.

Symptomen en signalen bij het kind kunnen zeer divers zijn en vrijwel alle orgaansystemen betreffen. Vaak zijn er multiële klachten aanwezig en kan er tevens sprake zijn van een objectiveerbaar vast te stellen medische diagnose, waarbij de symptomen vaak ernstiger worden gepresenteerd dan medisch te verwachten is, of minder goed reageren op therapie dan verwacht. Daarnaast kan er sprake zijn van presentatie met gedragsproblemen en psychiatrische symptomen.

De differentiaaldiagnose is zeer breed en omvat onder andere een objectief vast te stellen somatisch ziektebeeld, een psychiatrisch ziektebeeld, SOLK/ALK, IP, fysieke kindermishandeling en verwaarlozing, seksueel misbruik en nagebootste stoornis door het kind zelf.

In module Medische work-up bij vermoeden van KMdF wordt ingegaan op de diagnostische work-up door met name de kinderarts bij signalen of symptomen die zouden kunnen passen bij IP of KMdF.

Deze module beschrijft signalen en symptomen die in alle werkvelden kunnen worden gesignaleerd. De meeste literatuur concentreert zich op de praktijk van de kinderarts, maar signalen kunnen ook worden

opgemerkt in de eerste lijn en tweede lijn, in de GGZ, bij de revalidatie en in het onderwijs. Overleg tussen professionals uit verschillende werkvelden kan veel informatie opleveren, mede ook doordat in sommige werkvelden meer bekend is over het gehele gezin.

De criteria die door Veilig Thuis worden gebruikt om tot de diagnose KMdF te komen worden beschreven in module Criteria voor het vaststellen van KMdF.

Samenvatting literatuur

Recognition and determination of abuse by PCF

The recognition and determination of Munchausen's Syndrome by Proxy (MSbP), now known as abuse by PCF is difficult, as no single characteristic or profile of the carer or child is sufficient for confirmation, while also large differences between situations exist (Parrish, 2004; Shaw, 2008; Siegel, 2001). Fabrication of child illness is proven by circumstantial evidence rather than direct evidence (Shaw, 2008). However, there are still several characteristics which are more common in either the carer or the child, although diagnosis rather applies to the carer compared to the child (Parrish, 2004). Likewise, several warning signs and criteria have been reported in order to give guidance for establishing the presence of abuse by PCF.

Characteristics of carer and child

It is known that the carer is usually female, with in large majority of cases the mother of the child (American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), 2017; Korpershoek, 2004; Shaw, 2008; Siegel, 2001). Likewise, the RCPCH mentions that the mother of the child is nearly always involved, while the father is less often involved (or absent), and when involved, he rarely acts solely (RCPCH, 2021). The non-perpetrating parent is rarely present during the treatments (Parrish, 2004). The carer usually has a coexisting personality disorder, including mostly cluster B disorders, like borderline, sociopathy (APSAC, 2017; Korpershoek, 2004) or depression (Korpershoek, 2004; Shaw, 2008). Commonly, the carer also has knowledge on or even a background and interest in medical care (Ayoub, 2002; Korpershoek, 2004; Parrish, 2004; Shaw, 2008). The carer is often hypervigilant, insisting on participating in the procedures, with for example bringing medicines from home and not leaving the hospital, and contrary to expectation, the carer's level of anxiety may actually increase with the child's medical improvement (Parrish, 2004). Furthermore, the carer often tries to maintain a(n unusual) close relationship with the medical staff (Siegel, 2001; Parrish, 2004).

Several other possible characteristics of the carer include family histories with psychological disorders or sudden childhood deaths, difficult relations with the spouses, reporting of dramatic/unrealistic events, describing experience with rare medical conditions in the past, similar to the current condition of the child, and reporting prior medical records which could confirm or preclude diagnostic impressions either as missing or somehow unavailable. The carer may become defensive or hostile if the information s/he provides is questioned or proven inaccurate. With respect to the relationship with the child, the carer demonstrates either an absence of responsibility or expression of concern for the child, welcoming even invasive or painful diagnostic or surgical procedures for the child (Ayoub, 2002; Korpershoek 2004; Parrish, 2004; Shaw, 2008), or demonstrates overprotection of and strong attachment to the child (Parrish, 2004; Shaw, 2008; Siegel, 2001).

Korpershoek (2004) mentions that Libow and Schreier (1986) developed a classification system by which the

carers (phrased as 'perpetrators' in the review) can be divided into three categories: active inducers, help seekers and doctor addicts. The first group actively induces illness by poisoning, suffocating or else. The carer is seen as trustworthy and cooperative, although they may respond with denial and anger if confronted with their behavior. Often, they tend to not show up for an intervention. A common characteristic is a disturbed marital status. Siegel (2001) reports this type of abuse as 'extreme PCF'. Help seekers differ from active inducers in terms of less severe and less frequent symptoms; they present with fictitious child illness. The motivation of help seekers is seen as driven by a need to communicate exhaustion, distress, or feelings of inadequacy. They don't show a strong attachment to the medical system. Doctor addicts are seen as looking for treatment for fictitious child illness, with presenting themselves as unable to acknowledge their behavior or motivation when treatments are presented. They are often older, tend to lack insight and often appear as less cooperative and being more suspicious compared to active inducers. Doctor addicts tend to react much more to the child's medical condition compared to the emotional status. Shaw (2008) mentions only the categories 'active inducers' and 'doctor addicts' as subgroups. Ayoub (2002) also mentions these subgroups, though not explicitly.

The child is in most cases the biological child of the carer, with a mean age of less than six years (Korpershoek, 2004). There is no overrepresentation of one gender (Korpershoek, 2004; Siegel, 2001). Symptoms in children are mostly related to the gastrointestinal or genitourinary system; fictitious psychiatric symptoms are less common (Parrish, 2004). Siegel (2001) also reports mostly symptoms related to the gastrointestinal system, including diarrhea and vomiting, but also bleeding, seizures and fever. Shaw (2008) mentions a much wider range of clinical manifestations, including respiratory, hematologic, and neurological manifestations, as well as allergies and infections. Apnea is also a common presentation form of abuse by PCF (Galvin, 2005; Siegel, 2001). This can mimic an apparent life-threatening event (ALTE) or sudden infant death syndrome (SIDS; Galvin, 2005).

Alerting signs

Several recent reviews and guidelines described lists of alerting signs indicating the possibility of abuse by PCF. Some, like the RCPCH, distinguish between alerting signs concerning the child and its condition and alerting signs regarding the behavior of the carer. Following this distinction, these are all alerting signs combined as mentioned by the APSAC (2017), Glaser (2019), the RCPCH (2021), and Tully (2021):

Alerting signs concerning the child's condition:

- Symptoms not observed independently in their reported context: Reported symptoms or behaviors that are not congruent with observations. For example, the carer says the child cannot eat, and yet the child is observed eating without the adverse symptoms reported by the abuser.
- Discrepancy between the carer's reports of the child's medical history and the medical record.
- Symptoms not corroborated by the child.
- Reported symptoms or observed signs not explained by child's known medical condition.
- Some characteristics of the child's illness may be physiologically impossible e.g., persistent negative fluid balance, large blood loss without drop in hemoglobin.
- Physical examination and results of investigations do not explain reported symptoms or signs.
- Unusual results of investigations. Laboratory findings that do not make medical sense, are clinically

impossible or implausible, or identify chemicals, medications, or contaminants that should not be present. An example is a serum sodium level that is not clinically within reason.

- Inexplicably poor response to medication or procedures.
- Unexplained worsening of symptoms or new symptoms that correlate with abuser's visitation or shortly thereafter.
- Symptoms disappear or improve when carer is absent.
- Conditions or illnesses significantly improve or disappear in one child and then appear in another child, such as when another child is born, and the new child begins to have similar or other unexplained symptoms.
- Restriction of child's daily life, including school attendance, social isolation, and activities that are not justified by any known disorder, possibly including the use of wheelchairs and other aids.
- Repeated or unexplained changes of school (including home schooling), of general practitioner (GP) or of pediatrician/health team.

Alerting signs concerning the carer:

- Carer(s) insistent on more, clinically unwarranted, investigations, referrals, continuation of or new treatments (sometimes based on internet searches) instead of focusing on symptom alleviation when results of examination and investigations have already shown not to explain the reported symptoms or signs.
- Pressing for irreversible or drastic treatment options where the clinical need for this is in doubt or based solely on parental reporting.
- Not able to accept reassurance or recommended management.
- Repeated reporting of new symptoms.
- Frequent presentations of the child to and attendance at medical settings including Emergency Departments.
- Seeking opinions from multiple doctors.
- Insists on referral to "top" experts.
- Carer flatters doctors who comply but angry, threatening and disengages if challenged.
- Frequent vexatious complaints about professionals.
- May become litigious or threaten to report doctor to the medical disciplinary committee.
- One carer is the sole source of information.
- Not letting the child be seen on their own. Talking for the child/child repeatedly referring or deferring to the parent.
- Another carer is absent.
- Reports that the other carer is not involved, does not want to be involved, and is not reachable.
- Reluctance to provide medical records, claims that past records are not available.
- Refuses permission to medical providers to discuss care or share information about child with previous or concurrently treating medical providers.
- Providing reports by doctors from abroad which conflict with national medical practice.
- Often paradoxically poor compliance with medical advice and multiple failed appointments, often due to cancellations.
- Factual discrepancies in statements that the parent makes to professionals or others about their child's illness.

- A parent, child, or other family member expresses concern about possible falsification or high-healthcare utilization.
- Observations of clear falsification or induction by the carer. This may take the form of false recounting of past medical recommendations, test or exam results, conditions, or diagnoses.

In addition to the above, APSAC (2017) mentions the following alerting signs, not observed in either the child or the reporting carer:

- Other individuals in the home or the carer have or have had unusual or unexplained illnesses or conditions.
- Animals in the home have unusual or unexplained illnesses or conditions, possibly similar to the child's presentation (e.g., seizure disorder).

Another specific alerting sign mentioned by Siegel (2001) that needs to be considered, is that abused children can become tolerant for the painful procedures carried out by the carer/parent. Furthermore, older children might even collude with the carer as they cannot distinguish the reality of their symptoms anymore, or they fear abandonment if not 'helping' the carer with the fabrication of the symptoms (Siegel, 2001).

A single alerting sign unlikely indicates possible abuse by PCF. It is important to look for other signs and their severity as well (Glaser, 2019; RCPCH, 2021). Alerting signs by themselves do not amount to fabrication but mandate further investigation to establish the actual state of health of the child (RCPCH, 2021; Siegel, 2001). Glaser suggests to initially regard alerting signs as a perplexing presentation instead of indication of abuse by PCF. However, if alerting signs are accompanied by indicators of deception, possible induction of illness by the parent/carers or indicators of other significant harm, a referral to children's social care is required, according to the safeguarding procedures (Glaser, 2019).

Criteria

As said earlier, alerting signs themselves are no evidence for the presence of abuse by PCF. Criteria for establishing the presence of abuse by PCF have been suggested but are still under debate and the most recent criteria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 (American Psychiatric Association (APA), 2013) are meant to diagnose persons (carers) with "Factitious Disorder Imposed on Another" (FDIA; APA, 2013; in APSAC, 2017; Mart, 2002; Shaw, 2008), not criteria for establishing the presence of abuse of a child by PCF.

Rosenberg (1987) developed the following criteria for abuse by PCF (or rather MSbP), with the need of all of them to be present (in Frye, 2012; Korpershoek, 2004; Mart, 2004; Meadow, 2002; Shaw, 2008):

1. Illness in a child which is simulated (faked) and/or produced by a parent or someone who is in loco parentis.
2. Presentation of the child for medical assessment and care, usually persistently, often resulting in multiple medical procedures.
3. Denial of knowledge by the perpetrator as to etiology of the child's illness.
4. Acute symptoms and signs of the abate when the child is separated from the perpetrator.

Rosenberg excluded cases of physical abuse only, sexual abuse only, and nonorganic failure to thrive only.

Furthermore, Rosenberg rejected the idea that a psychiatric or motivational component should be part of MSbP, stating the difficulty in differentiating between MSbP and intentional poisoning, infanticide, pathological doctor shopping, extreme parental anxiety, or thought disorder, and considering the probability that the underlying psychology overlapped (Mart, 2004; Meadow, 2002).

Mart (2002) mentions that Morley (1995) criticized the criteria as they are subject to misinterpretation. The example given here is that a patient (and carer) might visit a doctor frequently due to inexperience and anxiety or due to actual medical problems. This is supported by Korpershoek (2004), who reports that it is essential to distinguish between a concerned parent, a delusional parent and abuse by PCF. Shaw (2008) reports that abuse by PCF is on the extreme end of parental behavior surrounding illness of child(ren). Simple anxiety, neglect of the child or keeping the child dependent at home are situations in which abuse PCF does not take place (Shaw, 2008). It has been argued that leaving out the motivational component hampers the correct identification of cases and adequate management, including treatment choices for both victim and abuser, and possible legal steps to be taken (Frye, 2012; Korpershoek, 2004; Mart, 2004; Meadow, 2002; Roesler, 2018). Even though the motivation of the carer may be difficult to determine, these authors agree that the use of abuse by PCF/MSBP should be limited to the precise form of abuse in which active deception is involved and the primary motive of emotional gratification can be established (Meadow, 1995, and Rand and Feldman, 1999; in Frye, 2012). Including a motivational component as a fourth criterium and combining Rosenberg's criteria two and three, Meadow redefined the MSbP criteria (Meadow, 2002):

1. Illness fabricated (faked or induced) by the parent or someone in loco parentis.
2. The child is presented to doctors, usually persistently; the perpetrator (initially) denies causing the child's illness.
3. The illness goes when the child is separated from the perpetrator.
4. The perpetrator is considered to be acting out of a need to assume the sick role by proxy or as another form of attention seeking behavior.

However, according to the DSM-5 (APA, 2013), specification of a certain type of internal motivation (attention, sick role, or other) is not required to diagnose FDIA, but it must be clear that the psychological needs of the perpetrator have taken precedence over the needs of the victim to pave the way for them to harm their victim in order to have those needs met. DSM-5 criteria for FDIA:

- A. Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, in another, associated with identified deception.
- B. The individual presents another individual (victim) to others as ill, impaired, or injured.
- C. The deceptive behavior is evident even in the absence of obvious external rewards.
- D. The behavior is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder.

While disregarding the motivational component, the DSM-5 did increase the emphasis on deception (which is conscious, carefully planned and concealed) as the cornerstone of the disorder and subsequently, a need to identify deception as part of the FDIA evaluation process (APSAC, 2017).

Rosenberg (2003; in Shaw, 2008) labels four possible categories of criteria to establish abuse by PCF,

depending on the level of confidence in the diagnosis/determination of abuse by PCF. When inclusion diagnostic criteria are met, there is undeniable evidence of abuse by PCF, such as a videotape of an act in the hospital, or clear proof of a change of laboratory specimens. With exclusion diagnostic criteria met, abuse by PCF is established because all other explanations of the child's condition have been considered and set as not possible. When there are possible diagnostic criteria present, this means that PCF is one of multiple diagnoses that could explain the symptoms of the child. Further diagnostic processes are required in this case. Lastly, inconclusive diagnostic criteria indicate the inability to either eliminate or establish abuse by PCF, even though all possible investigations and tests have been performed (Shaw, 2008).

Glaser proposes to revise the current procedures in order to recognize a wider range of cases as PP or fabricated or induced illness (FII). Glaser suggests that the following criteria (adapted from the International Classification of Disease, Eleventh Revision (ICD-11)) could be used to redefine the characteristics of PP/FII. These criteria were proposed for 'bodily distress disorder' to replace somatoform disorders. The overall intention is that these would be mostly pediatric criteria focused on the presented illness in the child and not a label to refer to the carer:

- Presence of child symptoms that are distressing to the carer.
- The carer's response to the symptoms appears excessive and disproportionate in relation to the nature, impact and progression of the child's symptoms or any confirmed physical illness in the child.
- Excessive carer attention is focused on these symptoms, manifested by repeated contact with doctors, including tests and treatments that may be unnecessary and harmful to the child.
- The carers' excessive responses to the child's symptoms are not alleviated by appropriate examination of the child, reassurance, tests or treatments where needed (however, tests and treatments should not usually be carried out purely to provide reassurance to the carer).
- The child's symptoms (whether reported by the carer or observed due to induced illness) are persistent or relapsing and remitting, and lead to significant functional impairment. There is a risk of harm caused either directly by the carer or indirectly by the doctor.
- The symptoms may be multiple and may vary over time. On the resolution of one symptom another may appear. Different children in the same family may be presented at different times.
- There may or may not be evidence of the carer causing or creating the child's illness through apparently deliberate action (if present this would always require statutory intervention).
- The child may continue to exhibit emotional and physical consequences of the condition even after separation from the carer.

Process of assessing possible abuse by PCF

The process establishing abuse by PCF (after suspicion) has been described by several papers. The RCPCH (2021) focusses specifically on the precursing PP and reports that the essence of management is to establish the child's current physical and psychological health as quickly as possible, as well as the family context. Glaser (2019) adds to this that also all involvement with health services needs to be determined. Several steps need to be taken by the pediatric consultant after suspicion of PP (RCPCH, 2021):

- Obtain the medical history of the child, including from other consultants, general practitioners, with a request for clarification of what has been reported and observed.
- Ascertain who has given the reported diagnoses and on what basis they have been made.

- Consider admission of the child for direct observations, including the child's input and output where relevant (stool, feeding, administration of medication, pain level, sleep et cetera)
- Determine whether further referrals and/or investigations by others specialist are needed.
- Obtain information from the child's state and activity, including school attendance, emotional and behavioral state, mobility, and any use of aids. It is preferred to explain the parents the need for obtaining this information.

With respect to the parents, the RCPCH (2021) mentions that the pediatric consultant should obtain history and observations from all caregivers of the child, including the parents as well as others who had an important caregiving role. Their views (fears, hopes et cetera) for their child's health, as well as sources of support should be explored. Significant history surrounding the birth of the child should be verified from the relevant clinician (if applicable). Also, the wellbeing of potential siblings should be ascertained. The pediatric consultant should determine whether early help services or children's social care is already involved or has been in the past. These professionals should then be involved in the discussion around the health concerns. Lastly, it should be explored whether early help and/or referral to children's social care (by means of a Child in Need basis) is needed (RCPCH, 2021).

The RCPCH (2021) also mentions that, with respect to the child, the pediatric consultant should explore the views of the child with the child alone (RCPCH, 2021). This may be done using specific tools, including feelings posters and top tips for doctors, developed by the RCPCH in order to let children express their feelings more easily. The views on symptoms, but also the belief of the child about the nature of the illness as well as worries, wishes and the overall mood can be determined independently from the parents in these consultations. Differences in communication (verbal and non-verbal) between consultants with or without the parent can be observed (RCPCH, 2021).

According the RCPCH (2021), consensus about the child's health status needs to be reached by all health professionals that are involved with the child and his/her family, after the medical and psychosocial review. This also includes professionals who have observations about the child in educational and children's social care setting, if applicable. The consensus meeting should be chaired by a doctor or clinician with no direct involvement to preserve objectivity. The parents need to be informed about the meeting and they should receive the conclusions of the meeting. Besides, they should be able to discuss these conclusions and contribute to the next steps (RCPCH, 2021).

The APSAC (2017) has a largely comparable recommendation, but specifically points out to regularly communicate with the caregivers about findings and recommendations. Furthermore, they mention that all history of symptoms or disability reported by the family of the child should be considered as possibly inaccurate (APSAC, 2017). Caution is also needed with respect to medical investigations, as the child's family cannot be relied upon in preparation of these investigations. The APSAC (2017) mentions a toxicology screen before manometry as an example, to test for ingestion of gut-altering compounds.

Furthermore, the APSAC (2017) mentions that video surveillance of hospitalized children could support and act as evidence for diagnosis. This has also been mentioned by Shaw (2008) and Siegel (2001), although they also report that this type of surveillance might be unethical. The more recent guideline of the RCPCH (2021)

mentions that covert video surveillance is now rarely used in the United Kingdom (UK). In contrast, Abeln (2018) mentions that audio and video surveillance are commonly used in the United States of America (USA).

According to Siegel (2001), hospitalization in general as part of the diagnosis is an option for diagnostic separation, by which the child is temporarily placed in foster care. This 'separation test' was proposed by Jones (1986; in Pankratz, 2010). He stated that the test would be essential in order to check for the fourth criterium of Rosenberg (disappearance of symptoms in the child after separation from the carer). However, the test is disputed.

Problems with assessing possible abuse by PCF

The alerting signs and defining criteria for abuse by PCF are still evolving, but tests for specificity and sensitivity have not been carried out in a prospective way. Glaser (2019) mentions that epidemiological studies are urgently needed to understand the recognition of abuse by PCF. Mart (2002), Rogers (2004), Shaw (2008) and Pankratz (2010) warn that the symptoms and characteristics are so nonspecific that the amount of 'false positives' is likely to be quite high. Rogers (2004) also stresses that it is a research priority to establish the symptoms and other characteristics that reliably differentiate FDIA (or abuse by PCF) from other disorders. A prototypical analysis in which experts are asked to quantify the salience and representativeness of different criteria in relationship to FDIA/abuse by PCF is suggested as a useful method to identify the core symptoms of FDIA/abuse by PCF that differentiate it from (a) other forms of child abuse, (b) other types of dysfunctional parents, and (c) other genuine conditions that imitate FDIA (Rogers, 2004).

Apart from the difficulty that abuse by PCF cannot be established easily by means of large heterogeneity in situations and characteristics and lack of scientific support for defining criteria, several other practical problems are present. One problem is that many professionals only see a few cases throughout their career, which limits learning and understanding the syndrome (Siegel, 2001). Furthermore, doctors and other people involved can be susceptible to the carers. It might be hard for them to believe that a parent would fabricate or induce illness in their own child, but also because of the difficulty in accepting their own inability to solve their patient's disorder (Shaw, 2008; Siegel, 2001). Besides, they are trained to trust the histories given by their patients (Shaw, 2008; Siegel, 2001). On the other hand, the label of abuse by PCF might also be used too early when no other satisfactory medical explanation of the condition is found. Mart (2002) warns that alerting signs are not supported by evidence and are often confused and treated by doctors as diagnostic signs instead of as an indication for further thorough investigation. An extra problem is that establishing abuse by PCF usually requires agreement and collaboration of multiple physicians and other specialists, and the involvement of multiple facilities (Siegel, 2001). This all results in a time-consuming process of up to a year or even longer (Korpershoek, 2004; Siegel, 2001). In addition, the medical staff often experiences extreme stress due to high emotional situations, difficult interactions, and disagreements with patients' carers or even with colleagues (Siegel, 2001). Still, cooperation of the health care, protective services and legal systems is crucial with respect to diagnosis and treatment of PCF (Shaw, 2008; Siegel, 2001).

That methods to gather "hard evidence" of abuse by PCF, such as the separation test, have been criticized for being unethical poses another problem. According to Pankratz (2010), the separation test is problematic as children must be removed from their carers (as check for the fourth criterium) before abuse by PCF is actually established. Pankratz (2010) says that it is important that the medical work-up should be finished before

accusing a carer of child abuse. Moreover, she says the test is “seldom used to evaluate alternative hypotheses”, often leads to false accusations, and is “often nothing more than seriously contaminated evidence that should have no standing in court.” According to Pankratz, the test has been misused in many cases in a way that makes the mother appear not worthy to regain custody of the child while the goal should be to protect children and not to punish parents. To protect the parent-child relationship and to obtain unbiased information, she, just as the RCPCH and APSAC, stresses the importance of the involvement of a multidisciplinary team in the assessment of possible abuse by PCF “to provide independent perspectives from the viewpoint of different professional domains” as well as the early involvement of patient and carers, informing them and express concerns instead of working ‘secretly’ (Pankratz, 2010).

Lastly, no specific screening tools for abuse by PCF have been mentioned in literature, although there are still some screening tools for child abuse in general. A review by McTavish (2020) investigated to what extent child abuse was falsely suspected or missed by two different screening tools, including the SPUTOVAMO (Soort letsel, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijd, Oorzaak, Veroorzaker, Andere aanwezigen, Maatregelen genomen en Oude letsels) checklist and the Escape instrument. McTavish concludes, although with low certainty evidence, that both screening tools result in a high number of cases in which child abuse is falsely suspected as well as a high number of cases of child abuse being missed.

In conclusion, the literature stresses the importance of awareness of the possibility of abuse by PCF, including it in the differential diagnosis when noticing alerting signs, and when suspected, the necessity of rigorous investigation, including information from all angles, medical files and input from all relevant parties involved. However, the literature also reveals that although many alerting signals have been presented by multiple authors, definite criteria for the determination of abuse by PCF are still under debate and evidence for these criteria is missing. Furthermore, reliable screening tools or conclusive diagnostic tests to aid in the investigation process are not yet available.

Zoeken en selecteren

The databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) were searched with relevant search terms from the year 2000 until May 24th, 2022. The detailed search strategy is depicted under the tab Methods. This broad literature search resulted in 659 unique hits. Studies already found in the orientational literature search for module Definities in de literatuur were subtracted resulting in 523 new unique hits. Studies were selected based on the following criteria:

- They should be published since the year 2000 until May 24th, 2022.
- Be in line with our research questions pertaining to the modules about signs and symptoms (recognition of abuse by pediatric condition falsification, PCF) and criteria (determination of the presence of abuse by PCF) of this guideline, primarily module Signalen en symptomen – herkennen van KMdF (current module) and module Criteria voor het vaststellen van KMdF.
- And add to the relevant information found in the previous literature search for module Definities in de literatuur.

A total of 7 publications were selected based on title and abstract screening. After reading the full text, 3 were selected and 4 were excluded (see the table with reasons for exclusion under the tab Methods). After scanning the reference lists of the included publications, 1 additional publication was added (McTavish, 2020).

In the end, 4 publications adding to the previous search were included.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Abeln B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nurs Clin North Am.* 2018 Sep;53(3):375-384. doi: 10.1016/j.cnur.2018.04.005. PMID: 30100003.
- American Professional Society on the Abuse of Children. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children; 2017. Available from: <https://apsac.org/wp-content/uploads/2023/05/Munchausen-by-Proxy-Clinical-and-Case-Management-Guidance-.pdf>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Ayoub CC, Schreier HA, Keller C. Munchausen by proxy: presentations in special education. *Child Maltreat.* 2002 May;7(2):149-59. doi: 10.1177/1077559502007002007. PMID: 12020071.
- Erye EM, Feldman MD. Factitious disorder by proxy in educational settings: A review. *Educational psychology review.* 2012;24(1), 47-61. doi: 10.1007/s10648-011-9180-9.
- Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr.* 2005 Apr;17(2):252-7. doi: 10.1097/01.mop.0000158729.18551.dd. PMID: 15800422.
- Glaser D, Davis P. For debate: Forty years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 2: Management of perplexing presentations including FII. *Arch Dis Child.* 2019 Jan;104(1):7-11. doi: 10.1136/archdischild-2016-311326. Epub 2018 Apr 4. PMID: 29618483.
- Hoedeman F, Puiman PJ, van den Heuvel EAL, Affourtit MJ, Bakx R, Langendam MW, van de Putte EM, Russel-Kampschoer IMB, Schouten MCM, Teeuw AH, de Koning HJ, Moll HA. A validated Screening instrument for Child Abuse and Neglect (SCAN) at the emergency department. *Eur J Pediatr.* 2023 Jan;182(1):79-87. doi: 10.1007/s00431-022-04635-0. Epub 2022 Oct 5. PMID: 36198865; PMCID: PMC9534589.
- Jones JG, Butler HL, Hamilton B, Perdue JD, Stern HP, Woody RC. Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl.* 1986;10(1):33-40. doi: 10.1016/0145-2134(86)90029-3. PMID: 3955426.
- Korpershoek M, Flisher AJ. Diagnosis and management of Munchausen's Syndrome by Proxy. *J Child Adolesc Ment Health.* 2004 Jul 1;16(1):1-9. doi: 10.2989/17280580409486557. PMID: 25860892.
- Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry.* 1986 Oct;56(4):602-611. doi: 10.1111/j.1939-0025.1986.tb03493.x. PMID: 3789106.
- Mart EG. Munchausen's Syndrome (Factitious Disorder) by Proxy: A Brief Review of Its Scientific and Legal Status. *Sci Rev Ment Health Pract.* 2002;1:55-61.
- Mart EG. Factitious disorder by proxy: A call for the abandonment of an outmoded diagnosis. *The Journal of Psychiatry & Law,* 2004;32(3), 297-314. doi: 10.1177/009318530403200303.
- McTavish JR, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor JCD, McKee C, MacMillan HL. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC Pediatr.* 2020 Mar 7;20(1):113. doi: 10.1186/s12887-020-2015-4. PMID: 32145740; PMCID: PMC7060650.
- Meadow R. Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl.* 2002 May;26(5):501-8. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00326-5. PMID: 12079086.
- Morley CJ. Practical concerns about the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child.* 1995 Jun;72(6):528-9; discussion 529-30. doi: 10.1136/adc.72.6.528. PMID: 7618942; PMCID: PMC1511116.
- Pankratz L. Persistent problems with the "separation test" in Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Psychiatry &*

Law. 2010;38(3);307-323. doi: 10.1177/009318531003800305.

Parrish M, Perman J. Munchausen Syndrome by Proxy: Some Practice Implications for Social Workers. *Child Adolesc Social Work J.* 2004;21(2);137-154. doi: 10.1023/B:CASW.0000022728.04135.1f.

Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases. *Harv Rev Psychiatry.* 1999 Jul-Aug;7(2):94-101. PMID: 10471247.

Reece RM, editor. *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

Roesler TA. Medical Child Abuse: What Have We Learned in 40 Years? *Current Treatment Options in Pediatrics.* 2018;4(3);363-372. 10.1007/s40746-018-0136-x.

Rogers R. Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse Negl.* 2004 Feb;28(2):225-38. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.08.004. PMID: 15003404.

Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl.* 1987;11(4):547-63. doi: 10.1016/0145-2134(87)90081-0. PMID: 3322516.

Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl.* 2003 Apr;27(4):421-30. doi: 10.1016/s0145-2134(03)00029-2. PMID: 12686327.

Royal College of Paediatrics and Child Health. Perplexing Presentations (PP)/Fabricated or Induced Illness (FII) in Children.

Royal College of Paediatrics and Child Health Guidance. 2021 Feb. Available from:

<https://childprotection.rcpch.ac.uk/resources/perplexing-presentations-and-fii/>

Shaw RJ, Dayal S, Hartman JK, DeMaso DR. Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification. *Harv Rev Psychiatry.* 2008;16(4):215-24. doi: 10.1080/10673220802277870. PMID: 18661364.

Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl.* 2003 Apr;27(4):431-51. doi: 10.1016/s0145-2134(03)00030-9. PMID: 12686328.

Siegel TP, Fischer H. Munchausen by Proxy Syndrome: Barriers to Detection, Confirmation, and Intervention. *Child Serv: Social Pol Res and Practice.* 2001;4(1):31-50. doi: 10.1207/S15326918CS0401_3

Tully J, Hopkins O, Smith A, Williams K. Fabricated or induced illness in children: A guide for Australian health-care practitioners. *J Paediatr Child Health.* 2021 Dec;57(12):1847-1852. doi: 10.1111/jpc.15663. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34310788.

Van de Putte EM, Russel IM, Teeuw AH, editors. *Medisch handboek kindermishandeling, tweede herziene druk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2024.

Exploreren vermoeden KMdF

Uitgangsvraag

Hoe kunnen we de signalering van een Inconsistente Presentatie (IP) en een vermoeden van falsificatie verbeteren?

Welke aandachtspunten zijn er voor de jeugdarts bij de aanpak van een IP en een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF)?

Voor de definities van IP en KMdF zie module Definities in de literatuur.

Aanbeveling

Maak gebruik van erkende interventies om risico- en beschermende factoren bij de ouder te onderzoeken.

Werk samen met huisarts en kinderarts en onderhoud deze samenwerking.

Vraag toestemming aan ouders(s)/ verzorger(s) voor overleg met collega's-behandelaar van het kind. Zie module Juridische en medisch-ethische aspecten.

Zorg dat je laagdrempelig bereikbaar bent voor scholen en goed gepositioneerd. Realiseer je dat je vaak de enige medische partner bent, maak gebruik van deze expertise en zorg dat de partners ook jou hierbij goed gebruiken.

Spreek ouder en kind waar mogelijk en in ieder geval boven 12 jaar apart.

Betrek de informatie van school/kinderdagopvang bij uw afweging, met aandacht voor discrepanties met het door ouders geschetst beeld.

Doe een uitgebreide inventarisatie van de oorzaak van het verzuim en maak gebruik van het biopsychosociaal model.

Wees erop bedacht dat ook bij potentieel ernstige aandoening (somatisch en/of psychiatrisch) of SOLK/ALK een vermoeden van KMdF kan voorkomen.

Wees erop bedacht dat opvallende vragen om verwijzing en wisselingen van huisarts en specialist signalen kunnen zijn van IP/KMdF.

Draag zorg voor een zorgvuldige documentatie van alle feitelijkheden, vermijd subjectiviteit en interpretaties.

Volg de stappen van de KNMG-meldcode.

Overwegingen

Er is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd voor deze module. Wel zijn in module Signalen en symptomen – herkennen van KMdF signalen en symptomen uitgewerkt. In deze module wordt specifiek ingegaan op signalen en symptomen die bij de jeugdarts naar voren kunnen komen bij IP die leidt tot vermoedens van KMdF.

Signalen die kunnen wijzen op een IP/KMdF

Signalen rechtstreeks bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ)

- Er wordt door ouders of school vaker gevraagd om extra consulten bij de jeugdarts, waarbij de discrepantie tussen de door ouder verwoorde klachten en de bevindingen bij onderzoek door de jeugdarts opvallen.
- Adviezen worden vaker dan gemiddeld niet opgevolgd, dit kan zich bijvoorbeeld ook uiten in dat de ouder in plaats van de verwijzing naar een erkende praktijk voor een niet-geregistreerde zorgverlener kiest.
- Ouder is moeilijk gerust te stellen en dringt steeds aan op nader onderzoek.
- IP: ook bij een reeds bekende chronische ziekte kunnen nieuwe klachten gemeld worden die op een IP wijzen.
- Jeugdarts constateert dat er regelmatig gewisseld wordt van huisarts/praktijk.
- Ouder dringt aan op second, third, et cetera opinion, als in tweede lijn geen verklaarbare somatische of psychische/psychiatrische diagnose is gesteld.
- Ouder geeft geen toestemming het kind alleen te spreken.
- Medisch onverklaarde failure to thrive (groei- en ontwikkelingsachterstand) kan een alarmsignaal zijn.
- Opvallende interactie tussen ouder en kind, bijvoorbeeld:
 1. Ouder neemt het woord waardoor het kind onvoldoende de eigen antwoorden kan geven.
 2. Discrepantie in verhaal ouder en kind, of vader en moeder onderling.
 3. Het kind onttrekt zich verbaal en non-verbaal aan het gesprek.

Signalen vanuit scholen en partners

Signalen die bij de JGZ binnenkomen vanuit scholen kunnen zijn:

- Het kind wordt vaker dan gemiddeld ziekgemeld op school.
- Het kind is vaker dan gemiddeld afwezig op school vanwege doktersbezoek.
- Vraag om aanpassingen voor het kind zoals verzuim van gymles of liftpas zonder dat daar een passende verklaring voor lijkt te zijn.
- Aandoeningen die bij scholen vragen oproepen (IP bij het kind), dit kan ook gaan om leerproblemen.
- Opvallende interactie tussen ouder en kind.
- Discrepanties in het beeld zoals gezien op school en het door ouder geschetst beeld.
- Aanpassingen in roosters, gebruik van rolstoel of spalken zonder dat daarvoor een jeugdarts, kinderarts of andere relevante hulpverlener is geraadpleegd moeten als een alarmsignaal worden beschouwd.

NB Geen enkel signaal is specifiek en kan vele andere oorzaken hebben.

Het is belangrijk om alle bevindingen zorgvuldig en feitelijk te noteren in het dossier. Welke informatie heb je

zelf gezien en gehoord, wat was een mededeling en wie deed de mededeling: ouders of kind. Ook informatie van school en informatie uit gevoerde overleggen moet zorgvuldig gedocumenteerd worden in het dossier, het is daarbij belangrijk om school te wijzen dat de informatie genoteerd wordt in het dossier. Zeker als er een diagnose in het dossier wordt genoteerd, moet er genoteerd worden of dit een medegedeelde diagnose is of vastgesteld door specialist.

Hoe komt signaal binnen?

Vanaf de zwangerschap zijn er meerdere reguliere contactmomenten bij de jeugdgezondheidszorg; gemiddeld 15 in de eerste 4 jaar inclusief prenataal contact. De JGZ maakt gebruik van diverse interventies in de eerste levensmaanden, waarbij actief risico- en beschermende factoren bij de ouder en het gezin worden onderzocht. Tijdens de contactmomenten kunnen meerdere signalen opvallen, zoals discrepantie tussen door ouder geschetst beeld en bevindingen bij onderzoek en aandringen op verwijzing en second, third opinie (zie hierboven). Medisch onverklaarde failure to thrive (groei- en ontwikkelingsachterstand) moet gezien worden als een alarmsignaal.

Vanaf de basisschoolleeftijd zijn er minder reguliere momenten waarop kinderen gezien worden door de JGZ. De JGZ is in die leeftijdsgroep wel een belangrijke samenwerkingspartner voor scholen en andere ketenpartners, zoals leerplicht. De jeugdarts zal daarom vooral signalen van een IP krijgen via school of leerplicht. Ook kunnen ouders vragen om extra contactmomenten voor bijvoorbeeld een verwijzing naar de tweede lijn.

Aandachtpunten voor de samenwerking van de JGZ met scholen en andere ketenpartners

Het is belangrijk dat de JGZ zich goed positioneert op scholen en aandringt op het betrekken van de JGZ bij verhoogd ziekteverzuim, zodat scholen ook gebruik maken van de expertise van de JGZ. Leerkrachten en mentoren zullen dan bij signalen op school laagdrempelig contact met de JGZ zoeken. Er kunnen op alle leeftijden ook signalen binnenkomen via andere partners zoals kinderopvang en sociale wijkteams.

Vanuit de JGZ wordt in de samenwerking met scholen en leerplichtambtenaren vaak een vaste systematiek gebruikt om ziekteverzuim vroegtijdig aan te pakken. Doel hierbij is om oorzaken van het verzuim te inventariseren en mee te denken met oplossingen. Een veel gebruikte methode in Nederland is de bewezen effectieve methode medische advisering ziekgemelde leerlingen (MAZL). Dit betekent dat als scholen een verhoogd of een afwijkend ziektepatroon signaleren, zij een aanmelding doen bij de jeugdarts. In deze aanmelding beschrijft school (met toestemming van kind en ouder) hun bevindingen.

De jeugdarts inventariseert samen met kind en ouder systematisch en uitgebreid alle oorzaken van het verzuim, waaronder voorgeschiedenis, leefstijl en contacten binnen en buiten het gezin. Hierbij overlegt de jeugdarts regelmatig met andere behandelaars. Vervolgens adviseert de jeugdarts kind, ouder en school bij het vervolg en monitort dit vervolg. JGZ-organisaties die geen MAZL uitvoeren volgen vaak een sterk vergelijkbare methodiek.

Mogelijke vervolgstappen

Het is belangrijk dat jeugdartsen als zij zelf of via een partner een signaal krijgen dat kan wijzen op een IP een systematische aanpak volgen.

In deze systematische aanpak is het belangrijk om bij alle IPs de problematiek inclusief voorgeschiedenis

goed en systematisch uit te vragen, te controleren met het dossier en waar mogelijk te overleggen met andere zorgverleners, zoals huisarts en kinderarts, in principe met toestemming van ouders. Beschrijf ook (met vermelding van broncontact) welke discrepanties bijvoorbeeld in het gedrag van het kind met of zonder ouder worden waargenomen door andere professionals zoals de leerkracht. Leg alle bevindingen feitelijk en zorgvuldig vast in het dossier, beschrijf wat je zelf hebt gezien of gehoord en beschrijf daarbij bijvoorbeeld los van elkaar de uitingen van de ouder en het kind, beschrijf bijvoorbeeld ook woordgebruik door het kind dat kan wijzen op beïnvloeding door de ouder. Onderzoek actief de interactie tussen ouder en kind en het contact van kind en ouder met de jeugdarts. Leg alle bevindingen zo feitelijk mogelijk vast in het dossier. Denk aan discrepanties tussen ouder en kind in houding ten aanzien van de ernst van de klacht en ouder die het woord doet voor het kind. Spreek ouder en kind waar mogelijk en ieder geval boven 12 jaar apart. Als er signalen zijn van falsificatie, overleg dan onmiddellijk met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en start de KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

Probeer bij een IP, waarbij er voldoende onderzoek is geweest om ernstige problematiek uit te sluiten, in eerste instantie gezond gedrag te stimuleren, klachten te normaliseren en demedicaliseren. Gebruik hiervoor zo nodig een erkend gespreksmodel.

Als de IP blijft, ga dan opnieuw in overleg met huisarts en kinderarts en bespreek samen welke interventie passend is, bijvoorbeeld meer gericht op ALK/SOLK, en overweeg te overleggen met een vertrouwensarts conform de KNMG-meldcode (KNMG, 2023). Als er onvoldoende verbetering lijkt te komen of er lijkt veel te worden vertraagd door de ouder, betrek dan altijd de vertrouwensarts van Veilig Thuis.

Jeugdartsen kunnen in alle stadia overleggen met Veilig Thuis, bij voorkeur met een vertrouwensarts. Dit kan ook gaan om advies bij te volgen stappen en documenteren van de signalen. Volg altijd de KNMG-meldcode (KNMG, 2023). Jeugdartsen kunnen ook scholen of andere partners adviseren contact op te nemen met Veilig Thuis en in een geval van IP te vragen naar de vertrouwensarts. Wijs scholen en andere professionals erop dat zij ook verplicht zijn de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) te volgen.

Onderbouwing

Achtergrond

In de eerste lijn, bijvoorbeeld bij jeugdarts, kunnen al signalen worden waargenomen die op een IP en/of een vermoeden van KMdF zouden kunnen wijzen (definities zie [module Definities in de literatuur](#)). De signalen en vermoedens ontstaan bij jeugdartsen meestal na langere tijd, doorgaans na onderzoek. De discrepantie tussen de klachten en de negatieve bevindingen bij onderzoek vallen in eerste instantie op. De kracht van jeugdartsen is dat zij gezinnen en kinderen gedurende meerdere jaren volgen en de context van het systeem rond het kind kennen.

Voor de jeugdarts zijn met name de signalen van een IP een reden tot alertheid. Het bespreekbaar maken van de discrepantie tussen anamnese, symptomen en onderzoeksbevindingen met de ouders en zo mogelijk het kind is een logische vervolgstap. Deze is gericht op herstel en normaliseren van het leven van het kind. Hiervoor zal in de meeste gevallen een verwijzing naar de kinderarts noodzakelijk zijn. Bij een IP is de impact van de klachten op het dagelijks leven van het kind relatief groot, niet passend bij de vaak wisselende

klachten; daarnaast is de impact op het kind niet gemakkelijk te beïnvloeden. Bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)/aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) speelt er een meer consistente bezorgdheid over het kind. Om het verschil tussen een IP en SOLK/ALK vast te stellen is overleg en verwijzen naar de kinderarts nodig (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2018). Wanneer bij een kind waar een IP speelt vermoedens van falsificatie bij het kind ontstaan, is direct overleg met de vertrouwensarts noodzakelijk conform de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023)).

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij kinderen. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2018. Beschikbaar van: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/solk_bij_kinderen/definitie_solk_bij_kinderen.html

Medische work-up bij vermoeden van KMdF

Uitgangsvraag

Welke aandachtspunten moeten door de kinderarts in de medische work-up (inclusief inwinnen expertise) opgenomen worden bij een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF), naast een gebruikelijke kindergeneeskundige work-up en aanvullend op de standaard aandachtspunten die bij een vermoeden van andere vormen van kindermishandeling spelen?

Aanbeveling

Algemeen

Weeg bij het medisch handelen doorlopend steeds af wat het effect op de veiligheid van het kind kan zijn, en welke schade er eventueel door kan ontstaan. Zet dit af tegen de informatie over de gezondheidstoestand of verbetering van de gezondheidstoestand die met het medisch handelen wordt verkregen of zou kunnen worden verkregen.

Overleg de casus in een vroeg stadium geanonimiseerd met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en met experts op het gebied van kindermishandeling door falsificatie (KMdF) (denk hierbij aan het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK)) en experts met relevante subspecialistische kennis. Overweeg een kinder- en jeugdpsychiater te betrekken.

Stop zo mogelijk alle lopende behandelingen die tot schade zouden kunnen leiden totdat duidelijk is waar het om gaat.

Zorg voor voldoende tijd om de medische work-up te kunnen uitvoeren en beslis of de work-up poliklinisch dan wel (deels) klinisch moet plaatsvinden.

Deel in de meeste gevallen in de eerste fase van de work-up het vermoeden van KMdF niet met de betrokkenen omdat dit tot schade en onveiligheid bij de patiënt kan leiden. Een moreel beraad en geanonimiseerde casusbespreking met de vertrouwensarts van Veilig Thuis kan hierbij steunend zijn. Betrek laagdrempelig de raad van bestuur/gemandateerde medische directie bij deze beslissing.

Denk aan een eventuele noodzaak tot onmiddellijke bescherming van het kind, bijvoorbeeld in de volgende situaties:

1. Directe observaties van inductie van ziekte bij het kind door de ouder/verzorger.
2. Een ouder/verzorger die rommelt met de medische apparatuur/medicatie et cetera.
3. Duidelijke misleiding door de ouder/verzorger met aanwijzingen voor een onmiddellijk risico voor de gezondheid of zelfs het leven van het kind.

Overleg onmiddellijk de geanonimiseerde casus met de vertrouwensarts van Veilig Thuis (stap 2KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld) en meldt bij overeenstemming over acuut gevaar bij Veilig Thuis (conform afwegingskader stap 5 KNMG-meldcode).

Weiger een second opinion wanneer u niet de beschikking krijgt over alle voorgaande medische informatie, biedt daarbij wel aan dat de ouder(s)/kind aanvullingen kunnen geven op de voorgaande medische informatie.

Stel een regiebehandelaar aan. Zorg daarbij voor intercollegiale toetsing, werk liefst in teamverband. Besteed extra aandacht aan geheimhoudingsplicht teamleden.

Anamnese

Anamnese algemeen

- Check het gezag.
- Spreek het kind en de ouder(s)/ verzorger(s) gezamenlijk maar ook apart van elkaar, bereid dit goed voor (zie module Communicatie met het kind en module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden).

Speciële anamnese

- Zorg voor een uitgebreide anamnese en exploreer volgens het SCEGS-model.
- Richt de anamnese niet op de eventuele motieven van een eventuele pleger, dit behoort niet tot de taak van de arts van het kind.

Medische voorgeschiedenis inclusief zwangerschap en partus

- Vraag uitgebreid na vanaf zwangerschap tot heden.
- Vraag zorgvuldig na waar het kind is geweest voor diagnostiek en behandeling, vraag wat er is onderzocht, vraag de diagnose, de behandelingen en het effect ervan zorgvuldig na. Vraag de mening van de ouder over de geboden zorg. Vraag ook naar niet-reguliere zorg.

Medicaties-vaccinaties-allergie

- Maak een overzicht van alle medicatie nu en in de voorgeschiedenis.
- Leg ook vast tot welke beperkingen allergieën hebben geleid.

Familieanamnese

- Vraag alle medicatie na die door familieleden wordt gebruikt.
- Let op de volgende punten:
 1. Ouder vermeldt (zeer) ernstige, (oninvoelbare) symptomen bij zichzelf.
 2. (Onbegrepen) overlijden van broertjes/zusjes.

Psychosociale anamnese kind en ouder(s)

- Vraag naar risicofactoren voor kindermishandeling.
- Vraag naar betrokken hulpverlening/ bescherming nu en in verleden.
- Vraag naar functioneren kind op alle gebieden: cognitief/sociaal-emotioneel in alle milieus waar het kind

komt.

- Vraag naar effect klachten op gezinsleden.

Overweeg de online in te vullen Kindtool 'Mijn Positieve Gezondheid' (Kindtool Mijn Positieve Gezondheid) in te laten vullen door het kind. Besef wel dat het mogelijk is dat een kind wordt beïnvloed bij het online invullen.

Observatie

Verwoordt waarnemingen die tijdens observatie worden gedaan zoveel mogelijk objectief. Het gaat om waarnemingen betreffende interactie en het gedrag van kind en ouder(s) en om waarnemingen betreffende de relatie met het medisch team.

Lichamelijk onderzoek

Verricht een grondig lichamelijk onderzoek inclusief top-teen inspectie. Maak daarbij lichtfoto's van letsel/huidafwijkingen volgens de NFI-Richtlijnen.

Let op:

1. Aanwijzingen voor somatische ziektebeelden.
2. Discrepanties bij aan- afwezigheid ouder.

Differentiaaldiagnose

Overleg met collega's met expertise op het gebied van KMdF maar ook met collega's met specifiek op de casus toepasbare subspecialistische kennis. Denk aan de mogelijkheid advies te vragen bij het LECK (www.leck.nu).

Aanvullend onderzoek

Algemeen

Overweeg de geanonimiseerde casus voor te leggen aan de vertrouwensarts van Veilig Thuis alvorens informatie te verzamelen uit de voorgeschiedenis en andere aanvullende diagnostiek af te spreken.

Informatie voorgeschiedenis verzamelen

- Vraag toestemming conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) voor alle informatieverzameling bij artsen, andere hulpverleners of docenten/medewerkers kinderopvang.
- Leg ook telefonisch contact met voorgaande artsen en vraag na of er is gedacht aan KMdF.
- Maak een duidelijke tijdslijn, onderstaand schema is daarbij behulpzaam.

Datum	Locatie en professional	Reden consult/ opname/ telefonisch consult	Gerapporteerde signalen/ symptomen door verzorger (naam)	Objectieve waarnemingen door arts/ professional	Conclusie arts/ professional	Advies en Behandeling	Effectiviteit	Overig

- Overleg de geanonimiseerde casus met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en met collega experts

wanneer geen toestemming wordt verkregen.

Maak bij voorkeur een plan voor aanvullende diagnostiek wanneer alle informatie uit de voorgeschiedenis is verzameld.

Organiseer zo nodig een, voor nog niet eerder betrokken artsen, multidisciplinair overleg met voorgaande behandelaren en voor de geanonimiseerde casus relevante subspecialistische experts alvorens een plan op te stellen. Denk aan betrekken van de vertrouwensarts.

Blijf als regiebehandelaar verantwoordelijk.

Overleg altijd met experts alvorens diagnostiek van meer invasieve/belastende aard in te zetten, denk aan het LECK.

Denk aan toxicologie, niet alleen van lichaamsmateriaal, en opslaan van materialen voor eventueel later te bepalen testen.

Denk zorgvuldig na over en betrek zo nodig de vertrouwensarts bij communicatie over de uitkomst van het multidisciplinair overleg (MDO) richting gezaghebbenden/kind gezien eventuele risico's.

Bijzondere methoden van aanvullende diagnostiek bij een blijvend vermoeden na voorgaande work-up

- Overweeg een separatietest bij een klachtenpatroon wat zich continue of met een frequentie van tenminste eenmaal per week/twee weken voordoet. Dit kan in vrijwillig kader of met kinderbeschermingsmaatregelen. Laat dit vooraf gaan door een geanonimiseerde casusbespreking met de vertrouwensarts van Veilig Thuis. Bespreek de casus ook met raad van bestuur/medische directie.
- Weeg voor- en nadelen af van een eventuele klinische opname zonder separatie.
- Bereid de opname goed voor met het team en met kind en gezaghebbenden.

Aanvullend onderzoek met verborgen videomonitoring als diagnostisch instrument (CVS)

- Overweeg CVS alleen wanneer er geen ander realistisch alternatief onderzoek bestaat waarmee het vermoeden kan worden aangetoond of verworpen en nadat open videomonitoring is overwogen en ongeschikt bevonden.
- Laat CVS kan alleen plaatsvinden na zorgvuldig moreel beraad waarin medisch-ethische aspecten en juridische aspecten worden doorgesproken. De raad van bestuur (of gemandateerde medische directie) dient bij dit overleg te worden betrokken en uiteindelijk toestemming te geven.
- Regel een goede technische en personeelsplanning bij CVS. Heb daarbij aandacht voor intervisie.
- Zie voor juridische aspecten module Juridische en medisch-ethische aspecten.

Het stellen van de 'diagnose'

Stel het liefst in consensus vast of er wel of geen vermoeden van KMdF bestaat middels een multidisciplinaire consensus bijeenkomst met experts waaronder de vertrouwensarts en relevante subspecialisten, indien van toepassing betrokken verpleegkundigen, paramedici, medewerkers pedagogische dienst, maatschappelijk werkenden of betrokken psychologen/kinder- en jeugdpsychiaters. Overweeg de huisarts en/of jeugdarts te

betrekken. Betrek altijd een kinderarts met expertise op het gebied van kindermishandeling/KMdF.

Vraag toestemming van gezaghebbenden conform de WGBO voor deelname van artsen buiten het directe behandelteam.

Bespreek de geanonimiseerde casus bij aanwezigheid van de vertrouwensarts wanneer nog geen melding heeft plaatsgevonden.

Probeer consensus te bereiken over de volgende punten:

1. Het vermoeden van KMdF blijft bestaan of het vermoeden van KMdF wordt verworpen?
2. Is er sprake van een medische aandoening die al dan niet de medische klachten verklaard?
3. Is de situatie al dan niet levensbedreigend?

Probeer eveneens consensus te bereiken over:

1. Voldoende uitgevoerd aanvullend onderzoek?
2. Is er sprake van (risico op) schade patiënt of andere kinderen in het gezin?
3. Wat er nodig is om het kind te beschermen voor schade en wat heeft het gezin nodig om beter te gaan functioneren?
4. Wat zijn de elementen van een plan tot herstel?
5. Ondervindt het kind geen schade tijdens de uitvoering van het behandelplan?

Doorloop stap 2 en 5 van de KNMG-meldcode bij bezorgdheid over schade of actuele schade. Ook wanneer de ouder/verzorger niet moedwillig falsificeert maar oprecht gelooft in ziekte kan er significante schade ontstaan.

Maak een stappenplan wanneer geen consensus kan worden bereikt.

Communicatie met kind en gezaghebbenden

Vraag geanoniseerd advies aan de vertrouwensarts van Veilig Thuis en bij een collega met expertise, en zo nodig ook de raad van bestuur/medische directie alvorens de conclusie van de consensus diagnose bijeenkomst bij een blijvend vermoeden van KMdF te delen met gezaghebbenden/kind.

Inventariseer vooraf zorgvuldig de risico's die dit voor alle betrokkenen met zich mee zou kunnen brengen en tref voorzorgmaatregelen (zie module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden).

Leg de focus van het gesprek op twee punten:

1. Alles doen wat in het beste belang van het kind is.
2. De veiligheid van het kind.

Denk ook aan zorgvuldige communicatie als het vermoeden van KMdF wordt verworpen en betrokkenen waren op de hoogte van het vermoeden, geef volledige uitleg en van het medisch handelen en heb aandacht voor gevoelens ouders- kind. Zie module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden.

Probeer het kind in een rol te plaatsen waarbij het op het eigen niveau kan deelnemen aan beslissingen over gezondheid en veiligheid (zie module Communicatie met het kind). Zie ook aanbevelingen onder Algemeen.

Informeren huisarts en zo nodig andere professionals

Vraag toestemming conform de WGBO.

Informeer de huisarts zorgvuldig en continue, mondeling zowel als schriftelijk, vanwege de lange relatie die de huisarts met alle betrokkenen onderhoudt. Alleen op deze manier is de huisarts in staat alle betrokkenen te ondersteunen en goed samen te werken met alle betrokken partners.

Weeg bij ontbreken van toestemming af of dit kan leiden tot schade voor het kind, ga naar stap 2 van de KNMG-meldcode.

Dossiervoering

Maak zorgvuldige notities in het dossier van alle onderdelen van de gehele medische work-up, en van alle gesprekken met gezaghebbenden, het kind, andere professionals, MDO's et cetera.

Geef duidelijk de bron van iedere afzonderlijke informatie aan en geef informatie gedetailleerd weer en vraag alle betrokken teamleden zo gedetailleerd mogelijk te documenteren.

Noteer het vermoeden van KMdF in de differentiaaldiagnose, ook wanneer dit vermoeden nog niet met gezaghebbenden en kind kan worden gedeeld.

Noteer objectief waargenomen feiten, geef bij een duiding van de waargenomen feiten altijd een differentiaaldiagnose.

Geef duidelijk aan wie de regiebehandelaar is.

Geef duidelijk weer welke beslissingen zijn genomen en op welke gronden.

Dossiervoering Opvragen dossier door gezaghebbenden

Overweeg of er restricties moeten zijn in het kader van de veiligheid van het kind of andere betrokken. Raadpleeg altijd de raad van bestuur/medische directie en betrek de juridische afdeling, denk aan de KNMG-artseninfolijn (088-4404242) (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

Dossiervoering Speciale maatregelen voor inzage door medewerkers

Denk aan speciale maatregelen om de toegang tot het dossier te beperken voor medewerkers uit uw instelling, raadpleeg hierbij ook de raad van bestuur/medische directie en/of juridische afdeling.

Dossiervoering Afstemmen met betrokken partners

Maak afspraken met alle betrokkenen (partners in het MDO, huisarts, subspecialisten, vertrouwensarts) over de dossiervoering om discrepanties te vermijden.

Andere kinderen in het gezin

Maak samen met de vertrouwensarts van Veilig Thuis een plan voor broertjes/zusjes wanneer het vermoeden van KMdF niet is verworpen.

Ondersteuning staf

Biedt ondersteuning aan de gehele staf vanwege de hoge emotionele belasting van medewerkers bij een vermoeden van KMdF (zie module Specifieke aspecten binnen (behandel)team).

Overwegingen

Noodzaak tot onmiddellijke bescherming van het kind

Tijdens elk onderdeel van de medische work-up kan de kinderarts tot het oordeel komen dat er sprake is van een acute bedreiging van de gezondheid of zelfs het leven van het kind. Slechts in een minderheid van de gevallen waarbij er een vermoeden van KMdF bestaat zal dit voorkomen: er bestaat dan een noodzaak tot onmiddellijke beschermende maatregelen. Denk hierbij aan bijvoorbeeld de volgende situaties:

1. Directe observaties van inductie van ziekte bij het kind door de ouder/verzorger.
2. Een ouder/verzorger die rommelt met de medische apparatuur/medicatie et cetera.
3. Duidelijke misleiding door de ouder/verzorger met aanwijzingen voor een onmiddellijk risico voor de gezondheid of zelfs het leven van het kind.

In dit geval worden direct de stappen van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023)) gevolgd; dat wil zeggen onmiddellijk een geanonimiseerd overleg met de vertrouwensarts (stap 2) en bij overeenstemming over het acute gevaar onmiddellijke melding bij Veilig Thuis (conform afwegingskader stap 5 KNMG-meldcode).

Regiebehandelaar aanwijzen

Het is belangrijk om vroegtijdig een kinderarts aan te wijzen die de verantwoordelijkheid gaat dragen voor alle medische beslissingen. Vaak zijn meerdere subspecialisten als consulent betrokken en het wordt met nadruk aanbevolen dat één kinderarts de regie voert.

Mocht er sprake zijn van een opname dan is het verstandig naast de regiebehandelaar een eerste verantwoordelijk verpleegkundige aan te stellen.

Het wordt aanbevolen dat de regiebehandelaar daarbij samenwerkt met een collega met expertise op het gebied van kindermishandeling, maar ook met subspecialisten op het gebied van de klachten van het kind.

Bij een vermoeden van KMdF is werken in teamverband met intercollegiale toetsing essentieel, mede gezien de specifieke dynamiek die in de interactie met de pleger van KMdF voor kan komen. In het behandelteam kan als het ware een scheiding der geesten ontstaan (splitting) met bij een deel van de professionals loyaliteit aan en bewondering voor deze ouder(s) en bij een ander deel van de professionals onbegrip en boosheid jegens de ouder(s).

De regiebehandelaar dient bij een vermoeden van KMdF extra aandacht te geven aan de geheimhoudingsplicht van alle betrokken professionals en concrete afspraken te maken over het al dan niet

delen van het vermoeden in bijvoorbeeld overdracht situaties waarbij veel professionals aanwezig kunnen zijn (zie verder module Juridische en medisch-ethische aspecten).

Specifieke aandachtspunten bij de anamnese

1. Algemeen

Vraag altijd naar het gezag en eventueel kindbeschermingsmaatregelen.

Spreek het kind apart. (NB doe dit zorgvuldig zie module Communicatie met het kind)

NB in het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind (Verenigde Naties, 1989), met name artikel 13 en 16, staat vermeldt dat het kind er recht op heeft van hem/haar zelf te vernemen wat zijn/haar gedachten over de symptomen/ziekte zijn en welke angsten/wensen bij het kind leven.

NB sommige kinderen, met name oudere kinderen, kunnen hebben geleerd, of werken door angst/loyaliteit, mee aan de falsificatie door de pleger.

Spreek gezaghebbende ouders beiden, en ook apart van elkaar.

Wanneer in het gezin van het kind een partner van een ouder aanwezig is, die in het gezin een verzorgende rol maar geen gezag heeft, kan worden overwogen ook met deze volwassene te spreken, zeker wanneer deze volwassene ook al aanwezig is. Bedenk wel dat hiervoor toestemming vereist is conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Dit geldt ook voor een biologische vader die geen gezag heeft.

Houdt rekening met eventuele culturele aspecten, zie module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden.

NB de anamnese kost hierdoor veel meer tijd dan gebruikelijk!

Let op discrepanties verhaal kind-ouder, ouder-ouder en discrepanties anamnese en objectieve bevindingen. Vraag wel door wie de meeste zorgtaken verricht, discrepanties tussen ouders zijn niet altijd een alarmsignaal.

Vraag direct toestemming de huisarts op de hoogte te stellen en om informatie te vragen.

De huisarts krijgt (met toestemming als deze niet de verwijzer is) altijd verslag van poliklinische en klinische bevindingen.

2. Speciële anamnese

Uitgebreid.

Exploratie volgens SCEGS-model wordt aanbevolen (NVK, 2019):

- **Somatisch:** degelijke somatische anamnese, gevolgd door lichamelijk onderzoek (altijd!) en gericht aanvullend onderzoek (zie voor lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek verderop).
- **Cognitief:** welke ideeën en opvattingen hebben ouders en kinderen over oorzaak en oplossingsrichting van de klacht?
- **Emoties:** welke gevoelens ervaart het kind, de ouders en het gezin over de klachten, waar liggen de accenten?
- **Gedrag:** welke gevolgen en beperkingen heeft de klacht, op welk(e) gebied(en)? Denk aan

schoolverzuim, aangepast rooster et cetera.

- **Sociaal:** welke gevolgen heeft de klacht voor het sociale functioneren van het kind in het gezin, op school en in de omgeving? Hoe is de sociale context van kind en gezin? Hoe is de veiligheid binnen het gezin?

Het beloop in de tijd van de klachten goed uitvragen. Wat betekenen de klachten voor het dagelijks leven?

Vraag naar belemmeringen en gebruik hulpmiddelen door de klachten.

Gebruiken ouder en/of kind sociale media om de klachten met anderen te delen?

Let op:

- Het vertellen van de ouder van verschuivende, verergerende, bizarre presentaties bij het kind.
- Geldelijk/materieel gewin als gevolg van de klachten.
- Is er sprake van beperking sociale activiteiten/school door de ouder die niet lijkt te passen bij de klachten?

NB Geen van deze red flags zijn specifiek, er kan nog steeds wel degelijk een somatische aandoening spelen en hebben de ouders een 'terecht' niet pluis gevoel.

NB Het behoort niet tot de taak van de kinderarts bij een vermoeden van KMdF na te gaan wat het eventuele motief/de motieven van de vermoedelijke pleger zou(den) kunnen zijn.

3. Tractus anamnese

Volledig

4. Medische voorgeschiedenis inclusief zwangerschap en partus

Uitgebreid navragen vanaf de zwangerschap tot heden. Let op opvallende maternale klachten tijdens de zwangerschap.

Vraag zorgvuldig waar het kind is geweest voor diagnostiek en behandeling, vraag wat er is onderzocht, vraag de diagnose, de behandelingen en het effect ervan zorgvuldig na. Vraag de mening van de ouder over de geboden zorg. Vraag ook naar niet-reguliere zorg.

5. Medicatie- vaccinaties- allergie

Zorgvuldig overzicht maken van alle medicatie die nu wordt gebruikt en eerder is gebruikt, en door wie deze is voorgeschreven. Met toestemming kan bij de apotheek een actueel overzicht worden opgevraagd, indien er geen toestemming wordt verkregen is dit reden voor overleg met de vertrouwensarts (stap 2 KNMG-meldcode).

Zorgvuldig navragen waar het kind allergisch voor zou zijn en door wie dit is vastgesteld en wat de klachten zijn. Tot welke beperkingen leiden de allergieën?

6. Familieanamnese

Uitgebreid (ouders, broertjes/zusjes en overige familieleden), zowel somatische als psychiatrische familieanamnese. Maak zo nodig een stamboom.

Vraag alle medicatie na die door gezinsleden of familie waarmee het kind/ouder contact heeft worden gebruikt.

Let op:

- Ouder vermeldt (zeer) ernstige, (oninvoelbare) symptomen bij zichzelf.
- (Onbegrepen) overlijden van broertjes/zusjes.

7. Ontwikkeling

8. Psychosociale anamnese kind en ouder(s)

- Vraag naar de samenstelling van het gezin en werk/opleiding/school/kinderopvang van alle gezinsleden.
- Vraag naar de kindertijd van ouders, verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, andere nare ervaringen in de jeugd?
- Vraag naar risicofactoren voor kindermishandeling (psychiatrie, verstandelijke beperking, huisvestingsproblemen, financiële problemen, middelenmisbruik, huiselijk geweld en andere stressoren).
- Vraag naar betrokkenheid Veilig Thuis, Jeugdbescherming en/of Raad voor de Kinderbescherming nu of in het verleden en eventueel kinderschermingsmaatregelen nu of in het verleden.
- Vraag naar hulpverlening nu en in het verleden in het gezin.
- Vraag naar kinderopvang/school en functioneren kind daar.
- Vraag naar sociale contacten, spel en sport.
- Vraag naar angst en depressieklachten zowel bij kind als ouders.
- Vraag naar gedragsproblemen kind.
- Vraag naar effect klachten op alle gezinsleden.

Bij kinderen vanaf 8 jaar kan de online in te vullen Kindtool 'Mijn Positieve Gezondheid' ([Kindtool Mijn Positieve Gezondheid](#), Instituut voor Positieve Gezondheid) gebruikt worden. De tool bestaat uit een vragenlijst en een spinnenweb waarin de uitkomsten uit de vragen worden weergegeven. Kinderen kunnen hiermee laten zien wat zij zelf belangrijk vinden als het gaat om hun gezondheid. Besef wel dat het mogelijk is dat een kind wordt beïnvloed bij het online invullen.

Specifieke aandachtspunten bij de observatie

Verwoord waarnemingen die tijdens uw observatie en indrukken die u tijdens deze observatie opdoet zoveel mogelijk objectief. Bedenk ook dat er vele andere verklaringen voor de waarnemingen kunnen zijn die hieronder worden vermeld omdat zij bekend staan als vaker te worden waargenomen in een situatie van KMdF. Dit betekent dat u wanneer u probeert te objectiveren waarom u een bepaalde indruk krijgt daarover ook altijd verdiepende vragen aan de ouder moet stellen en open moet staan voor een verklaring die een ouder geeft. Pas hierbij op voor invullingen, ga uit van feitelijke waarnemingen.

1. Interactie en gedrag ouder(s)- kind:

- Mag het kind het woord voeren of krijgt het signalen dat niet te doen, kijkt het de ouder steeds vragend aan voordat het kind antwoord geeft, neemt de ouder het gesprek steeds van het kind over wanneer het vragen over de gezondheid betreft et cetera?
- Mag het kind alleen met de kinderarts of anderen praten of blijft de ouder steeds in de buurt?
- Toont de ouder een opvallende onderlegdheid in medische zaken? Objectiveer waarom u die indruk

krijgt.

- Lijkt de ouder opvallend geïnteresseerd in medische details? Objectiveer waarom u die indruk krijgt.
- Lijkt de ouder te genieten van de ziekenhuisomgeving? Objectiveer waarom u die indruk krijgt.
- Verandert de gezondheidstoestand van het kind bij aan- afwezigheid ouder? Objectiveer waarom u die indruk krijgt.

2. Relatie ouder met het medisch team:

- Heeft u de indruk dat er sprake is van vereren en diskwalificeren van behandelaars? Objectiveer waarom u die indruk krijgt.
- Vertoont de ouder geen opluchting bij goed nieuws of verzet tegen ontslag? Objectiveer waarom u die indruk krijgt.
- Wil de ouder meer onderzoek, meer procedures of een 2nd opinion. Objectiveer waarom u dit wel of niet passend vindt bij de situatie.
- Gaat de ouder van ziekenhuis naar ziekenhuis met dezelfde problemen? Objectiveer waarom u dit wel of niet passend vindt bij de situatie.
- Herkent u signalen die passen bij pathologisch liegen, manipuleren, emotionele labiliteit, of grote overtuigingskracht ouder? Objectiveer waarom u die indruk krijgt en probeer na te gaan of u dit al dan niet passend vindt bij de situatie.
- Vindt u aanwijzingen voor manipulatie in het medisch dossier? Objectiveer welke aanwijzingen u daarvoor aantreft.
- Gaat de ouder niet akkoord met opvragen medische gegevens? Probeer na te gaan of u dit al dan niet passend vindt bij de situatie.
- Gaat de ouder al dan niet akkoord met contact andere zorgverleners of school? Probeer na te gaan of u dit al dan niet passend vindt bij de situatie.
- Heeft u de indruk dat er sprake is van een oninvoelbaar/incongruent affect bij de ouder? Objectiveer welke aanwijzingen u daarvoor aantreft.

Specifieke aandachtspunten bij het lichamelijk onderzoek

Grondig lichamelijk onderzoek inclusief volledig neurologisch onderzoek met vastleggen vitale parameters: lengte, gewicht, bij kinderen <2 jaar schedelomtrek, bloeddruk, pols, temperatuur. Volledige top-teen inspectie. Let op letsel. Maak foto's bij huidafwijkingen/letsels, zie daarvoor de Handreiking (letsel)fotografie door de forensisch arts (Vakgroep Forensische Geneeskunde, 2022).

Let op:

- Aanwijzingen voor somatische ziektebeelden (NVK, 2018).
- Discrepancies bij aan- afwezigheid ouder.

NB Kinderen kunnen zich ook beter presenteren tijdens onderzoek of in gesprek omdat zij willen vermijden dat zij vervolgens 'enge' en 'vervelende' onderzoeken moeten ondergaan. Angst en eventueel trauma, of in elk geval nare gebeurtenissen uit het verleden kunnen absoluut maken dat een kind zich anders presenteert. Schaamte en niet onder willen doen voor leeftijdsgenoten kan ook een rol spelen.

Specifieke aandachtspunten bij het opstellen van een differentiaaldiagnose en werkhypothese

Aarzel niet te overleggen met collega's met expertise op het gebied van KMdF maar ook met collega's met

specifiek op de casus toepasbare subspecialistische kennis, zo nodig buiten de eigen instelling. Overweeg een kinder- en jeugdpsychiater te betrekken. Denk aan de mogelijkheid advies te vragen bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK; www.leck.nu). Contact met patiëntenverenigingen kan inzicht geven in klachten die nog niet duidelijk in wetenschappelijke literatuur zijn verwoord, maar wel vaak worden gerapporteerd.

Specifieke aandachtspunten bij aanvullend onderzoek

Wanneer het vermoeden van KMdF na anamnese, observatie en lichamelijk onderzoek blijft bestaan verdient het aanbeveling te overwegen de casus geanonimiseerd voor te leggen aan de vertrouwensarts van Veilig Thuis alvorens over te gaan tot het verzamelen van informatie uit de voorgeschiedenis en aanvullend onderzoek af te spreken.

Een en ander zal afhankelijk zijn van de conditie van het kind op dat moment.

Bij een vermoeden van KMdF wordt geanonimiseerd overleg met de vertrouwensarts in een vroeg stadium aanbevolen.

Denk daarnaast aan het LECK (zie www.leck.nu). Het is mogelijk bij het LECK advies te vragen over de geanonimiseerde casus.

1. Informatie voorgeschiedenis verzamelen (chronologie)

Het doel van het opvragen is feiten te verzamelen die mede kunnen leiden tot het opstellen van de differentiaaldiagnose maar tevens ook om na te gaan of er al eerder een vermoeden op KMdF is ontstaan.

Vraag toestemming conform de WGBO met alle voorgaande artsen te overleggen, evenals met de huisarts en de jeugdarts. Bij het vermelden van klachten gedurende de zwangerschap ook toestemming vragen te overleggen met gynaecoloog en/of verloskundige van moeder. Vraag toestemming te overleggen met eventueel behandelaren van ouder(s).

Verzamel zoveel mogelijk schriftelijke medische informatie uit de voorgeschiedenis (met toestemming conform de WGBO). Let hierbij op onverklaarde discrepanties tussen de verschillende bronnen van informatie en andere alarmsignalen voor KMdF.

Leg ook telefonisch contact met voorgaande artsen, inclusief de huisarts, en vraag of er aan KMdF is gedacht bij deze patiënt en/of bij broertjes/zusjes. Check of wat in de verslagen staat ook werkelijk zo bedoeld is. Wees kritisch, vraag ook na wanneer een kind is geobserveerd of beoordeeld, bijvoorbeeld wanneer het om vermoeidheid gaat die niet werd geobserveerd, kan dit logisch zijn als een kind vroeg in de ochtend is beoordeeld. Vraag ook aan de huisarts en/of andere behandelaren van de ouder(s) informatie over de medische voorgeschiedenis van de ouder(s) verzorger(s), en vraag of aan klachten door falsificatie bij de ouder(s) is gedacht, hiervoor is aparte toestemming van de betrokken ouder(s) nodig.

Vraag informatie aan de jeugdarts (met toestemming conform de WGBO), let op discrepanties medische work-up met functioneren op school/kinderopvang of met verzuim.

Vraag toestemming conform de WGBO om te overleggen met leerkracht of kinderopvangmedewerker. Let op het vertellen van disproportionele verhalen over ziekte/medische ingrepen door de ouder aan deze professionals. Let op discrepanties functioneren/klachten in thuissituatie versus op school/kinderopvang.

Maak een tijdslijn volgens onderstaand schema:

Datum	Locatie en professional	Reden consult/ opname/ telefonisch consult	Gerapporteerde signalen/ symptomen door verzorger (naam)	Objectieve waarnemingen door arts/ professional	Conclusie arts/ professional	Advies en Behandeling	Effectiviteit	Overig

Punten van aandacht bij het opstellen van deze tijdslijn zijn:

- Altijd de bron van de informatie identificeren.
- Ga na of de vermoedelijke pleger redelijkerwijs accuraat was geïnformeerd door de professional (voorlichting, feedback, aanbevelingen, informatie begrepen).
- Gebruik primaire bron (werkelijke testuitslag in plaats van interpretatie).
- Ga na of de conclusie/diagnose past bij de objectieve data, op grond van welke informatie is de conclusie/diagnose gesteld?
- Ga na of de ziektegeschiedenis logisch lijkt.
- Ga na of omstandigheden/stressoren in de tijd matchen met zoeken van hulp voor de gezondheid van het kind.

Indien toestemming tot opvragen informatie door gezaghebbende(n) wordt geweigerd verdient het aanbeveling de geanonimiseerde casus te bespreken met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en met collega experts.

Indien op grond van actuele schade of bezorgdheid over schade bij het kind tot melding bij Veilig Thuis is overgegaan zal worden afgestemd wie verantwoordelijkheid op zich neemt voor het verzamelen van bovenstaande informatie.

Het opstellen van een chronologie kan veel tijd kosten. Houdt hiermee rekening.

2. Aanvullend diagnostisch onderzoek

Maak liefst pas een plan voor aanvullende diagnostiek nadat alle informatie uit de voorgeschiedenis is verzameld.

Organiseer zo nodig een, voor nog niet eerder betrokken artsen, geanonimiseerd, MDO met voorgaande behandelaren en voor de casus relevante subspecialistische experts alvorens een plan op te stellen. Denk aan betrekken van de vertrouwensarts. De vertrouwensarts kan met name meedenken of er op dat moment al aanwijzingen zijn voor schade dan wel bedreiging van de veiligheid van het kind en/of er een noodzaak bestaat tot melding conform het afwegingskader in de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) of zelfs een noodzaak tot onmiddellijke bescherming (zie eerder in deze module). Daarnaast kan de vertrouwensarts het medisch diagnostisch behandelplan mee helpen afwegen: wat is het effect op de veiligheid van het kind, en welke schade kan er eventueel door ontstaan, afgezet tegen de informatie of verbetering van de gezondheidstoestand die er mee wordt of zou kunnen worden verkregen.

Overweeg goed wanneer en welke informatie u geeft aan gezaghebbenden over dit MDO. De vertrouwensarts speelt een belangrijke rol in advisering rondom al dan niet openlijke communicatie van het

vermoeden naar betrokkenen en de eventuele veiligheidsrisico's die daarmee gepaard kunnen gaan (zie verder in deze module).

Houdt de casus voor de vertrouwensarts geanonimiseerd. U bevindt zich immers in stap 1 en 2 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

Laat subspecialistische experts aanbevelingen doen over aanvullende diagnostiek als consultant waarbij de regiebehandelaar verantwoordelijk blijft voor de medische beslissingen.

Overleg altijd met experts alvorens aanvullende diagnostiek van meer invasieve of belastende aard in te zetten naar ziektebeelden die in de differentiaaldiagnose staan.

Vraag zo nodig geanonimiseerd advies bij het LECK.

Voorkom overdiagnostiek!

Denk aan toxicologie, niet alleen van lichaamsmateriaal maar ook van bijvoorbeeld voeding.

Denk aan het opslaan van materiaal voor eventuele later te bepalen testen.

Overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis over een eventueel (toekomstig) onderzoek door politie/Openbaar Ministerie (OM) in het kader van strafbare kindermishandeling en het bewaren van/zorgvuldig omgaan met diagnostisch materiaal in dat kader. Hierbij kan Veilig Thuis overleggen met forensisch experts van het NFI. Zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten.

3. Bijzondere methoden van aanvullende diagnostiek bij een blijvend vermoeden na voorgaande work-up

3.1 Separatie-test

Zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten deelvraag 9.

Bij een klachtenpatroon wat zich (min of meer) continue of met een frequentie van tenminste een maal per week/twee weken voordoet kan gekozen worden voor separatie van het kind van de ouder(s). Soms kan dit ook door een kind te plaatsen in een pleeggezin, maar vaak zal een klinische opname/separatie opname noodzakelijk zijn. Het doel is het objectiveren van de gepresenteerde klachten en symptomen, en/of het evalueren van eerder gestelde diagnoses, en/of het verrichten van eventueel aanvullend onderzoek vanwege de differentiaaldiagnose, en/of het objectiveren van de beperkingen bij gestelde diagnoses en/of het vaststellen of verwerpen van een vermoeden van KMdF.

Het kan dan noodzakelijk zijn de invloed van externe factoren, zoals de aanwezigheid van ouders, te minimaliseren, omdat bij een vermoeden van KMdF een objectieve beoordeling kan worden bemoeilijkt door gedragingen van de pleger, die een bedreiging kunnen vormen voor zowel de objectieve beoordeling en de fysieke en psychische veiligheid van het kind. Daarom zijn (veiligheids)afspraken voorafgaand aan opname noodzakelijk.

Voorafgaand aan een dergelijke, voor ouders ingrijpende opname, is advies (stap 2 KNMG-meldcode (KNMG, 2023)) van een vertrouwensarts noodzakelijk.

Vanzelfsprekend kan een dergelijke opname ook grote impact hebben op het kind en is het van belang hier oog voor te hebben.

Indien ouders akkoord gaan met de separatie-opname en de daarbij behorende afspraken is er sprake van een klinische opname op vrijwillige basis. Bespreek duidelijk met de ouders wat zij verwachten van de opname en de uitkomst daarvan, leg dit op schrift vast.

Indien ouders niet akkoord gaan met de opname en/of de afspraken dan zal de casus indien al niet eerder gemeld, moeten worden gemeld bij Veilig Thuis en kan de casus eventueel, bij persisterend weigeren nadat de vertrouwensarts in gesprek is geweest met betrokkenen, door de vertrouwensarts voorgelegd worden aan de Raad voor de Kinderbescherming. Het is mogelijk dat de opname dan plaatsvindt onder een maatregel.

Er kunnen zich situaties voordoen waarbij het niet mogelijk is om de klinische opname en afspraken vooraf met ouders/verzorgers te bespreken en vervolgens de opname te plannen omdat de veiligheid van het kind mogelijk niet gewaarborgd kan worden (denk aan het risico op toedienen van medicatie met een acute verslechtering van het kind, risico op verstikking et cetera). In een dergelijke situatie volgt de opname direct na het gesprek met ouders waarin de opname en de afspraken worden besproken. Het kind wordt dan afhankelijk van de ernst van de risico's diezelfde dag opgenomen. De opname is indien dit mogelijk was van tevoren voorbereid met bij voorkeur een academisch centrum waar de opname plaatsvindt, of een topklinisch ziekenhuis met aanwezigheid van voor de casus noodzakelijke subspecialisten. De aanwezigheid van een kinder- en jeugdpsychiater kan helpend zijn. In die situaties dient direct overleg met Veilig Thuis plaats te vinden en worden veiligheidsafspraken gemaakt. Vervolgens worden na een MDO door Veilig Thuis in afstemming met de behandelend arts verdere afspraken met alle partijen en ouders gemaakt.

Ook in een dergelijke situatie kan bij weigering van ouders een spoedverzoek worden ingediend bij de Raad voor de Kinderbescherming.

Voor communicatie met het kind zie module Communicatie met het kind.

Er kan een volledige separatie worden afgesproken waarbij de ouders het kind niet bezoeken of een separatie waarbij nog bezoek onder toezicht mogelijk is. In die situatie kan bijvoorbeeld mobilisatie door fysiotherapie of afnemen van pijnscores in afwezigheid van ouders plaatsvinden.

(Veiligheids)afspraken

Het streven is om de opname van het kind vooraf met ouders/verzorgers zorgvuldig door te spreken zodat alle afspraken volledig duidelijk zijn. Uiteraard moet ook het kind naar eigen begripsniveau worden geïnformeerd. Zie module Communicatie met het kind en module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden.

De volgende (veiligheids)afspraken kunnen worden gemaakt en zijn steeds afhankelijk van de specifieke casus:

- De opname vindt in de meeste gevallen vanwege het voorhanden zijn van subspecialisten bij voorkeur plaats in een academisch ziekenhuis. Dit kan het ziekenhuis zijn waar het kind bekend is, maar er kan ook gekozen worden voor een ander academisch centrum met specifieke ervaring. Ook kan een ziekenhuis met specifieke ervaring op dit gebied of een vertrouwensarts met specifieke ervaring een consulterende functie hebben.
- Er is overleg met alle voorgaande behandelend artsen en inzage in het volledig medische dossier van

het kind.

- De ouders/verzorgers zijn tijdens de opname afwezig (ongeacht de leeftijd van het kind) of er is een gecontroleerde (door een professional begeleide) beperkte aanwezigheid/contact tussen kind en ouders/verzorgers. Er wordt tijdens dit contact moment niet gegeten of gedronken door het kind en ouders/verzorgers. Tijdens het contact moment verrichten ouders/verzorgers geen medische/verzorgende handelingen bij het kind. Tijdens het contact wordt niet over ziekte en gezondheid gesproken (of andere vooraf vastgestelde onderwerpen).
- Een contactmoment tussen het kind en andere volwassene, niet zijnde ouders/verzorgers, is te overwegen.
- (Video)bel momenten kunnen beperkt plaats vinden onder begeleiding van professionals. Dat betekent dat er gedurende het contactmoment niet gesproken wordt over ziekte of gezondheid.
- Er wordt een dagprogramma gemaakt en alle betrokken professionals observeren het lichamelijke en emotionele welbevinden van het kind en maken hiervan notities in het medisch dossier waarbij ze feiten beschrijven, geen interpretaties.
- Indien er in de interactie met de ouder(s) of andere verzorger(s) signalen naar voren komen die schade (psychisch of fysiek) zouden kunnen geven aan het kind, wordt met spoed overlegd met de vertrouwensarts en worden de afspraken zo nodig aangepast.
- Ouders/verzorgers worden op vaste momenten in de week bijgepraat door artsen van het medische behandelteam die verantwoordelijk zijn voor de opname.

MDO

De geplande klinische opname wordt eveneens zorgvuldig voorbesproken in een MDO met alle betrokken professionals. Het moet duidelijk zijn welke observaties van verpleegkundigen, pedagogisch medewerkers en andere professionals worden verwacht en hoe deze observaties zo objectief mogelijk worden genoteerd in het dossier. Het verdient aanbeveling notities door een collega te laten controleren.

Uitkomst van een separatietest

Het vermoeden van KMdF wordt versterkt wanneer scheiding van de vermoedelijke pleger leidt tot verdwijning van de symptomen van het kind met de mate en snelheid van onomkeerbaarheid van de gefalsificeerde ziekte.

Er wordt aanbevolen goed na te denken over het eventueel nog coachen/intimideren van het kind via bijvoorbeeld telefooncontacten/of videocontact. Ook vergiftiging van het kind tijdens separatie is beschreven door het meegeven van voedingsmiddelen en speelgoed.

Er moet zorgvuldig worden nagedacht over het timen van veranderingen in het behandelplan van het kind tijdens de separatie en het effect wat hier redelijkerwijs van kan worden verwacht.

Experts geven aan dat een separatie-test in het algemeen bij een vermoeden van KMdF in een (te) laat stadium wordt overwogen. Er wordt aanbevolen in een vroeg stadium met experts en de vertrouwensarts te overleggen of een separatie-test zinvol is.

Wees er ook op bedacht dat symptomen zo geïnternaliseerd kunnen zijn dat deze ook bij separatie niet verdwijnen.

NB het verdient aanbeveling alvorens tot separatie over te gaan de casus te bespreken met de raad van bestuur/medische directie.

Zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten en module Specifieke aspecten binnen (behandel)team.

3.2 Klinische opname zonder separatie

Er kan ook gekozen worden voor een klinische opname zonder separatie, dan moeten wel afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de duur van het ouderlijk bezoek. Een dergelijke opname moet evenals de separatie-test hierboven goed worden voorbereid en met de gezaghebbenden en het kind worden voorbesproken. Voor- en nadelen van een dergelijke opname ten opzichte van een separatietest moeten helder zijn van tevoren zodat een afgewogen keuze kan worden gemaakt. Bij beide typen opname moet het team volledig zijn geïnformeerd wat van hen wordt verwacht. Het kan gaan om zowel somatische als kinderpsychiatrische/kinderpsychologische diagnostiek.

Er is een indicatie voor geanonimiseerd overleg met de vertrouwensarts wanneer er aanwijzingen zijn voor de bedreiging van het kind door het gedrag van de ouder(s) gedurende de opname van het kind; variërend van sturende gesprekken tot manipulatie met aandringen tot diagnostiek en andere aanwijzingen.

Het verdient aanbeveling van tevoren een duidelijk dagprogramma op te laten stellen door de pedagogisch medewerker met aandacht voor bovengenoemde afspraken, gericht op de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Dit is van groot belang als de bezoektijden van ouders beperkt zijn. Het verdient aanbeveling om voor zover dit mogelijk is te zorgen in zo veel mogelijk continuïteit van medewerkers. Te denken valt aan vaste momenten voor de kindfysiotherapeut, creatieve bezigheden, schoolse bezigheden et cetera.

Voor verpleegkundigen, pedagogisch medewerkers en andere professionals moet het duidelijk zijn welke observaties van hen worden verwacht en hoe zij dit objectief in het dossier kunnen noteren, spreek dit goed van tevoren af.

Zie ook module Specifieke aspecten binnen (behandel)team.

3.3 Verborgene videomonitoring als diagnostisch instrument

Verborgene videomonitoring (covert video surveillance, CVS) is een controversieel instrument. KMdF kan er zowel mee worden aangetoond als mee worden uitgesloten.

Er moet geen ander realistisch alternatief onderzoek bestaan waarmee het vermoeden kan worden aangetoond of verworpen en open videomonitoring moet zijn overwogen en ongeschikt bevonden.

Het kan worden overwogen bij een kind met episodische symptomen, waarbij met name verdenking op verstikking of vergiftiging bestaat, of bij verdenking op manipulatie met de voeding of bijvoorbeeld sondes, lange lijnen et cetera. De handeling waar een vermoeden van bestaat zou wel enkele malen per week moeten plaatsvinden omdat een dergelijke monitoring slechts gedurende een gelimiteerde hoeveelheid dagen kan plaatsvinden.

De locatie waar de handeling plaats vindt moet voorspelbaar binnen het bereik van de camera zijn en het moet gaan om een vermoedelijke handeling die herkenbaar is op de videobeelden.

CVS kan alleen plaatsvinden na een zorgvuldig moreel beraad waarin medisch-ethische aspecten en juridische aspecten zorgvuldig worden doorgesproken. De raad van bestuur (of gemandateerde medische directie) dient bij dit overleg te worden betrokken en uiteindelijk toestemming te geven.

Er is een zorgvuldige personele planning nodig, want observatie van de beelden dient live en direct plaats te vinden, het is bekend dat één persoon slechts maximaal 3 uur zorgvuldig kan opletten. Er moet een directe verbinding zijn met de behandelend verpleegkundige, zodat direct kan worden ingegrepen, ook de verantwoordelijk arts dient direct oproepbaar te zijn. Van tevoren moet worden afgesproken hoelang de procedure plaats vindt.

Van tevoren wordt vastgesteld hoe te handelen indien het vermoeden wordt bevestigd en hoe op dat moment de veiligheid van alle betrokkenen wordt gewaarborgd. Bij het opstellen van het plan is de vertrouwensarts van Veilig Thuis betrokken. De vertrouwensarts kan besluiten andere ketenpartners te betrekken zoals de Raad voor de Kinderbescherming.

Denk ook aan een plan voor onmiddellijke hulp aan de ouder(s)/verzorger(s) en het kind bij confrontatie. Maak van tevoren ook een plan hoe achteraf betrokkenen over deze methode worden ingelicht als het vermoeden van KMdF niet wordt aangetoond of wordt verworpen.

Het wordt aangeraden enkele malen per dag intervisie te bieden aan het betrokken team. Het moet mogelijk zijn dat personeelsleden niet aan de CVS meewerken vanwege morele bezwaren. Geheimhouding is van groot belang.

Van tevoren moet er zijn besloten waar de videobeelden bewaard worden en of deze worden overhandigd aan Veilig Thuis.

Er zijn 2 manieren mogelijk waaronder CVS kan plaatsvinden:

- Onder verantwoordelijkheid raad van bestuur/medische directie en regiebehandelaar: de videoregistratie vormt dan onderdeel van het medisch dossier.
- Onder verantwoordelijkheid van OM/politie met goedkeuring raad van bestuur/medische directie. De videoregistratie is dan eigendom van Justitie. In dit laatste geval is de CVS een opsporingsinstrument voor een mogelijk strafbaar feit!

Er zijn verschillende juridische aandachtspunten en kanttekeningen bij deze procedure te maken. Zie verder module Juridische en medisch-ethische aspecten.

3.4 Spreken van familieleden buiten de gezaghebbende ouders

Het kan voorkomen dat de kinderarts wordt benaderd door familieleden die een vermoeden van KMdF met de kinderarts willen delen. Strikt genomen mag de arts deze familieleden niet te woord staan. In module Juridische en medisch-ethische aspecten wordt deze situatie verder uitgewerkt.

3.5 Actief opletten op verrassende spullen, afwijkend aspect en geur van voeding of lichaamsmateriaal, sondes en lijnen

Strikt genomen mag men een patiëntenkamer niet doorzoeken op bijvoorbeeld aanwezigheid van toxische stoffen/medicatie, naalden et cetera. Wel kan met opletten of men dergelijke spullen ziet. Het komt voor dat opvallende zaken worden waargenomen, zoals de aanwezigheid van voorwerpen bedoeld voor medische handelingen zonder dat deze door professionals op de kamer waren gebracht (spuiten, sondes et cetera),

opvallende aspect of geur van de voeding, medicatie, drugs enzovoort. Leg deze waarnemingen waar dat mogelijk is objectief vast door het maken van een lichtfoto.

Indien er door deze waarneming een vermoeden ontstaat dat de voeding wordt verdund (flesvoeding/sondevoeding ziet er anders uit, voeding lijkt dunner bij een kind dat slecht groeit), zijn onderstaande aandachtspunten belangrijk:

- Als onderdeel van de differentiaaldiagnose de voeding insturen naar apotheek of een ander laboratorium wat de samenstelling kan vaststellen. Toestemming conform de WGBO is vereist, waarbij met ouders kan worden besproken dat er zorgen zijn over de voeding door aspect en/of geur en dat hier nader onderzoek naar de samenstelling wordt gedaan, al dan niet aangevuld met onderzoek naar (afbraakproducten van) medicatie of toxische stoffen in de voeding en in lichaamsmateriaal van de patiënt. Zie module Juridische en medisch-ethische aspecten bij weigeren toestemming of voor een eventuele onderbouwing (betreffende mogelijk ernstige bedreiging van de veiligheid van het kind) geen toestemming te vragen voorafgaand aan het onderzoek.
- Op het moment dat er aantoonbaar sprake is van verdunde voeding moeten mogelijke verklaringen worden getoetst. Wie heeft de bereiding gedaan? In hoeverre is te objectiveren of de bereiding op de juiste wijze heeft plaatsgevonden? Kan er sprake zijn geweest van een menselijke fout? Zijn er aanwijzingen die lijken te wijzen op bewuste verdunning/manipulatie van de voeding door de ouder(s)/verzorger(s)?

Indien deze aanwijzingen er lijken te zijn: overleg met een collega met expertise en vraag tevens geanonimiseerd advies aan de vertrouwensarts van Veilig Thuis met als doel de vervolgstappen te bepalen en te bepalen wanneer en hoe ouders met de bevinding worden geconfronteerd.

Indien er bij het toxicologisch onderzoek stoffen worden aangetroffen die zouden kunnen wijzen op intoxicatie dient afstemming plaats te vinden met collega's met expertise waaronder ook de apotheker, het Nationale Vergiftigingen Informatiecentrum (nvic.umcutrecht.nl), toxicoloog van het NFI, en advies gevraagd te worden aan vertrouwensarts van Veilig Thuis met als doel de vervolgstappen te bepalen en te bepalen wanneer en hoe ouders met de bevinding worden geconfronteerd. Een vervolgstap zou kunnen zijn de bepalingen te specificeren en uit te breiden in een speciaal daarvoor ingericht lab of het lab van het NFI. Belangrijk is dan ook in afstemming met de experts meerdere monsters af te nemen en zorgvuldig te bewaren.

Indien er sprake is van het vermoeden van intoxicaties en ernstige bedreiging/onveiligheid, dan zal de vertrouwensarts conform de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling een eerste afstemming hebben met OM/politie na intern besluit daarover in een MDO bij Veilig Thuis (Kwakman, 2017).

Indien er een aanwijzingen zijn voor manipulatie met voedingslijnen of infuussystemen (waaronder mogelijk inspuiten met medicatie/drugs/feces/urine/verdunnen enzovoort) moet eveneens afstemming plaatsvinden met een collega met expertise en geanonimiseerd advies gevraagd te worden aan de vertrouwensarts om ook hier de vervolgstappen te bepalen. In dit overleg wordt onder andere besproken hoe de voedingslijnen veiliggesteld kunnen worden, wanneer en hoe ouders geïnformeerd worden, waarbij de veiligheid van het kind voorop staat.

Het komt ook voor dat professionals per ongeluk opvallende berichten op telefoon en/of andere

elektronische apparatuur (van kind of ouder) en/of op sociale media waarnemen die leiden tot een vermoeden van KMdF. Dit is een uiterst complexe situatie waarover wordt geadviseerd in overleg te gaan met de ziekenhuisjurist en raad van bestuur/medische directie en het geanonimiseerde overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis goed af te stemmen. De vertrouwensarts zal een intern overleg binnen Veilig Thuis organiseren in aanwezigheid van de jurist om het advies goed te onderbouwen. Ook hier geldt dat het raadplegen van een collega vertrouwensarts met expertise raadzaam is.

Het is belangrijk dat materiaal bewaard blijft voor eventueel later onderzoek. Stem dit goed af met de laboratoria en de apotheker. Wanneer slechts weinig materiaal beschikbaar blijft kan het belangrijk zijn geen extra tests ter bevestiging in het ziekenhuis te laten plaatsvinden maar het materiaal te bewaren voor later onderzoek in het strafrechtelijk kader door bijvoorbeeld de laboratoria van het NFI. De vertrouwensarts, forensisch arts en het OM/politie kunnen hierover in overleg gaan en de vertrouwensarts kan de behandelend arts hierover informeren.

Ook kan men bijvoorbeeld overwegen een fles met babyvoeding veilig te stellen. Wordt dit overwogen dan dient dit vooraf te worden besproken met de raad van bestuur/medische directie en de juridische afdeling. Er dienen altijd twee personeelsleden gelijktijdig aanwezig te zijn wanneer dergelijk materiaal wordt veiliggesteld.

Specifieke aandachtspunten bij het stellen van een 'diagnose'

Stel het liefst in consensus vast of er wel of geen vermoeden op KMdF bestaat na een multidisciplinaire consensus bijeenkomst met experts waaronder de vertrouwensarts en relevante subspecialisten, indien van toepassing betrokken verpleegkundigen, paramedici, medewerkers pedagogische dienst, maatschappelijk werkenden of betrokken psychologen/kinder- en jeugdpsychiaters. Overweeg de huisarts en/of jeugdarts te betrekken. Betrek altijd een collega kinderarts met expertise op het gebied van kindermishandeling/KMdF.

Er is toestemming vereist van gezaghebbenden voor deelname van artsen buiten het directe behandelteam. Bespreek de casus geanonimiseerd bij aanwezigheid van de vertrouwensarts wanneer nog geen melding heeft plaatsgevonden.

Bijlage Consensusbespreking checklists voorziet u van handige checklists voor de consensusbespreking.

In dit MDO wordt na een samenvattende presentatie van alle hierboven in de medische work-up verzamelde informatie in consensus vastgesteld wat de verklaring van de klachten is. Hieronder een weergave van de mogelijke verklaringen:

- *Mogelijkheid 1:* er is sprake van (een) vast te stellen medische aandoening(en) die de klachten verklaart/verklaren: het vermoeden van KMdF wordt *verworpen*.
- *Mogelijkheid 2:* het blijkt te gaan over simpele angst, gebrek aan kennis over ziekte, overbezorgdheid bij triviale verschijnselen bij het kind, vaak in samenhang met depressie bij de ouder; het is meestal mogelijk de ouder gerust te stellen en het kind presenteert zich niet meer in de toekomst: het vermoeden van KMdF wordt *verworpen*.
- *Mogelijkheid 3a:* er is sprake van een vast te stellen medische aandoening(en) die echter niet (de mate

van) de klachten verklaart/verklaren. Het vermoeden van KMdF is *niet* verworpen. De signalen en symptomen zijn niet levensbedreigend. Of;

- *Mogelijkheid 3b*: er wordt geen medische aandoening gevonden die de klachten verklaart, het vermoeden van KMdF is *niet* verworpen. De signalen en symptomen zijn niet levensbedreigend.

Bij mogelijkheid 3a en 3b kan het gaan om situaties waarbij de symptomen van kinderen door gedrag van de ouder verkeerd worden geïnterpreteerd, bestendigd of uitvergroot, waarbij de ouder/verzorger oprecht gelooft dat het kind ziek is en gefixeerde opvattingen heeft over ziekte. Het ziek zijn van het kind kan een functie hebben voor de ouder/verzorger, of er kan sprake zijn van ziektewinst voor de ouder/verzorger, het is niet eenvoudig de ouder/verzorger gerust te stellen. Het kan ook gaan om situaties waarbij duidelijk lijkt dat de ouder/verzorger lijdt aan een psychiatrische ziekte die hem haar doet denken dat het kind ziek is.

Er moet dan consensus worden bereikt over:

- Voldoende uitgevoerd aanvullend onderzoek?
- Zijn de signalen en symptomen inderdaad niet levensbedreigend?
- Is er sprake van (risico op) schade patiënt of andere kinderen in het gezin?
- Wat er nodig is om het kind te beschermen voor schade en wat heeft het gezin nodig om beter te gaan functioneren?
- Wat zijn de elementen van een plan tot herstel?
- Ondervindt het kind geen schade tijdens de uitvoering van het behandelplan? Bezorgdheid over schade of actuele schade rechtvaardigt dat het vermoeden van KMdF blijft bestaan. Stap 2 en 5 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) moeten worden doorlopen. Ook wanneer de ouder/verzorger niet moedwillig falsificeert maar oprecht gelooft in ziekte kan er significante schade ontstaan. Schade kan ontstaan door:
 - Frequentie en/of invasieve medische onderzoeken.
 - Onnodige behandelingen.
 - Missen school/sociale activiteiten.
 - Beperkingen in dagelijks leven, aannemen van een ziekterol of levensstijl als gehandicapt persoon.
 - Gekarakteriseerd worden als gehandicapt door voorzieningen/speciaal onderwijs.
 - Angst en verwardheid over eigen gezondheid en mogelijkheden.
 - Door het directe falsificeren van symptomen bij het kind (met name verstikking/vergiftiging).
 - Door andere vormen van kindermishandeling die naast de KMdF bestaan.

In veel gevallen zal op grond van het afwegingskader worden besloten tot melding bij Veilig Thuis. Dit wil niet betekenen dat in alle gevallen kinderbeschermende maatregelen via de Raad voor de Kinderbescherming nodig zullen zijn.

- *Mogelijkheid 4a*: er is sprake van een vast te stellen medische aandoening die echter niet (de mate van) de klachten verklaart. Het vermoeden van KMdF is *niet* verworpen. De signalen en symptomen zijn levensbedreigend. Of;
- *Mogelijkheid 4b*: er wordt geen medische aandoening gevonden die de klachten verklaart, het vermoeden van KMdF is *niet* verworpen. De signalen en symptomen zijn levensbedreigend.

Bij mogelijkheid 4a en 4b moeten stap 2 en 5 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) worden gevolgd en in veel gevallen zal het kind worden gemeld bij Veilig Thuis.

Er moet dan direct consensus worden bereikt met de vertrouwensarts en andere betrokken organisaties primair over de te nemen veiligheidsmaatregelen en eventuele kindbeschermende maatregelen.

- *Mogelijkheid 5: KMdF is in hoge mate waarschijnlijk* bijvoorbeeld op grond van de resultaten van aanvullende diagnostiek of (video)observatie. Stap 2 en 5 van de KNMG-meldcode moeten direct worden doorlopen. In veel gevallen zal op grond van het afwegingskader worden besloten tot melding bij Veilig Thuis.

In Bijlage Consensusbespreking checklists checklist C worden deze mogelijke consensusdiagnosen schematisch weergegeven.

Stappen die kunnen worden gezet wanneer er geen consensus wordt bereikt over de verklaring van de klachten

Enkele voorbeelden van stappen die dan kunnen worden overwogen zijn:

- De kinderarts en/of vertrouwensarts stemmen af waar expertise wordt ingewonnen, bij het LECK en/of bij collega's met bijzondere expertise op het gebied van de klachten van het kind en/of op het gebied van KMdF, waarna opnieuw een consensus bijeenkomst wordt georganiseerd en eventueel, in consensus, aanvullende diagnostiek wordt ingezet.
- De kinderarts bespreekt de casus geanonimiseerd met een kinder- of jeugdpsychiater of andere Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-deskundigen op het gebied van ziektegedrag bij ouders, waarbij de vraag wordt gesteld of diagnostiek bij de ouder(s)/verzorger(s)/het systeem van meerwaarde kan zijn. Indien dit van meerwaarde kan zijn wordt deze diagnostiek in gang gezet en worden de bevindingen in een consensus bijeenkomst besproken. Wanneer ouder(s)/verzorger(s) dit weigeren wordt eveneens een consensus bijeenkomst georganiseerd. Dan kan worden besproken of deze diagnostiek als noodzakelijk wordt gezien en na geanonimiseerd overleg met de vertrouwensarts (stap 2 KNMG-meldcode (KNMG, 2023)) een melding bij Veilig Thuis rechtvaardigt.
- Er wordt overeenstemming bereikt over een periode waarin het kind wordt geobserveerd, klinisch of poliklinisch, en over eventuele aanvullende diagnostiek, na deze observatieperiode wordt opnieuw een consensusbijeenkomst georganiseerd.

Communicatie met het kind en de ouders

In de eerste fase van de medische work-up kan in de meeste gevallen het vermoeden van KMdF niet worden gedeeld met de gezaghebbenden en het kind omdat dit tot schade bij het kind kan leiden. Het wordt aanbevolen hierover geanonimiseerd advies te vragen bij de vertrouwensarts van Veilig Thuis en bij een collega met expertise en de raad van bestuur/medische directie en/of juridische afdeling hierover te informeren.

De conclusie van de consensusbijeenkomst, waar op basis van bovenstaande wordt geadviseerd de vertrouwensarts voor uit te nodigen, wordt gedeeld met de gezaghebbenden en het kind op zijn/haar niveau. Een uitzondering kan zijn dat dit een risico voor het kind, eventuele broertjes of zusjes met zich meebrengt,

of voor de pleger. Juist de vertrouwensarts is in staat de veiligheidsrisico's goed af te wegen. De kinderarts en vertrouwensarts stemmen hier af hoe dan moet worden gehandeld en welke voorzorgsmaatregelen moeten worden getroffen om de veiligheid van iedere deelnemer te waarborgen en waar nodig directe hulp te kunnen bieden. Zij stemmen vanzelfsprekend ook af wanneer de conclusie van de consensusbijeenkomst met de gezaghebbenden en eventueel het kind worden gedeeld.

Het verdient aanbeveling dat de kinderarts altijd samen met een andere medewerker met de gezaghebbenden spreekt. Spreek de gezaghebbenden wanneer het kind is opgenomen nooit aan het bed van het kind, en spreek hen apart van het kind, liefst beide gezaghebbenden tegelijk (zie module Communicatie met het kind en module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden). Het kan in een later stadium eventueel nog overwogen worden beiden apart te spreken.

Leg de focus van het gesprek op 2 punten:

1. Alles doen wat in het beste belang voor het kind is.
2. De veiligheid van het kind.

Wanneer het vermoeden van KMdF niet is verworpen (*Mogelijkheid 3a, 3b, 4a, 4b en 5* hierboven) worden de volgende punten met de gezaghebbenden besproken:

- Het feit dat KMdF wordt vermoed.
- De reden waarom dit wordt vermoed.
- Alle andere mogelijke oorzaken voor de symptomen van het kind en waarom deze meer of minder waarschijnlijk zijn.
- Eventueel nog volgende aanvullende diagnostiek.
- Het medische beleid inclusief observatie/supervisie/monitoring en plan voor terugkeer naar normaal functioneren op alle terreinen (inclusief stoppen onnodige behandelingen, hulpmiddelen, ongedaan maken van onnodige chirurgische ingrepen et cetera).
- Psychische ondersteuning voor het kind.
- Uitleg KNMG-meldcode (KNMG, 2023) en de te nemen/genomen stappen, uitleg Veilig Thuis.
- Veiligheidsplan.
- De prognose.
- De ondersteunende hulp voor de gezaghebbenden en andere gezinsleden.
- Follow-up plan.
- Vragen gezaghebbenden.

Het wordt aanbevolen wanneer de conclusie van de consensusbijeenkomst is dat het vermoeden van KMdF wordt verworpen (er sprake is van een ziekte die de symptomen verklaart (*Mogelijkheid 1*) of angst, gebrek aan kennis of overbezorgdheid waarbij ouders goed zijn te geruststellen (*Mogelijkheid 2*) waarbij de ouder(s)/verzorger(s) op de hoogte waren van het vermoeden van KMdF, hen een volledige uitleg te geven waarom het vermoeden is ontstaan en welke overwegingen hebben geleid tot het daaruit voortvloeiende medisch handelen. Geef aandacht aan eventuele angst/ongenoegen/stress die hierdoor bij ouder(s)/verzorger(s) en/of kind is opgetreden.

Het gesprek met het kind zal aangepast moeten zijn aan het ontwikkelingsniveau.

Punten van aandacht zijn bovenstaande punten die met gezaghebbenden zijn besproken. Probeer het kind in een rol te plaatsen waarbij het op zijn/haar niveau kan deelnemen aan beslissingen over gezondheid en veiligheid.

Bespreek met oudere kinderen de gedachten en gevoelens die zij hebben over hun gezondheid, met name ook eventuele angsten betreffende de toekomst. Bespreek ook eventuele gedachten en zorgen over de ouder(s) en broertjes/zusjes wanneer het kind dit wil. Loyaliteit ten opzichte van ouder(s) kan kinderen hiervan weerhouden. Besteed zo nodig aandacht aan het verlies van 'de ziekte-rol'.

Zie verder module Communicatie met het kind en module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden. In module Juridische en medisch-ethische aspecten worden juridische aspecten besproken.

Informeren huisarts en zo nodig andere betrokken professionals

De huisarts dient zorgvuldig en continue te worden geïnformeerd, mondeling zowel als schriftelijk, vanwege de lange relatie die de huisarts met alle betrokkenen onderhoudt. Alleen op deze manier is de huisarts in staat alle betrokkenen te ondersteunen en goed samen te werken met alle betrokken partners.

Het informeren van andere betrokken artsen in eerste, tweede of derde lijn en hulpverleners vereist toestemming conform de WGBO. Bij ontbreken van toestemming moet worden afgewogen of dit kan leiden tot schade voor het kind, stap 2 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) moet daarbij in gang worden gezet. Zie verder module Juridische en medisch-ethische aspecten.

Dossiervoering (zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten)

Vanzelfsprekend is het belangrijk zorgvuldige notities te maken in het dossier van alle onderdelen van de gehele medische work-up, en van alle gesprekken met gezaghebbenden, het kind, andere professionals, MDO's et cetera.

Geef duidelijk de bron van iedere afzonderlijke informatie aan en geef informatie gedetailleerd weer en vraag alle betrokken teamleden zo gedetailleerd mogelijk te documenteren.

Voorbeeld: 'driemaal gebrakt' geeft niet weer of de ouder vertelt dat het kind drie keer heeft gebrakt of dat is gezien door een professional dat het kind braakte en het zegt niets over het aspect en de hoeveelheid van het braaksel, wat eraan voorafging, eventueel uitlokkende fenomenen, bijkomende verschijnselen et cetera.

Noteer het vermoeden van KMdF in de differentiaaldiagnose, laat dit niet achterwege, ook niet wanneer dit vermoeden nog niet met gezaghebbenden en kind kan worden gedeeld.

Probeer bij het noteren van observaties een objectieve weergave van de waargenomen feiten te geven zonder deze subjectief te duiden. Alvorens notities definitief te maken kan het in sommige gevallen aan te bevelen zijn de notities te laten meelesen door een collega.

Geef bij een duiding van waargenomen feiten altijd een differentiaaldiagnose.

Het moet direct duidelijk zijn wie de regiebehandelaar (verantwoordelijk kinderarts) is.

Maak duidelijk welke beslissingen zijn genomen en op welke gronden.

Geef onderdelen van gesprekken zo nodig verbatim weer.

Wanneer het dossier door gezaghebbenden wordt opgevraagd moet worden overwogen of er restricties moeten zijn in het kader van de veiligheid van het kind of andere betrokkenen. Raadpleeg altijd de raad van bestuur/medische directie en betrek de juridische afdeling, denk aan de KNMG-artseninfolijn (088-4404242) (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

Denk aan speciale maatregelen om de toegang tot het dossier te beperken voor medewerkers uit uw instelling, raadpleeg hierbij ook de raad van bestuur/medische directie en/of juridische afdeling. Een voorbeeld hiervan is 'breaking the glass'. De professional die dan het dossier wil inzien moet altijd aangeven om welke reden hij dit doet (bijvoorbeeld behandelrelatie).

Het is belangrijk dat de regiebehandelaar met alle betrokkenen (partners in het MDO, huisarts, subspecialisten, vertrouwensarts) afspraken maakt over de dossiervoering, zodat er geen discrepanties ontstaan in de verschillende dossiers.

Andere kinderen in het gezin

Wanneer het vermoeden van KMdF niet is verworpen dient in samenwerking met de vertrouwensarts van Veilig Thuis zo nodig een plan gemaakt te worden voor een kindergeneeskundig onderzoek van broertjes en zusjes.

Ondersteuning staf

Gedurende de gehele medische work-up is het van belang ondersteuning te bieden aan het betrokken behandelteam vanwege de vaak hoge emotionele belasting van medewerkers wanneer het vermoeden van KMdF bestaat.

Splitsing binnen een team is een bekend fenomeen als onderdeel van de dynamiek in de interactie met de pleger van KMdF.

De emotionele schade voor hulpverleners kan groot zijn wanneer duidelijk wordt dat men (in goed vertrouwen) heeft meegewerkt aan de mishandeling en iatrogene schade aan het kind heeft berokkend.

Tenslotte is het geen onbekend fenomeen dat sommige plegers van KMdF er in slagen professionals te misleiden en/of professionele grenzen te laten overschrijden en/of te laten optreden als verdediger van de mishandelde ouder/verzorger waarbij men door deze professionals, ook publiekelijk, kan worden aangevallen met een groot risico op schade voor professionals en het kind.

Peer support kan van groot belang zijn. Soms is professionele ondersteuning en behandeling gewenst. In alle gevallen is het belangrijk dat de professional zo veel mogelijk steun van zijn directe teamleden en leidinggevenden ondervindt.

Onderbouwing

Achtergrond

Wanneer een vermoeden van KMdF in de differentiaaldiagnose staat zal de arts het medisch model blijven volgen, dat wil zeggen: anamnese, lichamelijk onderzoek, observatie, het opstellen van een differentiaaldiagnose, aanvullende diagnostiek gericht op de differentiaaldiagnose met zo nodig inwinnen van

expertise, het opstellen van een werkhypothese (eventueel vermoeden van KMdF) en beleid.

De start positie moet steeds zijn dat de oorzaak van de (ernst van) de signalen en symptomen van het kind onbekend is.

De specifieke aandachtspunten die spelen bij deze onderdelen van de medische work-up als een vermoeden van KMdF in de differentiaaldiagnose staat worden hieronder besproken. In feite gaat het om de medische work-up die kan worden gevolgd in het gehele spectrum van een zogenaamde Inconsistente Presentatie (IP; Perplexing Presentation, PP), zie module Definities in de literatuur, tot en met een sterk vermoeden van KMdF.

Het uitvoeren van een medische work-up bij een vermoeden KMdF is een complexe taak. In principe wil de kinderarts de medische conditie van een kind onderzoeken op basis van objectieve en zo breed mogelijke informatie en daarin met de ouder(s)/ verzorger(s) samenwerken. Wanneer er falsificatie speelt kan het voorkomen dat de informatie die ouder(s)/ verzorger(s) en/of kind aandragen tot verwarring leidt (zie module Definities in de literatuur).

Kinderen die slachtoffer zijn van deze vorm van kindermishandeling kunnen een somatische aandoening hebben waarvan de symptomen niet volledig passend zijn bij de bestaande aandoening en worden uitvergroot, wat een belangrijk aandachtspunt is bij KMdF, en het lastiger kan maken om de falsificatie te herkennen en het vermoeden door middel van een medische work-up feitelijk te onderbouwen dan wel minder waarschijnlijk te maken.

De kinderarts wil enerzijds een bestaande en mogelijk behandelbare aandoening niet missen, anderzijds bestaat bij KMdF het risico dat “normaal medisch handelen van de kinderarts” middels aanvullende diagnostiek, het uitvoeren van een behandeling, verwijzing naar subspecialistische experts en goedkeuring van ziekteverzuim van de patiënt, ondersteuning van de patiënt met hulpmiddelen et cetera leidt tot iatrogene schade.

Bij het medisch handelen moet als het ware steeds worden afgewogen wat het effect op de veiligheid van het kind kan zijn, en welke schade er eventueel door kan ontstaan enerzijds, en moet dit anderzijds worden afgezet tegen de informatie over de gezondheidstoestand of verbetering van de gezondheidstoestand die met het medisch handelen wordt verkregen of zou kunnen worden verkregen.

Vanwege de complexiteit van de medische work-up wordt geadviseerd in een vroeg stadium de geanonimiseerde casus te overleggen met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en met experts op het gebied van KMdF (zie verder). Stop zo mogelijk alle lopende behandelingen die tot schade zouden kunnen leiden tot duidelijk wordt waar het om gaat. Daarnaast dient ook laagdrempelig met subspecialisten worden overlegd met expertise op het gebied van de klachten van het kind, om juist geen somatische diagnose te missen die verklarend kan zijn voor het klinisch beeld. Overweg ook een kinder- en jeugdpsychiater te betrekken vanwege diens specifieke kennis betreffende systeemdynamiek.

Daarnaast zal de kinderarts bij dit vermoeden moeten zorgen voor voldoende tijd om de work-up zorgvuldig te kunnen uitvoeren en zal de kinderarts moeten beslissen of de work-up poliklinisch dan wel (deels) klinisch

moet plaatsvinden, waarbij bij een opname gestreefd moet worden naar een geplande opname met zorgvuldige afspraken vooraf, met name op het gebied van de observaties en de mate van supervisie op de interactie tussen het kind en de ouder(s)/verzorger(s). Aan de gezaghebbenden en het kind zal worden uitgelegd dat intensieve observatie noodzakelijk is omdat er onzekerheid bestaat over de oorzaak van de klachten.

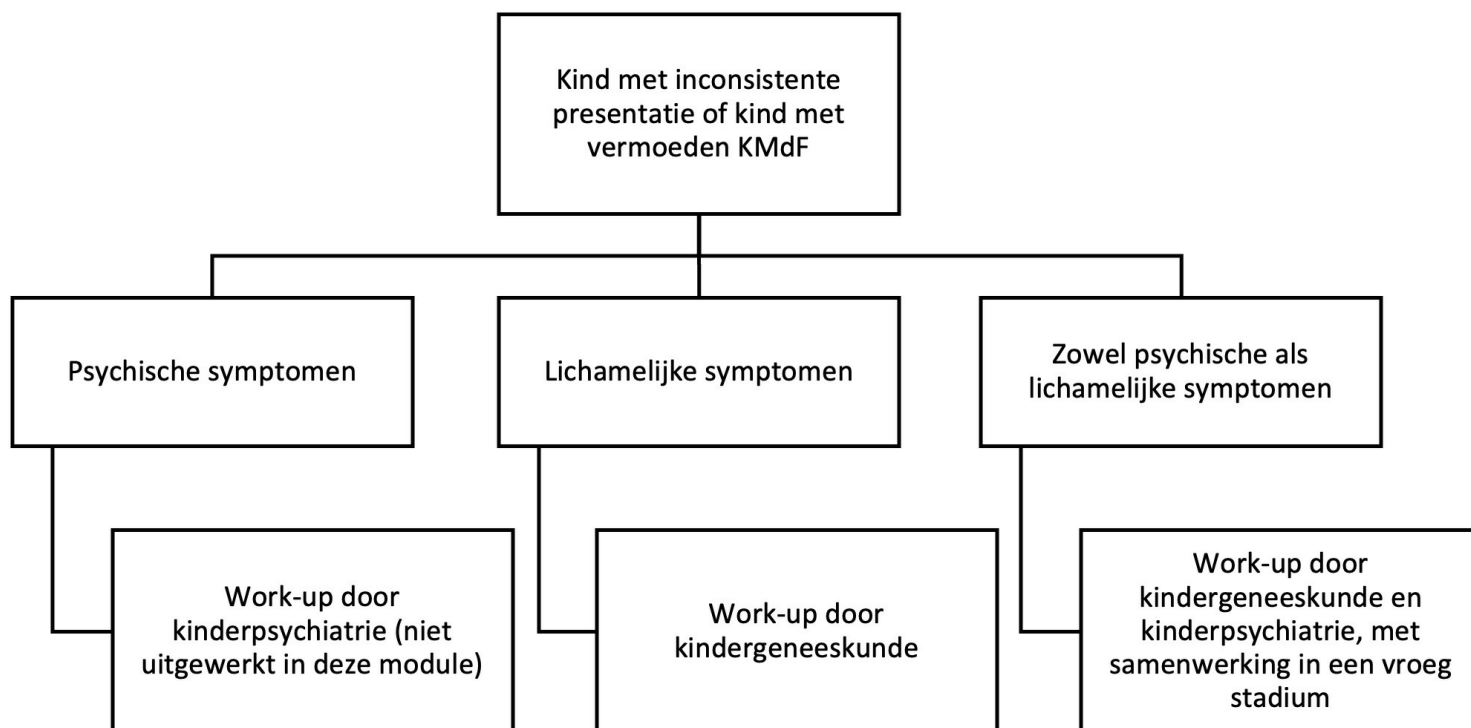
Tenslotte bestaat er nog een ethisch/juridisch dilemma, in de eerste fase van de medische work-up kan in de meeste gevallen het vermoeden van KMdF niet worden gedeeld met de gezaghebbenden omdat dit tot schade en onveiligheid bij het kind kan leiden. Een moreel beraad kan hierbij steunend zijn.

Vooraf bij een opname kunnen ouder(s)/verzorger(s) de indruk krijgen dat professionals een vermoeden hebben van KMdF. Op dat moment kan het voor de regiebehandelaar (verantwoordelijk kinderarts) nog niet mogelijk zijn openlijk over dit vermoeden te praten, maar kan hij of zij alleen zo open en zo feitelijk mogelijk praten over de bezorgdheid over de klinische symptomen van het kind. Het is mogelijk dat de ouder(s)/verzorger(s) de behandelrelatie verbreken. Op dat moment wordt aanbevolen dat de kinderarts de geanonimiseerde casus bespreekt met de vertrouwensarts van Veilig Thuis, met name wanneer de ouder(s)/verzorger(s) niet toestaan dat de medische informatie met het nieuwe behandelteam wordt gedeeld. Betrek tijdig de raad van bestuur/medische directie en juridische afdeling. De mate van te verwachte schade en onveiligheid bij het kind is hierbij leidend.

Alarmsignalen die de kinderarts aan KMdF doen denken zijn te vinden in module Signalen en symptomen – herkennen van KMdF.

Signalering kan ook vanuit een ander veld dan dat van de kinderarts komen. De kinderarts kan geraadpleegd worden door andere zorgprofessionals. Dan kunnen de signalen verder worden geëxploreerd en kan bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg (MDO) geïnitieerd worden. Zie ook module Exploreren vermoeden KMdF.

Het kan voorkomen dat een kinderarts in het kader van een second opinion benaderd wordt en aan de kinderarts wordt gevraagd “blanco en onbevooroordeeld”, dat wil zeggen zonder de beschikking te krijgen over alle voorgaande medische informatie, aan de slag te gaan. Het wordt aanbevolen dit, vanwege het risico op iatrogene schade, dus in het belang van het kind, te allen tijde te weigeren.



Inconsistente Presentatie

Indien er nog geen vermoeden op KMdF bestaat maar sprake is van een IP (zie voor terminologie [module Definities in de literatuur](#)) zal de werkwijze van de kinderarts wat betreft de aanbevelingen met betrekking tot de verschillende aandachtspunten hieronder grotendeels overeenkomen.

Indien er aanwijzingen komen voor schade bij het kind en/of duidelijke falsificatie of inductie met risico op schade schuift IP op naar een vermoeden van KMdF.

De aandachtspunten voor de kinderarts hieronder genoemd bij het onderdeel anamnese, observatie en lichamelijk onderzoek gelden ook bij een IP.

Aarzel ook bij een IP niet bij het opstellen van een differentiaaldiagnose in een vroeg stadium de geanonimiseerde casus te overleggen met experts, waaronder de vertrouwensarts (zie [module Meldcode: aandachtspunten samenwerking bij vermoeden KMdF](#)). Overweeg de casus ook voor te leggen aan een kinder- en jeugdpsychiater. Bij een IP is het eveneens van groot belang alle informatie uit de voorgeschiedenis te verzamelen.

Bijzondere methoden van aanvullend onderzoek zoals hieronder beschreven onder 3.1, 3.3, 3.4 en 3.5) hebben bij IP in principe geen plaats (separatie-opname, verborgen videoregistratie, familieleden spreken, actief opletten op verrassende spullen, afwijkend aspect en geur van voeding of lichaamsmateriaal, sondes en lijnen). Natuurlijk kan het wel voorkomen dat er observaties plaatsvinden die wel een vermoeden van KMdF doen ontstaan.

Een klinische opname (zie 3.2 hieronder) kan soms wel meer informatie opleveren en kan worden overwogen.

Ook bij een IP wordt aanbevolen in een multidisciplinaire bijeenkomst tot het stellen van een diagnose te komen, waarbij een vermoeden KMdF dan expliciet moet worden verworpen, evenals een toch vast te stellen ziekte.

De communicatie met ouders en kind en het met hen opstellen van een behandelingsplan heeft een heel ander karakter dan bij een vermoeden van KMdF. Hierbij kan verwezen worden naar de richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij kinderen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2018), zie modules Multidisciplinaire therapie bij kinderen met SOLK en Communicatie bij SOLK. Uitgangspunten hierbij zijn een gezamenlijke probleemdefinitie, uitwerken biopsychosociaal model en gebruik verklaringsmodellen, behandelplan opstellen gericht op herstel met voldoende georganiseerde follow-up. Glaser (2019) beschrijven in hun artikel dat de aanpak zoals beschreven in de richtlijn SOLK bij kinderen, mitst toegepast in een vroeg stadium, escalatie naar KMdF zou kunnen voorkomen.

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Glaser D, Davis P. For debate: Forty years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 2: Management of perplexing presentations including FII. Arch Dis Child. 2019 Jan;104(1):7-11. doi: 10.1136/archdischild-2016-311326. Epub 2018 Apr 4. PMID: 29618483.

Institute for Positive Health (IPH). (z.d.). Kindtool Mijn positieve gezondheid. Geraadpleegd via <https://www.iph.nl/kindtool-mijn-positieve-gezondheid/>

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>

Kwakman E. Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling. 2017 Nov. Beschikbaar van: https://vertrouwensartsen.nl/wp-content/uploads/2021/05/handreiking_samenwerken-bij-strafbare-kindermishandeling.pdf

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij kinderen. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2018. Beschikbaar van: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/solk_bij_kinderen/definitie_solk_bij_kinderen.html

Vakgroep Forensische Geneeskunde. Handreiking (letsel)fotografie door de forensisch arts. 2022. Beschikbaar van: <https://www.forgen.nl/file/0b67e216fe5c8faded9a65a723df69ee>

Verenigde Naties. International Verdrag inzake de Rechten van het Kind, 20 november 1989, Tractatenblad 1990, 170. Geraadpleegd via https://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18#Verdrag_2. 1989.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Afdeling 5 (art. 7:446 tot en met 7:468 BW). 1 mei 2024.

Geraadpleegd via https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2012-06-13#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5

Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan

Uitgangsvraag

Welke aandachtspunten moeten opgenomen worden in het onderzoek en het op te stellen veiligheidsplan door Veilig Thuis bij een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF).

Aanbeveling

Zet de dienst 'Onderzoek' in bij een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF), ook als er al een gecertificeerde instelling betrokken is.

Werk *samen met* voorgenoemde organisaties als het gezin onder de verantwoordelijkheid valt van een gecertificeerde instelling of als de Raad voor de Kinderbescherming betrokken is. Draag de zorgmelding niet direct over aan de betrokken instantie zoals gebruikelijk is en beschreven is in het Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019.

Zorg als vertrouwensarts van Veilig Thuis voor betrokkenheid na afsluiten van het onderzoek van Veilig Thuis, ook wanneer de Raad voor de Kinderbescherming onderzoek doet, of een jeugdbeschermer betrokken is/wordt, met name op evaluatie momenten.

Overweeg vooronderzoek als bij de melding onvoldoende duidelijk is wat de gevolgen kunnen zijn als ouders geconfronteerd worden met het vermoeden van KMdF.

Betrek een (externe) tweede vertrouwensarts om gedurende het onderzoek een objectieve beoordeling te behouden en tunnelvisie te voorkomen.

Toets gedurende het gehele onderzoekstraject regelmatig of de veiligheidsafspraken nog voldoen.

Werk conform de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling en stem af met het Openbaar Ministerie. Zet de samenwerking voort gedurende onderzoek en monitoring van Veilig Thuis.

Maak gebruik van de specifieke aandachtspunten in het gesprek met ouders:

- Visie van ouders op ziek zijn:
 - Eigen ervaringen met ziek zijn vanuit gezin van herkomst.
 - Voorgeschiedenis van de ouders in eigen gezin van herkomst.
 - Medische en psychische voorgeschiedenis van ouders.
 - Zwangerschap/bevalling/miskramen.
 - Huidige ziekten/symptomen en beperkingen van ouders.
- Visie op ziekte van het kind(eren):
 - Beperkingen die het kind volgens ouders ervaart.
 - Schoolverzuim, eventueel aanpassingen op school en thuis.
 - Voorgeschiedenis ziektebeeld kind.
 - Tijdlíjn klachten en problemen.

- Hoe zijn gezondheidsproblemen ontstaan, beloop.
- Hulpverlening, eerder betrokken hulpverlening), betrokken (medisch)professionals en eerder betrokken (medisch) professionals.
- Heeft kind baat gehad bij hulp/behandeling.
- Sociaal isolement, beperkingen in sociaal contact.
- Invloed van de ziekte op het gezin, wie zorgt het meest:
 - Familieanamnese, voorgeschiedenis van gezin.
 - Hoe is het thuis geregeld; persoonsgebonden budget, thuiszorg.
 - Welke hulpverleners (voor het gezin) nu en eerder betrokken.
 - Welke zorg is nu nodig.
 - Netwerk (vrienden/familie).
 - Aandacht voor broers/zussen van een kind met veel medische problematiek in het gezin: wat is de impact daarvan op de broertjes en zusjes?
- Hoe gaan ouders om met de zorglast? Wat betekent het voor het gezin?
 - Internet gebruik, sociale media, blog.
 - Opleidingsniveau/werk/dagbesteding ouders.
 - Ondersteuning bijvoorbeeld lotgenoten contacten of belangenvereniging.
- Reactie ouders op de melding.

Spreek met het kind.

Neem kennis van de vragen die aan de informant gesteld kunnen worden:

- Reden betrokkenheid/beëindigen betrokkenheid en tijdlijn?
- Door wie is kind verwezen/met welke vraag en met welke klinische symptomen, welke klachten?
- Wie geeft de klachten aan, kind of ouder?
- Bijzonderheden in (behandel-) relatie met ouders? (bijvoorbeeld: mag er afgestemd worden met andere professionals?)
- Past gedrag van de ouder(s) bij de ernst van de medische situatie?
- Is er een discrepantie tussen wat ouders vertellen en wat je gezien hebt/verwacht?
- Gestelde diagnoses en weerlegde diagnoses.
- Op basis van welke gegevens of onderzoeken?
- Hoe heeft het kind gereageerd op de behandelingen?
- Worden adviezen opgevolgd, zo nee, reden?
- Zijn er complicaties van onderzoeken of behandelingen?
- Zijn er acute of levensbedreigende situaties geweest?
- Is ooit gedacht aan melden bij Veilig Thuis of advies gevraagd aan Veilig Thuis (overleg met de vertrouwensarts)?
- Is ooit gedacht aan KMdF, waarom wel/niet?

Borg de veiligheid na afsluiten onderzoek. Daarbij zijn een uitgebreid veiligheidsplan, het aanstellen van één coördinerend kinderarts en het delen van de veiligheidsafspraken met alle betrokken professionals essentieel.

Overweeg een Kinderbeschermingsmaatregel (ondertoezichtstelling (OTS)/uithuisplaatsing (UHP)) bij voorkeur vanuit een (verlengde) monitorfunctie van Veilig Thuis.

Overwegingen

Veilig Thuis werkt via een protocollair werkproces waarin de verschillende fasen elkaar stapsgewijze opvolgen en waarbij na een risicotaxatie op veiligheid een besluit genomen wordt met betrekking tot een vervolgstap. Dit werkproces is vastgelegd in het Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019 (Baeten, 2018).

Na het aannemen van de melding wordt deze getoetst en beoordeeld op acute onveiligheid, middels het risicotaxatie instrument dat Veilig Thuis hiervoor hanteert. Bij acute onveiligheid volgt direct een interventie. Bij een vermoeden van KMdF wordt sterk aangeraden om de dienst 'Onderzoek' als vervolgstap te kiezen, omdat een vermoeden van KMdF uitgebreid onderzoek verlangt en een intensieve inzet van alle disciplines. Ook als ouders aangeven mee te willen werken en open te staan voor hulpverlening en er volgens het Handelingsprotocol gekozen kan worden voor de dienst Voorwaarden en Vervolg (V&V), is het noodzakelijk te kiezen voor de Dienst onderzoek omdat de complexe medische problematiek die bij een vermoeden van KMdF wordt gemeld, onderzocht en geduid moet worden in de context van veiligheid en onveiligheid. Daarbij is ook onderzoek van de context, het gehele gezinssysteem, de dynamiek in het gezin noodzakelijk. Het onderzoek zal richting geven aan welke vorm van hulpverlening en welk veiligheidsplan het meest passend is.

Indien het gezin onder de verantwoordelijkheid valt van een Gecertificeerde Instelling (GI) of als de Raad voor de Kinderbescherming betrokken is, werkt Veilig Thuis *samen met* voorgenoemde organisaties en draagt de zorgmelding niet direct over aan de betrokken instantie zoals gebruikelijk is en beschreven is in het Handelingsprotocol (Baeten, 2018). De expertise van de vertrouwensarts is noodzakelijk om de complexe medische problematiek te onderzoeken en te duiden. In de huidige situatie ontbreekt de medische expertise bij zowel de Gecertificeerde Instellingen als bij de Raad voor de Kinderbescherming. Een onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming kan parallel aan het onderzoek van Veilig Thuis lopen. Gedurende het onderzoek van Veilig Thuis wordt voortdurend afgestemd met de betrokken instanties over de voortgang van het onderzoek, de samenwerking met ouders en een eventuele dreigende onveiligheid waarvoor de specifieke inzet van de betrokken ketenpartners (Jeugdbescherming, Raad voor de Kinderbescherming) noodzakelijk is.

Het onderzoek van Veilig Thuis leidt tot het bevestigen of weerleggen van de opgestelde hypothese en het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het vermoeden van KMdF wordt na het onderzoek weerlegd, bevestigd of niet bevestigd. In vooraf geformuleerde onderzoeksvragen welke mede gebaseerd zijn op de gemelde zorgen, zal meer geconcretiseerd worden naar welke specifieke vorm(en) van kindermishandeling Veilig Thuis onderzoek doet (bijvoorbeeld psychische mishandeling/verwaarlozing, fysieke mishandeling et cetera). Daarnaast zullen veiligheidsvoorwaarden en -afspraken gemaakt worden. Het onderzoek wordt gevolgd door een monitoringsperiode (zie module Follow-up). Gedurende alle fasen van het onderzoek is zorgvuldige dossiervoering noodzakelijk (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten deelvraag 13).

Net zoals in de aanloop tot de melding (meldingsfase) is er gedurende de betrokkenheid van Veilig Thuis een risico op verergering van de gemelde (medische) problematiek (escalatie). Dit maakt het noodzakelijk om in

de verschillende stappen van de onderzoeksfase de veiligheidsafspraken te blijven toetsen en daarmee de veiligheid van het kind (de kinderen) te blijven borgen.

Het is daarom belangrijk om in de onderzoeksfase van Veilig Thuis regelmatig af te stemmen met en samen te werken met de coördinerend (kinder)arts en andere professionals in de directe omgeving van het kind (te denken aan onderwijs).

Aannemen van advies/melding

Het onderzoek door Veilig Thuis kent twee mogelijke uitgangssituaties. Zie stap 1 in module Meldcode: aandachtspunten samenwerking bij vermoeden KMdF.

Er is onderscheid tussen meldingen waarbij de ouders door de melder op de hoogte zijn gesteld van het vermoeden van KMdF en meldingen waarbij de ouders daar nog niet van op de hoogte zijn.

1. Wanneer ouders op de hoogte zijn van het vermoeden van KMdF, doorloopt de melding het standaard proces na het aannemen van een melding. Immers, er is geen reden geweest om de informatie uit de melding (nog) niet met ouders (en/of kind) te bespreken. Dit traject is vooraf afgestemd met de vertrouwensarts waarbij ook in de melding beschreven is *welke* informatie met ouders en kind is gedeeld en hoe hun reactie hierop was. Ook moet goed afgesproken worden dat alle informatie die in een voortraject met elkaar gedeeld is, in de melding terugkomt omdat informatie uit een adviesoverleg waarbij de casus geanonimiseerd is- niet gekoppeld kan worden aan een melding. Voorkomen moet worden dat informatie verloren gaat.
2. Wanneer ouders (nog) niet op de hoogte zijn van het vermoeden van KMdF en dat verschillende redenen hebben, te weten:
 - De acute veiligheid van het kind (of eventueel andere kinderen) of de veiligheid van de ouder zelf kan in het geding zijn als de zorgen en de melding bij Veilig Thuis zijn besproken. De reactie van de ouder/verzorger op het bespreken van de zorgen en de melding bij Veilig Thuis kan onvoorspelbaar zijn.
 - Er zijn aanwijzingen voor strafbare kindermishandeling waarvoor in het voorafgaande traject (in de aanloop tot de melding), overleg met de OvJ heeft plaatsgevonden (conform de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling).
 - Bij meldingen wegens vermoeden KMdF moet een zorgvuldige afweging gemaakt worden op welke manier de ouders op de hoogte worden gebracht van de gemelde vermoedens. Daarbij moet aandacht zijn voor welke veiligheidsmaatregelen daarbij passend zijn.

Veiligheidstaxatie en opstellen Plan van Aanpak

Veilig Thuis hanteert een methodische en navolgbare wijze van onderzoek (VVAK richtlijn medisch- complexe vormen van kindermishandeling, 2020). Ten behoeve van de veiligheidstaxatie wordt de meldingsinformatie verrijkt (aangevuld) met informatie uit eerdere Veilig Thuis dossiers, relevante registraties van de politie en registraties in de verwijzingsindex risicojongeren. Ook wordt getoetst of het gezin bekend is bij de Raad vd Kinderbescherming. Op deze manier leidt alle relevantie informatie tot een zo goed mogelijke inschatting van de vermeende onveiligheid en kan navolgbaar tot een vervolgstap worden gekomen.

De meldingen betreffende een vermoeden van KMdF zijn vrijwel allemaal acuut (criterium A) onveilig vanwege de mogelijke escalatie van de klinische presentaties. Het onderzoek wordt dan met spoed opgestart. Ook als vanuit de veiligheidstaxatie niet een acute onveiligheid wordt ervaren maar er aanwijzingen zijn voor structurele onveiligheid, is het verstandig het onderzoek met spoed op te starten omdat ouders, wanneer zij weten dat er een melding bij Veilig Thuis is gedaan, angstig en onzeker kunnen worden wat tot een grotere onveiligheid van het kind kan leiden, en/of tot een toename van de medische problematiek van het kind.

Vanuit het besluit om onderzoek te doen worden in een Multidisciplinair Overleg (MDO) zorgvuldige onderzoekshypotheses opgesteld, aangevuld met onderzoeksvragen. Deze hypothesen bevatten ook altijd een hypothese waarin gesteld wordt dat er geen sprake is van KMdF. Dit voorkomt onderzoek waarin gezocht wordt naar een bevestiging van het vermoeden en bevordert een neutrale onderzoekende houding. Deze hypothesen en onderzoeksvragen vormen de basis van het op te stellen plan van aanpak waarin vastgelegd wordt op welke manier informatie wordt verzameld.

Aanwezig bij het MDO zijn in ieder geval:

- Vertrouwensarts (verantwoordelijk voor de medische informatie in het dossier).
- Dringend advies om ook een (externe) tweede vertrouwensarts te betrekken.
- Gedragswetenschapper.
- Dossierhouder(s).

Afhankelijk van de inhoud van de melding:

Overweeg om ook een vertegenwoordiger van het management/directie en/of een jurist van Veilig Thuis te laten aansluiten op het moment dat juridische ondersteuning (denk aan advocaat) vanuit het gezin aanwezig is, klachtenprocedures en/of media-aandacht verwacht worden.

In het start MDO/Plan van Aanpak worden de volgende aandachtspunten besproken:

- De onderzoeksvragen worden zorgvuldig geformuleerd, waarbij het accent van de onderzoeksvraag ingegeven wordt door de gemelde vermoedens. Er worden sub-vragen geformuleerd gericht op de vermeende en te onderzoeken vorm van kindermishandeling. Het is belangrijk verschillende hypothesen ten aanzien van het gemelde vermoeden te formuleren en te onderzoeken, zoals: 1. Er is sprake van KMdF/ 2. Er is geen sprake van KMdF maar de klachten worden verklaard door een somatische aandoening/ 3. Er is noch sprake van KMdF noch van somatische aandoeningen.
- Taakverdeling waarbij de vertrouwensarts de medische problematiek (inclusief de medische/psychische voorgeschiedenis) van de direct betrokkenen in kaart brengt en analyseert en daarmee het vermoeden van KMdF onderzoekt, gericht op het vaststellen of weerleggen van het vermoeden.
- Analyse van de situatie en het formuleren van de te verwachten risico's op escalatie.
- Vooronderzoek overwegen als de veiligheidsrisico's (van het kind) onvoldoende concreet zijn op het moment dat ouders benaderd worden door Veilig Thuis. Deze situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen wanneer de melder niet de betrokken kinderarts is.
- Raad voor de Kinderbescherming betrekken bij een vermoeden van risico op acute escalaties en onveiligheid.
- Bij de potentieel (op korte termijn) levensbedreigende KMdF wordt al voorafgaand aan de melding – of

anders vroegtijdig tijdens het (voor-)onderzoek – het overleg met politie/justitie gezocht om het vermoeden van strafbare kindermishandeling te bespreken conform de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling (Kwakman, 2017). Het overleg en een eventuele melding bij de politie is onder andere gericht op het tijdig in kunnen zetten van de eigen opsporingsmogelijkheden van Openbaar Ministerie (OM)/politie, het veiligstellen van bewijsmateriaal (bijvoorbeeld urine, bloed, feces en maaginhoud) en het voorkomen dat informatie verloren gaat. De rol van het OM zal per casus verschillend zijn en is mede afhankelijk van welke vorm van falsificatie vermoed wordt. Vroegtijdig overleg en afstemming is belangrijk om ieder zijn eigen noodzakelijk geacht onderzoekstraject te kunnen laten doorlopen waarbij de veiligheid van het kind/de kinderen altijd prioriteit heeft. In deze afweging is het ook noodzakelijk om in te schatten wat de betrokkenheid van politie voor ouders en de samenwerking met ouders betekent. Een eventueel strafrechtelijk onderzoek loopt parallel aan het onderzoek van Veilig Thuis waarbij Veilig Thuis zicht richt op veiligheid en bedreigde ontwikkeling. Het is belangrijk dat de stappen in het onderzoek van Veilig Thuis en het OM onderling worden afgestemd hetgeen bijdraagt aan de beoordeling en de inzet van veiligheidsmaatregelen.

- Indien ouders nog niet door de melder zijn geïnformeerd over de melding bij Veilig Thuis, maakt Veilig Thuis afspraken met de melder hoe en wanneer betrokkenen worden geïnformeerd en wat aan veiligheidsafspraken daarbij nodig zijn.

Toets multidisciplinair of aan de hand van de inhoud van de meldtekst of de juiste vormen van vermoedelijke kindermishandeling is aangevinkt. Deze horen aan te sluiten bij de onderzoeksvraag/hypothese die ook geformuleerd moeten zijn op basis van de gemelde zorgen. De term KMdF kan hier gebruikt worden indien deze term terugkomt in de meldtekst (houdt er rekening mee of de term specifiek met ouders is besproken) of wanneer er signalen zijn die kunnen wijzen op KMdF. Ieder vermoeden moet worden bevestigd of weerlegd.

Onderzoek vanuit Veilig Thuis naar een vermoeden van KMdF

Het onderzoek vanuit Veilig Thuis zal leiden tot het vaststellen of het vermoeden van KMdF kan worden bevestigd of weerlegd. Indien het niet kan worden bevestigd, wordt ander onderliggende problematiek in de onderbouwing van de conclusie opgenomen (zie module Meldcode: aandachtspunten samenwerking bij vermoeden KMdF en module Medische work-up bij vermoeden van KMdF). Het doel van het onderzoek is erop gericht om naast de directe veiligheid van het kind ook een eventuele bedreiging van de ontwikkeling (in de breedste zin van het woord) in kaart te brengen.

Het onderzoek bij KMdF behelst minimaal:

- Gesprek(ken) met ouders (advies om indien belangenverenigingen of juridische ondersteuning betrokken is, met ouders zelf het gesprek te voeren; zie module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden).
- Gesprek(ken) met kind (zie module Communicatie met het kind).
- Besprek op welk moment en op welke manier het kind gesproken wordt en wat het doel is van het gesprek. Overweeg de inzet van een gestructureerd kind interview volgens de NICHD (National Institute of Child Health and Human Development) methode (Olafson, 2012).
- Gesprek(ken) met broertjes en zusjes.
- Het verkrijgen of opstellen van een tijdslijn, onder andere van de (klinische) presentaties van het kind en

de daarbij behorende verworpen of bevestigde diagnoses. Analyse van de tijdlijn is gericht op het herkennen van patronen, reeds verworpen diagnoses, duur van de problematiek, verandering in karakter van de problematiek over de jaren heen, welke diagnoses zijn gesteld en op basis van welke onderzoeken/objectieve observaties of anamnestic criteria. Is daarbij externe deskundigheid gevraagd?

- Informantenonderzoek.
- Het (bij voorkeur volledige) patiëntendossier wordt geanalyseerd op ziekteverloop en verwijspatroon door een vertrouwensarts.
- Functioneren van het kind buiten aanwezigheid van ouders (onder andere op school).
- In gesprek met school aandacht voor aanwezigheid, rustmomenten, aanpassingen lesrooster, buitenspelen, rolstoel, aangepast meubilair en eventuele andere aanpassingen die ingericht zijn op vermeende functionele beperkingen.
- In kaart brengen van mogelijke winst bij ouders van de ziekte van het kind.
- Aandacht voor gezondheid huisdieren in het gezin in het kader van patroonherkenning.
- Aandacht voor de gezondheid van broertjes en zusjes en ook van ouders zelf, in het kader van patroonherkenning.
- Bij huisbezoek aandacht voor aanwezigheid van traplift, rolstoel, aangepast meubilair en eventuele andere aanpassingen die ingericht zijn op vermeende functionele beperkingen.
- Vragen naar medicatie gebruik van het kind, door wie voorgeschreven, door wie verstrekt?

Het onderzoek bij Veilig Thuis wordt gedaan door een vertrouwensarts in nauwe samenwerking met een collega vertrouwensarts (intern/extern), een gedragswetenschapper en maatschappelijk werker. Bij complexe casuïstiek wordt dringend geadviseerd om bij MDO een (externe) collega vertrouwensarts met expertise KMdF te betrekken en gedurende het gehele onderzoek van Veilig Thuis betrokken te houden. Een ervaren vertrouwensarts met expertise KMdF is belangrijk om het proces te bewaken met een objectieve blik, advies te geven en ervoor zorg te dragen dat tunnelvisie wordt voorkomen. Het onderzoek richt zich niet alleen op het analyseren van de medische problematiek van kind, de beleving van ziekte en gezondheid door ouders, maar behelst ook het in kaart brengen van de context en de dynamiek van het hele gezinssysteem.

Bij het vermoeden van KMdF is het noodzakelijk meerdere MDO's te plannen met aanwezigheid van diverse disciplines zoals vertrouwensartsen, gedragswetenschappers, casushouder/dossierverantwoordelijke, jurist en management. Op indicatie ook met politie/OM en Raad voor de Kinderbescherming.

Dit is noodzakelijk om de veiligheidsafspraken te evalueren (versoepelen/aanscherpen), te toetsen op de onderzoeksvragen en verantwoording af te leggen over de duur van de betrokkenheid van Veilig Thuis. Een onderzoek naar een vermoeden van KMdF duurt gemiddeld langer dan de 10 weken die in het Handelingsprotocol Veilig Thuis hiervoor staat beschreven (Baeten, 2018).

Specifieke aandachtspunten in gesprek met ouders/verzorgers (zie [module Communicatie met ouders/verzorgenden/gezagdragenden](#)):

- Visie van ouders op ziek zijn:
 - Eigen ervaringen met ziek zijn vanuit gezin van herkomst.
 - Voorgeschiedenis van de ouders in eigen gezin van herkomst.
 - Medische en psychische voorgeschiedenis van ouders.

- Zwangerschap/bevalling/miskramen.
- Huidige ziekten/symptomen en beperkingen van ouders.
- Visie op ziekte van het kind(eren):
 - Beperkingen die het kind volgens ouders ervaart.
 - Schoolverzuim, eventueel aanpassingen op school en thuis.
 - Voorgeschiedenis ziektebeeld kind.
 - Tijdslijn klachten en problemen.
 - Hoe zijn gezondheidsproblemen ontstaan, beloop.
 - Hulpverlening, eerder betrokken hulpverlening, betrokken (medisch) professionals en eerder betrokken (medisch) professionals.
 - Heeft kind baat gehad bij hulp/behandeling.
 - Sociaal isolement, beperkingen in sociaal contact.
- Invloed van de ziekte op het gezin, wie zorgt het meest:
 - Familieanamnese, voorgeschiedenis van gezin.
 - Hoe is het thuis geregeld; persoonsgebonden budget (PGB), thuiszorg.
 - Welke hulpverleners (voor het gezin) nu en eerder betrokken.
 - Welke zorg is nu nodig.
 - Netwerk (vrienden/familie).
 - Aandacht voor broers/zussen van een kind met veel medische problematiek in het gezin: wat is de impact daarvan op de broertjes en zusjes?
- Hoe gaan ouders om met de zorglast? Wat betekent het voor het gezin?
 - Internet gebruik, sociale media, blog.
 - Opleidingsniveau/werk/dagbesteding ouders.
 - Ondersteuning bijvoorbeeld lotgenoten contacten of belangenvereniging.
- Reactie ouders op de melding.

Sprekend kind (zie module Communicatie met het kind)

Het is in alle situaties waarbij er een vermoeden is van een vorm van kindermishandeling, noodzakelijk om kinderen te spreken en te zien. Bij vermoeden van KMdF zijn de ouders/verzorgers vaak terughoudend om toestemming te geven voor het spreken van het kind/de kinderen. De belastbaarheid van het kind als gevolg van de medische problematiek wordt daarbij regelmatig aangehaald als onderbouwing. Wees hierop voorbereid bij het plannen en bespreekbaar maken van dit gesprek. Kinderen hebben er recht op omgesproken te worden; dit betreft zowel het kind waar zorgen over zijn gemeld als de broertjes en zusjes. (Zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

Een gesprek met het kind kan een verschillend doel hebben, bijvoorbeeld uitvragen hoe het met het kind gaat of uitleggen waarom Veilig Thuis betrokken is, maar ook bijvoorbeeld een gesprek om uit te leggen dat het kind niet ziek is. Daarom is het belangrijk een gesprek beperkt in tijd te houden, meerdere keren met het kind te spreken en vooral ook rekening te houden met de impact en de gevolgen voor het kind als je met het kind gesproken hebt. Wees je bewust van de dynamiek tussen ouders en kind en van loyaliteit en vraag je af wie de juiste persoon is om dit gesprek te voeren en wat er nodig is na een gesprek. Aandachtspunten voor deze gesprekken met kinderen zijn beschreven in module Communicatie met het kind.

Informanten

In casuïstiek waarbij er een vermoeden van KMdF is, zijn de ouders/verzorgers vaak in de regie en bepalend hoe en wat er met welke professionele collega's mag worden afgestemd. Ze gaan daarbij voorbij aan de wetgeving op gebied van gegevensuitwisseling ten behoeve van de behandeling en ten behoeve van een onderzoek door Veilig Thuis. De weerstand die de ouders daarbij opwerpen maakt het ingewikkeld om de tijdlijn, de klinische presentaties, het diagnostisch onderzoek en de bevestigde dan wel weerlegde diagnoses overzichtelijk te krijgen.

Het is aan te raden om voordat je het benaderen van informanten met ouders/verzorgers bespreekt, de wetgeving op dit gebied helder te hebben. (Zie module Juridische en medisch-ethische aspecten, deelvraag 5).

Het is om deze reden ook belangrijk dat de betrokken medisch behandelaar, bij de melding, al een tijdlijn aanlevert. Dit kan dan het uitgangspunt zijn waarop meer informatie uitgevraagd moet worden.

Veilig Thuis krijgt vaak alleen de beschikking over medische correspondentie (ontslagbrieven) waardoor ingezette diagnostiek, gestelde en weerlegde diagnoses en ingezette behandeling niet onderzocht kunnen. Dit kan leiden tot onvoldoende informatie op grond waarvan Veilig Thuis gedegen onderzoek kan doen. Het kan voor onderzoek van Veilig Thuis in casuïstiek met vermoedens van KMdF wenselijk zijn het gehele medisch (en verpleegkundig) dossier te ontvangen.

Door ouders kan bedreigd worden met juridische stappen door een betrokken belangenvereniging of juridische ondersteuning. Ook hier is het belangrijk om zelf goed op de hoogte te zijn onder welke omstandigheden professionals informatie mogen delen. Ook zonder toestemming van de ouders (Jeugdwet; Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023)); zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

Van ieder contact tussen Veilig Thuis en een informant wordt een geaccordeerd verslag in het dossier opgenomen. Informanten moeten zich ervan bewust zijn dat het verslag onderdeel van het Veilig Thuis dossier wordt en daarmee ter inzage aan ouders. Ook kan het verslag onderdeel worden van een Raadsonderzoek of melding aan de politie zoals in alle gevallen van een vermoeden van strafbare kindermishandeling. Bij het delen van (medische) informatie moet steeds de afweging gemaakt worden welke (medische) informatie wordt gedeeld en wat het beoogde doel is van het delen van (medische) informatie. De vertrouwensarts heeft hier een belangrijke taak in (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

De volgende aspecten worden bij de informanten uitgevraagd:

- Reden betrokkenheid/beëindigen betrokkenheid en tijdlijn?
- Door wie is kind verwezen/met welke vraag en met welke klinische symptomen, welke klachten?
- Wie geeft de klachten aan, kind of ouder?
- Bijzonderheden in (behandel-) relatie met ouders? (bijvoorbeeld: mag er afgestemd worden met andere professionals?)
- Past gedrag van de ouder(s) bij de ernst van de medische situatie?
- Is er een discrepantie tussen wat ouders vertellen en wat je gezien hebt/verwacht?

- Gestelde diagnoses en weerlegde diagnoses.
- Op basis van welke gegevens of onderzoeken?
- Hoe heeft het kind gereageerd op de behandelingen?
- Worden adviezen opgevolgd, zo nee, reden?
- Zijn er complicaties van onderzoeken of behandelingen?
- Zijn er acute of levensbedreigende situaties geweest?
- Is ooit gedacht aan melden bij Veilig Thuis of advies gevraagd aan Veilig Thuis (overleg met de vertrouwensarts)?
- Is ooit gedacht aan KMdF, waarom wel/niet?

Opname/klinische second opinion (zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF)

Veilig Thuis (de vertrouwensarts) zal indien noodzakelijk een kind direct willen laten opnemen in een ziekenhuis voor acute veiligstelling en/of voor observatie en objectiveren van klachten waarbij de aanwezigheid van ouders beperkt en gecontroleerd is (separatieopname). Dit uiteraard in overleg met de betrokken kinderarts en mogelijkheden op dat moment. Veilig Thuis kan ervoor kiezen het kind in een *ander* ziekenhuis op te laten nemen, niet zijnde het ziekenhuis waar het kind onder behandeling is, in het geval de behandelend kinderarts de zorgen over het vermoeden van KMdF niet/onvoldoende deelt of wanneer bijvoorbeeld een academische setting noodzakelijk is.

Voor de kinderafdeling en voor de ouders zijn duidelijke afspraken een vereiste zoals bijvoorbeeld afspraken rondom contact/bezoek tussen ouder en kind. Zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF.

Indien ouders vrijwillig meewerken aan een separatie opname moeten alle afspraken duidelijk op papier worden vastgelegd.

Het is raadzaam om afspraken behorende bij een klinische second opinion/separatie in een MDO vast te leggen en waar nodig de jurist te betrekken.

Aandachtspunten bij de opname (klinische second opinion) (zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF):

- Veilig Thuis formuleert (samen met behandelend team) een helder doel van de opname.
- Indien het kind wordt opgenomen in een ander ziekenhuis dan waar het kind onder behandeling is, geven ouders toestemming voor het opvragen en uitwisselen van de medische informatie tussen de betrokken kinderarts die de separatie opname (klinische second opinion) vormgeeft en de kinderarts die betrokken is bij de behandeling. Het betreft medische informatie van bijvoorbeeld andere/eerder betrokken (medisch) specialisten.
- Geschatte opname duur bespreken.
- Vaste contactmomenten tussen ouders-behandelend artsen.
- Begeleid contact ouders-kind in het ziekenhuis.
- Afspraken over overige contactmomenten zoals face-timen (begeleid).
- Dagprogramma kind.
- Omschrijving van wat er van ouders wordt verwacht. Indien wordt afgeweken van gemaakte afspraken wordt dit zo snel mogelijk met de vaste contactpersonen (kinderafdeling/Veilig Thuis) met ouders

besproken.

- Vaste contactpersonen verpleging-artsen-Veilig Thuis.

Indien ouders niet instemmen met een opname voor klinische second opinion/evaluatie van de vermeende medische problematiek inclusief de daarbij behorende veiligheidsafspraken, wordt de stap naar de Raad voor de Kinderbescherming met ouders besproken. In dit gesprek moet de veiligheid van het kind voorop staan. Op het moment dat ouders niet mee willen werken aan een klinische observatie met voorwaarden, kan er een voor het kind acuut gevaarlijke situatie ontstaan. Deze afweging moet gemaakt worden met de Raad voor de Kinderbescherming. Een spoedmaatregel (kinderbeschermingsmaatregel) behoort dan tot de mogelijkheden.

Conclusie

Het vermoeden van KMdF wordt bevestigd of weerlegd. Dit vraagt gedegen en zorgvuldig onderzoek en een zorgvuldige analyse van de (medische) problematiek dat leidt tot een goed onderbouwde conclusie. Onderbouwd wordt welke factoren daarin een bedreiging vormen voor de ontwikkeling van het kind, zowel fysiek, psychisch als sociaal-emotioneel.

Naast KMdF kunnen er ook andere vormen van kindermishandeling aanwezig zijn.

Beantwoord in je conclusie in ieder geval de volgende vragen:

1. Wordt de acute of de structurele veiligheid en de ontwikkeling van het kind (op enig moment) bedreigd?
2. Zijn de gezondheidsproblemen van kind gefalsificeerd, ontstaan of verergerd door handelen of nalaten van handelen van een van de ouders/verzorgers?
3. Worden het herstel van het kind belemmerd door handelen of nalaten van handelen van een van de ouders/verzorgers?

Bij afsluiten onderzoek door Veilig Thuis; Veiligheidsvoorwaarden/veiligheidsafspraken

Indien KMdF wordt bevestigd wordt een uitgebreid veiligheidsplan geschreven. Uiteraard wordt dit ook gedaan als KMdF niet is bevestigd maar er andere vormen van kindermishandeling aangetoond zijn die een bedreiging vormen voor de veiligheid en ontwikkeling van een kind. Het veiligheidsplan betreft de voorwaarden die Veilig Thuis stelt aan het gezin om de veiligheid te herstellen (kaders) en op basis waarvan veiligheidsafspraken met het gezin worden gemaakt om dit te effectueren en de veiligheid te borgen. Deze concrete afspraken die de uitwerking vormen van het veiligheidsplan, worden over het algemeen samen met betrokken hulpverlening/ketenpartners vormgegeven.

De volgende aspecten horen aandacht te krijgen:

- Overweeg een Kinderbeschermingsmaatregel (ondertoezichtstelling/uthuisplaatsing (OTS/UHP)).
- Overweeg wanneer KMdF is bevestigd, of vermoedens van KMdF niet konden worden weerlegd, begeleide omgang tussen ouders en kind, als er besloten is tot een UHP.
- Voor de rol van de kinderarts, huisarts en huisartsenspoedpost na bevestiging KMdF: zie module Follow-up.
- Pop-up in het medische dossier om alert te zijn op de problematiek en gemaakte afspraken, voor het geval er onverwachte presentaties zijn.

- Afspraken over uitschrijven eventuele medicatie/herhaalrecepten.
- Betrekken van de jeugdarts bij re-integratie naar school en het in kaart brengen van schoolverzuim.
- Open communicatie tussen kinderarts-huisarts-school-jeugdarts en eventueel overige (medisch) professionals met toestemming van ouders. Ouders worden hierover geïnformeerd. Dit is een voorwaarde voor een passend veiligheidsplan en het borgen van de veiligheid. Zie module Juridische en medisch-ethische aspecten.
- Zo mogelijk opbouwen van een samenwerkingsrelatie met ouders en kinderen(netwerk) met als doel:
 - Blijvend veiligheid bieden middels veiligheidsplan en veiligheidsafspraken (gedeeld met alle betrokkenen en (medisch) professionals).
 - Kind gezond/deels gezond verklaren door onafhankelijke kinderarts.
- Diagnostiek en eventuele behandeling ouder(s). Zie module Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling.
- Traumaverwerking kind. Zie module Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling.
- Consistent verhaal naar kinderen/uitleg (denk ook aan een beeldverhaal waarin het verhaal van het kind leeftijd passend wordt verteld). Denk aan Signs of Safety (Wiggerink, 2017), Word & Pictures (Turnell, 2006), Praatboek (Van Gemert, 2022), een op het kind gemaakt boekje. Zie module Communicatie met het kind.
- Kind en omgeving leren gezond te zijn.
- Normaliseren, opbouw conditie, en waar nodig opbouw schoolbezoek.
- Aandacht voor herstel ouder-kind relatie indien mogelijk hechting, interactie en communicatie, mentaliseren.
- Alle bij het veiligheidsplan betrokken (medisch) professionals ontvangen de veiligheidsvoorwaarden en afspraken. Indien betrokken bij het veiligheidsplan ontvangt ook het informele netwerk deze afspraken.

Aandachtspunten bij betrokkenheid van de Raad voor de Kinderbescherming:

- De Raad voor de Kinderbescherming betreft externe medische expertise met specifieke kennis van KMdF, door middel van het inroepen van advies van een vertrouwensarts. Let op: Door het ontbreken van (specifieke) medische kennis bij de Raad voor de Kinderbescherming, wordt vaak op advies van ouders de mening van de (hoofd)behandelaar bevraagd, die zelf niet altijd zorgelijke signalen herkent, niet altijd de zorgen over het vermoeden van KMdF deelt en vaak geen overzicht heeft over alle domeinen van kind en omgeving.
- Met de Raad voor de Kinderbescherming moet besproken worden dat we in principe te maken hebben met in potentie gezonde (of in geval van een bestaande onderliggende medische aandoening, veel minder ernstig zieke) kinderen.
- Bij het onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming naar een eventuele Kinderbeschermingsmaatregel kan het zijn dat ouders aangeven volledig mee te willen werken. Desondanks kunnen zij hierbij het kind blijven schaden. Dit zou een valkuil kunnen zijn waarom een Kinderbeschermingsmaatregel niet wordt verzocht of wegens een onvoldoende onderbouwing niet wordt toegekend.
- In specifieke casuïstiek kan een geplande, maar voor ouders niet eerder bekende opname, noodzakelijk zijn. Een voorlopige OTS kan binnen de huidige regels alleen als ouders niet in het belang van hun kind handelen. Als er acuut gevaar dreigt, behoort ook een Voorlopige Voogdij (VoVo) tot de mogelijkheden.

- Bij een OTS blijft een vertrouwensarts betrokken, bij voorkeur vanuit de monitorfunctie van Veilig Thuis, vanwege de medische expertise en kan op vastgestelde momenten betrokken worden bij monitoring/MDO's/evaluatie van het beloop. Dit is noodzakelijk om de ontwikkelingen binnen de medische problematiek van het kind te blijven analyseren, te interpreteren en te duiden in het kader van de veiligheid.
- Vanuit de OTS is de Raad gewend om samen te werken met ouders en te werken aan toekomst zonder OTS. Bij strafbare kindermishandeling loopt dit traject parallel aan het strafonderzoek en wordt er vanuit OTS zicht gehouden op veiligheid.

Aandachtspunten bij betrokkenheid van OM/politie

- Indien er door Veilig Thuis een melding is gedaan conform de Handreiking Samenwerken bij Strafbare Kindermishandeling is het in het belang van de veiligheid noodzakelijk om voortdurend met OM/politie af te stemmen. Eenerzijds om informatie vanuit Veilig Thuis te kunnen delen wanneer er zorgen zijn over veiligheid en inzet van passende hulpverlening, anderzijds het delen van informatie door OM/politie die noodzakelijk is om de veiligheidsafspraken aan te passen.

Kind/slachtoffer

- Kinderen die ziek gemaakt worden door hun ouders hebben het recht om na het onderzoek uitleg te krijgen over de eventueel verworpen diagnoses en over hun fysieke en mentale gezondheid.
- Kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling moeten een "gezondheidskeuring" krijgen na onderzoek zodat zij zelf kunnen gaan geloven in hun gezonde lichaam. Het slachtoffer zelf, maar ook andere betrokkenen zoals broertjes en zusjes, opa's en oma's, ooms en tantes, leerkrachten en bijvoorbeeld klasgenootjes moeten uitleg krijgen over de fysieke en mentale gezondheid van het kind zodat ze het kind verder als een gezond kind benaderen en er gewerkt kan worden aan re-integratie en herstel. Door middel van een kind-eigen verhaaltje wordt aan de kinderen zelf uitleg gegeven hoe het kan dat ze bijvoorbeeld alles mogen eten en weer helemaal gezond zijn. Dit verhaaltje kan ook gebruikt worden om broers en zusjes, klasgenootjes uitleg te geven. Zie ook module Communicatie met het kind.
- Kinderen die slachtoffer zijn van KMdF hebben psychologische begeleiding nodig om te 'debriefen' en handvatten krijgen om met hun herwonnen gezondheid om te gaan (psychisch, emotioneel en fysiek).

Kindermishandeling bij afsluiten (van belang voor monitorfase/zicht op veiligheid)

Na onderzoek van Veilig Thuis is het noodzakelijk vast te stellen of het vermoeden van KMdF bij de start van de melding is bevestigd, niet is bevestigd of weerlegd. Daarnaast is het noodzakelijk om andere vormen van kindermishandeling die gedurende het onderzoek zijn bevestigd, in de eindconclusie te onderbouwen en vervolgens aan te vinken. Dit leidt ertoe dat alle zorgen in de monitoring van Veilig Thuis de juiste aandacht krijgen.

Het is belangrijk je te realiseren dat KMdF niet altijd kan worden bevestigd of weerlegd en dat er sprake is van een KMdF-achtige dynamiek. Hiermee wordt bedoeld dat er situaties zijn die doen denken aan KMdF maar dat de onderliggende motivatie waarmee een kind in het medisch circuit wordt gebracht, eerder toe te

schrijven zijn aan bijvoorbeeld hypochondrie, overbezorgdheid of vanuit eigen somatiserende problematiek (denk aan angst, vulnerable child syndrome). Ook deze situaties krijgen een passend veiligheidsplan dat mede is toegespitst op de onderliggende problematiek van de ouder.

Veilig Thuis (en daarmee de vertrouwensarts) blijft betrokken in de monitoring. Hoewel monitoring niet altijd wordt ingezet als een GI (ketenpartner) betrokken is bij het gezin voor de veiligheid, is het dringend aan te bevelen om bij problematiek die past bij KMdF op gezette tijden als vertrouwensarts betrokken te zijn bij de monitoring/evaluatie van het veiligheidsplan om daarbij ook de medische aspecten te kunnen duiden, risicofactoren gezamenlijk te beoordelen en tijdig herstelgerichte zorg in te kunnen zetten. Als er een straftraject loopt is het belangrijk regelmatig een update daarover te vragen bij het OM omdat het verloop van het straftraject invloed zou kunnen hebben op de afspraken in het veiligheidsplan. Monitoring duurt gemiddeld 1,5 jaar volgens het Handelingsprotocol Veilig Thuis (Baeten, 2018), maar kan in de praktijk verlengd worden zo lang als nodig is om de veiligheid op termijn te borgen. In de problematiek van KMdF is langdurige betrokkenheid een vereiste. Zie module Follow-up voor follow up en monitoren. Gedurende de monitoring van Veilig Thuis zijn alle bij het gezin (en kind) betrokken professionals op de hoogte van de gemaakte afspraken die nodig zijn om het kind te beschermen.

Onderbouwing

Achtergrond

Het is noodzakelijk om de rol van de vertrouwensarts bij een onderzoek door Veilig Thuis naar een vermoeden van KMdF en bij het opstellen van een veiligheidsplan door Veilig Thuis concreet te beschrijven. Hiermee wordt een eenduidige aanpak door Veilig Thuis bij een Inconsistente Presentatie (IP) of een vermoeden van KMdF bevorderd waarbij de gemelde medische problematiek zorgvuldig geduid kan worden in de context van (on-)veiligheid.

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Baeten P. (2018). Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019. 2018. Beschikbaar van: https://veiligthuis.nl/wp-content/uploads/2018/12/Veiligthuis-interactief-protocol_v3.pdf.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en->

huiselijk-geweld/cover

Kwakman E. Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling. 2017 Nov. Beschikbaar van:

https://vertrouwensartsen.nl/wp-content/uploads/2021/05/handreiking_samenwerken-bij-strfbare-kindermishandeling.pdf

Turnell A, Essex S. Working with Denied Child Abuse: The Resolutions Approach. Maidenhead: McGraw-Hill Education (UK); 2006.

Van Gemert M, Worm P. Praatboek voor kinderen die te maken hebben met veiligheidsafspraken. Uitgeverij Personalia; 2022.

Wiggerink J, Vogel M. Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Signs of Safety'. Utrecht: Nederlands

Jeugdinstituut; 2017. Geraadpleegd via <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-Signs-of-Safety.pdf>.

Criteria voor het vaststellen van KMdF

Uitgangsvraag

Op basis van welke criteria kan een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF) door de vertrouwensarts worden bevestigd of weerlegd; en op basis van welke criteria kan KMdF worden onderscheiden van een Inconsistente Presentatie (IP)?

Aanbeveling

1.

Gebruik als vertrouwensarts/Veilig Thuis de onderstaande drie criteria voor het bevestigen of weerleggen van kindermishandeling door falsificatie (KMdF) :

1. De falsificatie van een fysieke aandoening in de vorm van een ernstig incident en/of langdurig patroon bij het kind is vastgesteld op basis van A of B.
 - A. Falsificatie kan worden vastgesteld bij een meer of minder acuut incident(en) waarbij de gezondheid van het kind ernstig en/of acuut is verstoord. Waarbij wordt gezien of is geconcludeerd dat de ouder(s)/ verzorgers) hierbij een actieve rol heeft/hebben gehad door middel van het induceren van ziekteverschijnselen bij het kind. De discrepantie tussen de gegeven verklaringen van de ouder(s) en de gezondheidsproblemen bij het kind, vormen hiervoor de basis. Daarbij vormen de uitkomsten van de kindergeneeskundige differentiaal diagnostiek en de ondersteunende (gedragmatige) observaties/bevindingen bij de ouders in relatie tot het kind de basis. Daarnaast zijn de observaties van de relatie van het kind tot andere professionals, zoals het onderwijs en hulpverlening belangrijk voor de beoordeling van de conditie van het kind en het handelen van de ouders verzorgers.

OF

- B. Falsificatie kan worden vastgesteld bij een langdurig patroon met fabriceren van ziekteverschijnselen bij het kind en/of in de voorgeschiedenis. Er is een discrepantie tussen de ziekteverschijnselen en de verklarende diagnose. Daarnaast zijn de observaties van de relatie van het kind tot andere professionals, zoals het onderwijs en hulpverlening belangrijk voor de beoordeling van de conditie van het kind en het handelen van de ouders verzorgers. Het kind kan langdurig als ziek gehouden zijn en (zeer) beperkt en beschadigd zijn geworden in de groei en ontwikkeling zonder een verklarende diagnose.

EN

2. De ouder(s)/verzorger(s) presenteert het kind binnen de gezondheidszorg als zijnde ziek, gewond en/of beperkt in zijn/haar ontwikkeling; zeer regelmatig bij vaak meerdere behandelingen gelijktijdig en in de voorgeschiedenis.

EN

3. De (herhaaldelijke) presentatie van het kind is bedoeld voor medisch onderzoek en behandeling; vaak

houdt de ouder(s) vast aan één diagnose die voldoende is uitgesloten.

De criteria zijn bedoeld voor een (vermoeden van) KMdF binnen het somatische, vaak kindergeneeskundige domein. Andere verschijningsvormen van KMdF binnen kinderpsychiatriesch of pedagogisch domein hebben een vergelijkbare aanpak maar worden hier niet verder uitgewerkt.

2.

Beschouw en benader een eerste signaal van KMdF, bij ontbreken van direct duidelijke schade, als een Inconsistente Presentatie. Zie module Signalen en symptomen - herkennen van KMdF, module Exploreren vermoeden KMdF en module Medische work-up bij vermoeden van KMdF.

Overwegingen

De criteria voor het vaststellen van KMdF richten zich primair op de medische conditie van het kind; en op het handelen van de ouder/verzorger met betrekking hiertoe.

KMdF komt voor in de vorm van mondelinge fabricatie. Deze vorm wordt het meest frequent vermoed of vastgesteld (bijv. het niet- goed rapporteren over de symptomen bij het kind, de medische voorgeschiedenis, de onderzoeksresultaten, eerdere diagnoses, behandelingen en andere behandelingen). Bij KMdF door fabriceren is er doorgaans geen sprake van moedwillige deceptie.

KMdF in de vorm van fysieke fabricatie en inductie wordt minder frequent vermoed of vastgesteld (bijv. het falsificeren van documenten, het interfereren of manipuleren van onderzoeken en onderzoeksresultaten, monsters, sondes, drainagezakken, en het induceren van symptomen/ziekte door bijvoorbeeld het kind voeding of medicatie te onthouden, het te vergiftigen, of te verstikken). Bij deze vormen van falsificatie is een element van moedwillige deceptie (om wat voor motivatie dan ook) waarschijnlijker. Zie module Definities in de literatuur.

KMdF wordt het meest frequent vermoed of vastgesteld in de vorm van fabricatie. KMdF wordt minder frequent vermoed of vastgesteld in de vorm van inductie. Bij het induceren van KMdF is het van belang dat de actuele medische conditie van het kind (forensisch) kindergeneeskundig wordt onderzocht.

In verschillende reviews en casestudies wordt het dossieronderzoek als de belangrijkste methodiek aanbevolen waarbij bedoeld wordt op het onderzoek van de (sociaal-) medische voorgeschiedenis en conditie van het kind inclusief het gedrag van de ouder(s) met betrekking hiertoe aan de hand van het dossier(s).

Het hoofddoel is het vaststellen of weerleggen van de patronen en/of incidenten van falsificatie door de ouder/verzorgers. Deskundig en volledig onderzoek van het verzamelde medisch dossier moet door een ervaren medisch professional, in samenwerking met de vertrouwensarts worden gedaan en resulteert in een Tijdlijn (zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan).

Naast een dossieronderzoek is een belangrijke stap bij de weging van de verzamelde informatie en besluitvorming om deskundige collega's te betrekken met ervaring op het gebied van KMdF.

De informatie na observatie van het kind, terwijl het niet in aanwezigheid van de ouder/verzorger is (separatie), is van belang maar minder bepalend dan de informatie voortkomend uit dossieronderzoek, omdat de fysieke afwezigheid van de ouder/verzorger niet impliceert dat het kind zich vrij zal gedragen. Van belang is dat ook bij een kind met een vastgestelde aandoening KMdF kan worden vermoed of vastgesteld.

Rationale van aanbeveling-1: weging van argumenten voor en tegen de interventies

De sterkte van de aanbeveling is groot op basis van eenduidigheid in de reviews ten aanzien van het dossieronderzoek.

De volgende aandachtspunten bij de verzamelde informatie zijn van belang:

- De aanwezigheid van ernstige, acute incidenten respectievelijk langdurige patronen van falsificatie in de medische voorgeschiedenis van het kind, en in sommige gevallen van de ouder(s).
- De uitkomst van afgeronde kindergeneeskundige differentiaal diagnostiek.
- Het resultaat van een behandeltraject gericht op herstel en normaliseren van de conditie van het kind.
- Het narratief van de ouder(s) over de ziekte(verschijnselen) of beperking van het kind(eren).
- Het narratief van het kind(eren) over zijn/haar ziekte/beperking.
- De impact van het gedrag van de ouder(s) op het kind op lichamelijk, psychisch of mentaal functioneren, dan wel de neurocognitieve ontwikkeling.
- Het ziektegedrag en/of de uitspraken van het kind bij separatie. Deze zijn van toegevoegde waarde; echter niet in alle gevallen bepalend.
- Indien er een strafrechtelijk onderzoek loopt is de informatie hieruitvolgend zwaarwegend (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

Rationale van aanbeveling-2: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Bij een IP is er (nog) geen vermoeden van KMdF. Bij een IP is de kinderarts in samenwerking met het kind en ouders gericht op herstel van de gezondheid en het normaliseren van het leven van het kind. De kinderarts exploreert en monitort de medische conditie van het kind, het beleid en de wijze waarop de ouder(s) met de klachten van het kind, de behandelaar, afspraken en resultaten omgaan. De casus wordt (vaak meerdere malen) geanonimiseerd voorgelegd aan de vertrouwensarts conform stap 2 van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023)). Wanneer de op herstel en veiligheid gerichte aanpak wordt gefrustreerd en/of ouder(s)/verzorger(s) blijft/blijven persisteren in meer diagnostiek en second-opinions en/of wanneer de ouder(s)/verzorger(s) blijft/blijven persisteren in hun narratief over de ziekte en beperkingen van hun kind(eren) dan is het organiseren van de zgn. Consensus bijeenkomst belangrijk (module Medische work-up bij vermoeden van KMdF). Er vindt een zorgvuldige weging plaats van een vermoeden van KMdF én indien dit het geval is het besluit tot melden. De vertrouwensarts is hierbij betrokken en heeft een adviserende taak conform stap 2 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

Na een melding bij Veilig Thuis heeft de vertrouwensarts/Veilig Thuis de taak het vermoeden van KMdF te onderzoeken; evenals het organiseren van de acute en structurele veiligheid van het kind(eren). Dit gebeurt in samenwerking met de kinderarts respectievelijk het behandelteam.

Onderbouwing

Onderbouwing

Achtergrond

De criteria voor KMdF zijn gericht op de conditie van het kind en het gedrag, de handelingen en opvattingen van de ouder(s)/verzorger(s) met betrekking hiertoe. De criteria zijn niet gericht op de intenties, resp. de mentale conditie van ouder(s)/verzorger(s). Deze zijn van belang voor vervolgbeleid, gericht op duurzaam herstel van gezondheid en veiligheid, maar vormen geen onderdeel van de criteria voor KMdF.

De huidige criteria zijn voortgekomen uit gepubliceerde casestudies, en Guidelines en uit eigen ervaring van vertrouwensartsen en kinderartsen; en zijn bedoeld voor de besluitvorming door vertrouwensartsen binnen het multidisciplinair team.

De criteria voor het vaststellen van KMdF zijn in deze richtlijn gebaseerd op het vaststellen of weerleggen van een vermoeden van falsificatie van de (medische) conditie van het kind en het gedrag van de ouder(s) met betrekking hiertoe; zoals bij elke andere vorm van kindermishandeling. Besluitvorming op basis van de criteria gebeurt op basis van zo feitelijk mogelijke informatie uit het onderzoek van de vertrouwensarts (zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan). Bij het onderzoek is het verloop van de medische voorgeschiedenis van het kind(eren) belangrijk en bepalend voor de zorgvuldige weging van de criteria. De besluitvorming heeft tot doel een vermoeden van KMdF vast te stellen of te weerleggen en dit besluit te onderbouwen. Het bevestigen maar ook het weerleggen van een vermoeden van KMdF is van groot belang om (verdere) ernstige schade aan de gezondheid en ontwikkeling van het kind te voorkomen.

Samenvatting literatuur

Recognition and determination of abuse by PCF

The recognition and determination of Munchausen's Syndrome by Proxy (MSbP), now known as abuse by PCF is difficult, as no single characteristic or profile of the carer or child is sufficient for confirmation, while also large differences between situations exist (Parrish, 2004; Shaw, 2008; Siegel, 2001). Fabrication of child illness is proven by circumstantial evidence rather than direct evidence (Shaw, 2008). However, there are still several characteristics which are more common in either the carer or the child, although diagnosis rather applies to the carer compared to the child (Parrish, 2004). Likewise, several warning signs and criteria have been reported in order to give guidance for establishing the presence of abuse by PCF.

Characteristics of carer and child

It is known that the carer is usually female, with in large majority of cases the mother of the child (American Professional Society on the Abuse of Children, 2017; Korpershoek, 2004; Shaw, 2008; Siegel, 2001). Likewise, the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) mentions that the mother of the child is nearly always involved, while the father is less often involved (or absent), and when involved, he rarely acts solely (RCPCH, 2021). The non-perpetrating parent is rarely present during the treatments (Parrish, 2004). The carer usually has a coexisting personality disorder, including mostly cluster B disorders, like borderline, sociopathy (American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), 2017; Korpershoek, 2004) or depression (Korpershoek, 2004; Shaw, 2008). Commonly, the carer also has knowledge on or even a background and interest in medical care (Ayoub, 2002; Korpershoek, 2004; Parrish, 2004; Shaw, 2008). The carer is often hypervigilant, insisting on participating in the procedures, with for example bringing medicines from home

and not leaving the hospital, and contrary to expectation, the carer's level of anxiety may actually increase with the child's medical improvement (Parrish, 2004). Furthermore, the carer often tries to maintain a(n unusual) close relationship with the medical staff (Siegel, 2001; Parrish, 2004).

Several other possible characteristics of the carer include family histories with psychological disorders or sudden childhood deaths, difficult relations with the spouses, reporting of dramatic/unrealistic events, describing experience with rare medical conditions in the past, similar to the current condition of the child, and reporting prior medical records which could confirm or preclude diagnostic impressions either as missing or somehow unavailable. The carer may become defensive or hostile if the information s/he provides is questioned or proven inaccurate. With respect to the relationship with the child, the carer demonstrates either an absence of responsibility or expression of concern for the child, welcoming even invasive or painful diagnostic or surgical procedures for the child (Ayoub, 2002; Korpershoek 2004; Parrish, 2004; Shaw, 2008), or demonstrates overprotection of and strong attachment to the child (Parrish, 2004; Shaw, 2008; Siegel, 2001).

Korpershoek (2004) mentions that Libow and Schreier (1986) developed a classification system by which the carers (phrased as 'perpetrators' in the review) can be divided into three categories: active inducers, help seekers and doctor addicts. The first group actively induces illness by poisoning, suffocating or else. The carer is seen as trustworthy and cooperative, although they may respond with denial and anger if confronted with their behavior. Often, they tend to not show up for an intervention. A common characteristic is a disturbed marital status. Siegel (2001) reports this type of abuse as 'extreme PCF'. Help seekers differ from active inducers in terms of less severe and less frequent symptoms; they present with fictitious child illness. The motivation of help seekers is seen as driven by a need to communicate exhaustion, distress, or feelings of inadequacy. They don't show a strong attachment to the medical system. Doctor addicts are seen as looking for treatment for fictitious child illness, with presenting themselves as unable to acknowledge their behavior or motivation when treatments are presented. They are often older, tend to lack insight and often appear as less cooperative and being more suspicious compared to active inducers. Doctor addicts tend to react much more to the child's medical condition compared to the emotional status. Shaw (2008) mentions only the categories 'active inducers' and 'doctor addicts' as subgroups. Ayoub (2002) also mentions these subgroups, though not explicitly.

The child is in most cases the biological child of the carer, with a mean age of less than six years (Korpershoek, 2004). There is no overrepresentation of one gender (Korpershoek, 2004; Siegel, 2001). Symptoms in children are mostly related to the gastrointestinal or genitourinary system; fictitious psychiatric symptoms are less common (Parrish, 2004). Siegel (2001) also reports mostly symptoms related to the gastrointestinal system, including diarrhea and vomiting, but also bleeding, seizures and fever. Shaw (2008) mentions a much wider range of clinical manifestations, including respiratory, hematologic, and neurological manifestations, as well as allergies and infections. Apnea is also a common presentation form of abuse by PCF (Galvin, 2005; Siegel, 2001). This can mimic an apparent life-threatening event (ALTE) or sudden infant death syndrome (SIDS; Galvin, 2005).

Alerting signs

Several recent reviews and guidelines described lists of alerting signs indicating the possibility of abuse by

PCF. Some, like the RCPCH, distinguish between alerting signs concerning the child and its condition and alerting signs regarding the behavior of the carer. Following this distinction, these are all alerting signs combined as mentioned by the APSAC (2017), Glaser (2019), the RCPCH (2021), and Tully (2021):

Alerting signs concerning the child's condition:

- Symptoms not observed independently in their reported context: Reported symptoms or behaviors that are not congruent with observations. For example, the carer says the child cannot eat, and yet the child is observed eating without the adverse symptoms reported by the abuser.
- Discrepancy between the carer's reports of the child's medical history and the medical record.
- Symptoms not corroborated by the child.
- Reported symptoms or observed signs not explained by child's known medical condition.
- Some characteristics of the child's illness may be physiologically impossible e.g., persistent negative fluid balance, large blood loss without drop in hemoglobin.
- Physical examination and results of investigations do not explain reported symptoms or signs.
- Unusual results of investigations. Laboratory findings that do not make medical sense, are clinically impossible or implausible, or identify chemicals, medications, or contaminants that should not be present. An example is a serum sodium level that is not clinically within reason.
- Inexplicably poor response to medication or procedures.
- Unexplained worsening of symptoms or new symptoms that correlate with abuser's visitation or shortly thereafter.
- Symptoms disappear or improve when carer is absent.
- Conditions or illnesses significantly improve or disappear in one child and then appear in another child, such as when another child is born, and the new child begins to have similar or other unexplained symptoms.
- Restriction of child's daily life, including school attendance, social isolation, and activities that are not justified by any known disorder, possibly including the use of wheelchairs and other aids.
- Repeated or unexplained changes of school (including home schooling), of general practitioner (GP) or of pediatrician/health team.

Alerting signs concerning the carer:

- Carer(s) insistent on more, clinically unwarranted, investigations, referrals, continuation of or new treatments (sometimes based on internet searches) instead of focusing on symptom alleviation when results of examination and investigations have already shown not to explain the reported symptoms or signs.
- Pressing for irreversible or drastic treatment options where the clinical need for this is in doubt or based solely on parental reporting.
- Not able to accept reassurance or recommended management.
- Repeated reporting of new symptoms.
- Frequent presentations of the child to and attendance at medical settings including Emergency Departments.
- Seeking opinions from multiple doctors.
- Insists on referral to "top" experts.

- Carer flatters doctors who comply but angry, threatening and disengages if challenged.
- Frequent vexatious complaints about professionals.
- May become litigious or threaten to report doctor to the medical disciplinary committee.
- One carer is the sole source of information.
- Not letting the child be seen on their own. Talking for the child/child repeatedly referring or deferring to the parent.
- Another carer is absent.
- Reports that the other carer is not involved, does not want to be involved, and is not reachable.
- Reluctance to provide medical records, claims that past records are not available.
- Refuses permission to medical providers to discuss care or share information about child with previous or concurrently treating medical providers.
- Providing reports by doctors from abroad which conflict with national medical practice.
- Often paradoxically poor compliance with medical advice and multiple failed appointments, often due to cancellations.
- Factual discrepancies in statements that the parent makes to professionals or others about their child's illness.
- A parent, child, or other family member expresses concern about possible falsification or high-healthcare utilization.
- Observations of clear falsification or induction by the carer. This may take the form of false recounting of past medical recommendations, test or exam results, conditions, or diagnoses.

In addition to the above, APSAC (2017) mentions the following alerting signs, not observed in either the child or the reporting carer:

- Other individuals in the home or the carer have or have had unusual or unexplained illnesses or conditions.
- Animals in the home have unusual or unexplained illnesses or conditions, possibly similar to the child's presentation (e.g., seizure disorder).

Another specific alerting sign mentioned by Siegel (2001) that needs to be considered, is that abused children can become tolerant for the painful procedures carried out by the carer/parent. Furthermore, older children might even collude with the carer as they cannot distinguish the reality of their symptoms anymore, or they fear abandonment if not 'helping' the carer with the fabrication of the symptoms (Siegel, 2001).

A single alerting sign unlikely indicates possible abuse by PCF. It is important to look for other signs and their severity as well (Glaser, 2019; RCPCH, 2021). Alerting signs by themselves do not amount to fabrication but mandate further investigation to establish the actual state of health of the child (RCPCH, 2021; Siegel, 2001). Glaser suggests to initially regard alerting signs as a perplexing presentation instead of indication of abuse by PCF. However, if alerting signs are accompanied by indicators of deception, possible induction of illness by the parent/carers or indicators of other significant harm, a referral to children's social care is required, according to the safeguarding procedures (Glaser, 2019).

Criteria

As said earlier, alerting signs themselves are no evidence for the presence of abuse by PCF. Criteria for

establishing the presence of abuse by PCF have been suggested but are still under debate and the most recent criteria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 (American Psychiatric Association (APA), 2013) are meant to diagnose persons (carers) with “Factitious Disorder Imposed on Another” (FDIA; APA, 2013; in APSAC, 2017; Mart, 2002; Shaw, 2008), not criteria for establishing the presence of abuse of a child by PCF.

Rosenberg (1987) developed the following criteria for abuse by PCF (or rather MSbP), with the need of all of them to be present (in Frye, 2012; Korpershoek, 2004; Mart, 2004; Meadow, 2002; Shaw, 2008):

1. Illness in a child which is simulated (faked) and/or produced by a parent or someone who is in loco parentis.
2. Presentation of the child for medical assessment and care, usually persistently, often resulting in multiple medical procedures.
3. Denial of knowledge by the perpetrator as to etiology of the child’s illness.
4. Acute symptoms and signs of the abate when the child is separated from the perpetrator.

Rosenberg excluded cases of physical abuse only, sexual abuse only, and nonorganic failure to thrive only. Furthermore, Rosenberg rejected the idea that a psychiatric or motivational component should be part of MSbP, stating the difficulty in differentiating between MSbP and intentional poisoning, infanticide, pathological doctor shopping, extreme parental anxiety, or thought disorder, and considering the probability that the underlying psychology overlapped (Mart, 2004; Meadow, 2002).

Mart (2002) mentions that Morley (1995) criticized the criteria as they are subject to misinterpretation. The example given here is that a patient (and carer) might visit a doctor frequently due to inexperience and anxiety or due to actual medical problems. This is supported by Korpershoek (2004), who reports that it is essential to distinguish between a concerned parent, a delusional parent and abuse by PCF. Shaw (2008) reports that abuse by PCF is on the extreme end of parental behavior surrounding illness of child(ren). Simple anxiety, neglect of the child or keeping the child dependent at home are situations in which abuse PCF does not take place (Shaw, 2008). It has been argued that leaving out the motivational component hampers the correct identification of cases and adequate management, including treatment choices for both victim and abuser, and possible legal steps to be taken (Frye, 2012; Korpershoek, 2004; Mart, 2004; Meadow, 2002; Roesler, 2018). Even though the motivation of the carer may be difficult to determine, these authors agree that the use of abuse by PCF/MSBP should be limited to the precise form of abuse in which active deception is involved and the primary motive of emotional gratification can be established (Meadow, 1995, and Rand and Feldman, 1999; in Frye, 2012). Including a motivational component as a fourth criterium and combining Rosenberg’s criteria two and three, Meadow redefined the MSbP criteria (Meadow, 2002):

1. Illness fabricated (faked or induced) by the parent or someone in loco parentis.
2. The child is presented to doctors, usually persistently; the perpetrator (initially) denies causing the child’s illness.
3. The illness goes when the child is separated from the perpetrator.
4. The perpetrator is considered to be acting out of a need to assume the sick role by proxy or as another form of attention seeking behavior.

However, according to the DSM-5 (APA, 2013), specification of a certain type of internal motivation (attention, sick role, or other) is not required to diagnose FDIA, but it must be clear that the psychological needs of the perpetrator have taken precedence over the needs of the victim to pave the way for them to harm their victim in order to have those needs met. DSM-5 criteria for FDIA:

- A. Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, in another, associated with identified deception.
- B. The individual presents another individual (victim) to others as ill, impaired, or injured.
- C. The deceptive behavior is evident even in the absence of obvious external rewards.
- D. The behavior is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder.

While disregarding the motivational component, the DSM-5 did increase the emphasis on deception (which is conscious, carefully planned and concealed) as the cornerstone of the disorder and subsequently, a need to identify deception as part of the FDIA evaluation process (APSAC, 2017).

Rosenberg (2003; in Shaw, 2008) labels four possible categories of criteria to establish abuse by PCF, depending on the level of confidence in the diagnosis/determination of abuse by PCF. When inclusion diagnostic criteria are met, there is undeniable evidence of abuse by PCF, such as a videotape of an act in the hospital, or clear proof of a change of laboratory specimens. With exclusion diagnostic criteria met, abuse by PCF is established because all other explanations of the child's condition have been considered and set as not possible. When there are possible diagnostic criteria present, this means that PCF is one of multiple diagnoses that could explain the symptoms of the child. Further diagnostic processes are required in this case. Lastly, inconclusive diagnostic criteria indicate the inability to either eliminate or establish abuse by PCF, even though all possible investigations and tests have been performed (Shaw, 2008).

Glaser proposes to revise the current procedures in order to recognize a wider range of cases as PP or fabricated or induced illness (FII). Glaser suggests that the following criteria (adapted from the International Classification of Disease, Eleventh Revision (ICD-11)) could be used to redefine the characteristics of PP/FII. These criteria were proposed for 'bodily distress disorder' to replace somatoform disorders. The overall intention is that these would be mostly pediatric criteria focused on the presented illness in the child and not a label to refer to the carer:

- Presence of child symptoms that are distressing to the carer.
- The carer's response to the symptoms appears excessive and disproportionate in relation to the nature, impact and progression of the child's symptoms or any confirmed physical illness in the child.
- Excessive carer attention is focused on these symptoms, manifested by repeated contact with doctors, including tests and treatments that may be unnecessary and harmful to the child.
- The carers' excessive responses to the child's symptoms are not alleviated by appropriate examination of the child, reassurance, tests or treatments where needed (however, tests and treatments should not usually be carried out purely to provide reassurance to the carer).
- The child's symptoms (whether reported by the carer or observed due to induced illness) are persistent or relapsing and remitting, and lead to significant functional impairment. There is a risk of harm caused either directly by the carer or indirectly by the doctor.

- The symptoms may be multiple and may vary over time. On the resolution of one symptom another may appear. Different children in the same family may be presented at different times.
- There may or may not be evidence of the carer causing or creating the child's illness through apparently deliberate action (if present this would always require statutory intervention).
- The child may continue to exhibit emotional and physical consequences of the condition even after separation from the carer.

Process of assessing possible abuse by PCF

The process establishing abuse by PCF (after suspicion) has been described by several papers. The RCPCH (2021) focusses specifically on the precursing PP and reports that the essence of management is to establish the child's current physical and psychological health as quickly as possible, as well as the family context. Glaser (2019) adds to this that also all involvement with health services needs to be determined. Several steps need to be taken by the pediatric consultant after suspicion of PP (RCPCH, 2021):

- Obtain the medical history of the child, including from other consultants, general practitioners, with a request for clarification of what has been reported and observed.
- Ascertain who has given the reported diagnoses and on what basis they have been made.
- Consider admission of the child for direct observations, including the child's input and output where relevant (stool, feeding, administration of medication, pain level, sleep et cetera).
- Determine whether further referrals and/or investigations by other specialists are needed.
- Obtain information from the child's state and activity, including school attendance, emotional and behavioral state, mobility, and any use of aids. It is preferred to explain the parents the need for obtaining this information.

With respect to the parents, the RCPCH (2021) mentions that the pediatric consultant should obtain history and observations from all caregivers of the child, including the parents as well as others who had an important caregiving role. Their views (fears, hopes et cetera) for their child's health, as well as sources of support should be explored. Significant history surrounding the birth of the child should be verified from the relevant clinician (if applicable). Also, the wellbeing of potential siblings should be ascertained. The pediatric consultant should determine whether early help services or children's social care is already involved or has been in the past. These professionals should then be involved in the discussion around the health concerns. Lastly, it should be explored whether early help and/or referral to children's social care (by means of a Child in Need basis) is needed (RCPCH, 2021).

The RCPCH (2021) also mentions that, with respect to the child, the pediatric consultant should explore the views of the child with the child alone (RCPCH, 2021). This may be done using specific tools, including feelings posters and top tips for doctors, developed by the RCPCH in order to let children express their feelings more easily. The views on symptoms, but also the belief of the child about the nature of the illness as well as worries, wishes and the overall mood can be determined independently from the parents in these consultations. Differences in communication (verbal and non-verbal) between consultants with or without the parent can be observed (RCPCH, 2021).

According to the RCPCH (2021), consensus about the child's health status needs to be reached by all health professionals that are involved with the child and his/her family, after the medical and psychosocial review.

This also includes professionals who have observations about the child in educational and children's social care setting, if applicable. The consensus meeting should be chaired by a doctor or clinician with no direct involvement to preserve objectivity. The parents need to be informed about the meeting and they should receive the conclusions of the meeting. Besides, they should be able to discuss these conclusions and contribute to the next steps (RCPCH, 2021).

The APSAC (2017) has a largely comparable recommendation, but specifically points out to regularly communicate with the caregivers about findings and recommendations. Furthermore, they mention that all history of symptoms or disability reported by the family of the child should be considered as possibly inaccurate (APSAC, 2017). Caution is also needed with respect to medical investigations, as the child's family cannot be relied upon in preparation of these investigations. The APSAC (2017) mentions a toxicology screen before manometry as an example, to test for ingestion of gut-altering compounds.

Furthermore, the APSAC (2017) mentions that video surveillance of hospitalized children could support and act as evidence for diagnosis. This has also been mentioned by Shaw (2008) and Siegel (2001), although they also report that this type of surveillance might be unethical. The more recent guideline of the RCPCH (2021) mentions that covert video surveillance is now rarely used in the United Kingdom (UK). In contrast, Abeln (2018) mentions that audio and video surveillance are commonly used in the United States of America (USA).

According to Siegel (2001), hospitalization in general as part of the diagnosis is an option for diagnostic separation, by which the child is temporarily placed in foster care. This 'separation test' was proposed by Jones (1986; in Pankratz, 2010). He stated that the test would be essential in order to check for the fourth criterium of Rosenberg (disappearance of symptoms in the child after separation from the carer). However, the test is disputed.

Problems with assessing possible abuse by PCF

The alerting signs and defining criteria for abuse by PCF are still evolving, but tests for specificity and sensitivity have not been carried out in a prospective way. Glaser (2019) mentions that epidemiological studies are urgently needed to understand the recognition of abuse by PCF. Mart (2002), Rogers (2004), Shaw (2008) and Pankratz (2010) warn that the symptoms and characteristics are so nonspecific that the amount of 'false positives' is likely to be quite high. Rogers (2004) also stresses that it is a research priority to establish the symptoms and other characteristics that reliably differentiate FDIA (or abuse by PCF) from other disorders. A prototypical analysis in which experts are asked to quantify the salience and representativeness of different criteria in relationship to FDIA/abuse by PCF is suggested as a useful method to identify the core symptoms of FDIA/abuse by PCF that differentiate it from (a) other forms of child abuse, (b) other types of dysfunctional parents, and (c) other genuine conditions that imitate FDIA (Rogers, 2004).

Apart from the difficulty that abuse by PCF cannot be established easily by means of large heterogeneity in situations and characteristics and lack of scientific support for defining criteria, several other practical problems are present. One problem is that many professionals only see a few cases throughout their career, which limits learning and understanding the syndrome (Siegel, 2001). Furthermore, doctors and other people involved can be susceptible to the carers. It might be hard for them to believe that a parent would fabricate or induce illness in their own child, but also because of the difficulty in accepting their own inability to solve

their patient's disorder (Shaw, 2008; Siegel, 2001). Besides, they are trained to trust the histories given by their patients (Shaw, 2008; Siegel, 2001). On the other hand, the label of abuse by PCF might also be used too early when no other satisfactory medical explanation of the condition is found. Mart (2002) warns that alerting signs are not supported by evidence and are often confused and treated by doctors as diagnostic signs instead of as an indication for further thorough investigation. An extra problem is that establishing abuse by PCF usually requires agreement and collaboration of multiple physicians and other specialists, and the involvement of multiple facilities (Siegel, 2001). This all results in a time-consuming process of up to a year or even longer (Korpershoek, 2004; Siegel, 2001). In addition, the medical staff often experiences extreme stress due to high emotional situations, difficult interactions, and disagreements with patients' carers or even with colleagues (Siegel, 2001). Still, cooperation of the health care, protective services and legal systems is crucial with respect to diagnosis and treatment of PCF (Shaw, 2008; Siegel, 2001).

That methods to gather "hard evidence" of abuse by PCF, such as the separation test, have been criticized for being unethical poses another problem. According to Pankratz (2010), the separation test is problematic as children must be removed from their carers (as check for the fourth criterium) before abuse by PCF is actually established. Pankratz (2010) says that it is important that the medical work-up should be finished before accusing a carer of child abuse. Moreover, she says the test is "seldom used to evaluate alternative hypotheses", often leads to false accusations, and is "often nothing more than seriously contaminated evidence that should have no standing in court." According to Pankratz, the test has been misused in many cases in a way that makes the mother appear not worthy to regain custody of the child while the goal should be to protect children and not to punish parents. To protect the parent-child relationship and to obtain unbiased information, she, just as the RCPCH and APSAC, stresses the importance of the involvement of a multidisciplinary team in the assessment of possible abuse by PCF "to provide independent perspectives from the viewpoint of different professional domains" as well as the early involvement of patient and carers, informing them and express concerns instead of working 'secretly' (Pankratz, 2010).

Lastly, no specific screening tools for abuse by PCF have been mentioned in literature, although there are still some screening tools for child abuse in general. A review by McTavish (2020) investigated to what extent child abuse was falsely suspected or missed by two different screening tools, including the SPUTOVAMO (Soort letsel, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijd, Oorzaak, Veroorzaker, Andere aanwezigen, Maatregelen genomen en Oude letsels) checklist and the Escape instrument. McTavish concludes, although with low certainty evidence, that both screening tools result in a high number of cases in which child abuse is falsely suspected as well as a high number of cases of child abuse being missed.

In conclusion, the literature stresses the importance of awareness of the possibility of abuse by PCF, including it in the differential diagnosis when noticing alerting signs, and when suspected, the necessity of rigorous investigation, including information from all angles, medical files and input from all relevant parties involved. However, the literature also reveals that although many alerting signals have been presented by multiple authors, definite criteria for the determination of abuse by PCF are still under debate and evidence for these criteria is missing. Furthermore, reliable screening tools or conclusive diagnostic tests to aid in the investigation process are not yet available.

Zoeken en selecteren

The databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) were searched with relevant search terms from the year 2000 until May 24th, 2022. The detailed search strategy is depicted under the tab Methods. This broad literature search resulted in 659 unique hits. Studies already found in the orientational literature search for module Definities in de literatuur were subtracted resulting in 523 new unique hits. Studies were selected based on the following criteria:

- They should be published since the year 2000 until May 24th, 2022.
- Be in line with our research questions pertaining to the modules about signs and symptoms (recognition of abuse by pediatric condition falsification, PCF) and criteria (determination of the presence of abuse by PCF) of this guideline, primarily module Signalen en symptomen – herkennen van KMdF and module Criteria voor het vaststellen van KMdF (current module).
- And add to the relevant information found in the previous literature search for module Definities in de literatuur.

A total of 7 publications were selected based on title and abstract screening. After reading the full text, 3 were selected and 4 were excluded (see the table with reasons for exclusion under the tab Methods). After scanning the reference lists of the included publications, 1 additional publication was added (McTavish, et al. 2020). In the end, 4 publications adding to the previous search were included.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

- Abeln B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. Nurs Clin North Am. 2018 Sep;53(3):375-384. doi: 10.1016/j.cnur.2018.04.005. PMID: 30100003.
- American Professional Society on the Abuse of Children. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children; 2017. Available from: <https://apsac.org/wp-content/uploads/2023/05/Munchausen-by-Proxy-Clinical-and-Case-Management-Guidance-.pdf>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Ayoub CC, Schreier HA, Keller C. Munchausen by proxy: presentations in special education. Child Maltreat. 2002 May;7(2):149-59. doi: 10.1177/1077559502007002007. PMID: 12020071.
- Erye EM, Feldman MD. Factitious disorder by proxy in educational settings: A review. Educational psychology review. 2012;24(1), 47-61. doi: 10.1007/s10648-011-9180-9.
- Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. Curr Opin Pediatr. 2005 Apr;17(2):252-7. doi: 10.1097/01.mop.0000158729.18551.dd. PMID: 15800422.
- Glaser D, Davis P. For debate: Forty years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 2: Management of perplexing presentations including FII. Arch Dis Child. 2019 Jan;104(1):7-11. doi: 10.1136/archdischild-2016-311326. Epub 2018 Apr 4. PMID: 29618483.
- Jones JG, Butler HL, Hamilton B, Perdue JD, Stern HP, Woody RC. Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl. 1986;10(1):33-40. doi: 10.1016/0145-2134(86)90029-3. PMID: 3955426.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk

- geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>
- Korpershoek M, Flisher AJ. Diagnosis and management of Munchausen's Syndrome by Proxy. *J Child Adolesc Ment Health*. 2004 Jul 1;16(1):1-9. doi: 10.2989/17280580409486557. PMID: 25860892.
- Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry*. 1986 Oct;56(4):602-611. doi: 10.1111/j.1939-0025.1986.tb03493.x. PMID: 3789106.
- Mart EG. Munchausen's Syndrome (Factitious Disorder) by Proxy: A Brief Review of Its Scientific and Legal Status. *Sci Rev Ment Health Pract*. 2002;1:55-61.
- Mart EG. Factitious disorder by proxy: A call for the abandonment of an outmoded diagnosis. *The Journal of Psychiatry & Law*. 2004;32(3), 297-314. doi: 10.1177/009318530403200303.
- McTavish JR, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor JCD, McKee C, MacMillan HL. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC Pediatr*. 2020 Mar 7;20(1):113. doi: 10.1186/s12887-020-2015-4. PMID: 32145740; PMCID: PMC7060650.
- Meadow R. Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl*. 2002 May;26(5):501-8. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00326-5. PMID: 12079086.
- Morley CJ. Practical concerns about the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child*. 1995 Jun;72(6):528-9; discussion 529-30. doi: 10.1136/adc.72.6.528. PMID: 7618942; PMCID: PMC1511116.
- Pankratz L. Persistent problems with the "separation test" in Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Psychiatry & Law*. 2010;38(3):307-323. doi: 10.1177/009318531003800305.
- Parrish M, Perman J. Munchausen Syndrome by Proxy: Some Practice Implications for Social Workers. *Child Adolesc Social Work J*. 2004;21(2):137-154. doi: 10.1023/B:CASW.0000022728.04135.1f.
- Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases. *Harv Rev Psychiatry*. 1999 Jul-Aug;7(2):94-101. PMID: 10471247.
- Roesler TA. Medical Child Abuse: What Have We Learned in 40 Years? *Current Treatment Options in Pediatrics*. 2018;4(3):363-372. doi: 10.1007/s40746-018-0136-x.
- Rogers R. Diagnostic, expository, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse Negl*. 2004 Feb;28(2):225-38. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.08.004. PMID: 15003404.
- Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987;11(4):547-63. doi: 10.1016/0145-2134(87)90081-0. PMID: 3322516.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. Perplexing Presentations (PP)/Fabricated or Induced Illness (FII) in Children. Royal College of Paediatrics and Child Health Guidance. 2021 Feb. Available from: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/resources/perplexing-presentations-and-fii/>
- Shaw RJ, Dayal S, Hartman JK, DeMaso DR. Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16(4):215-24. doi: 10.1080/10673220802277870. PMID: 18661364.
- Siegel TP, Fischer H. Munchausen by Proxy Syndrome: Barriers to Detection, Confirmation, and Intervention. *Child Serv: Social Pol Res and Practice*. 2001;4(1):31-50. doi: 10.1207/S15326918CS0401_3
- Tully J, Hopkins O, Smith A, Williams K. Fabricated or induced illness in children: A guide for Australian health-care practitioners. *J Paediatr Child Health*. 2021 Dec;57(12):1847-1852. doi: 10.1111/jpc.15663. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34310788.

Juridische en medisch-ethische aspecten

Uitgangsvraag

Met welke specifieke juridische en medisch-ethische aspecten moet rekening worden gehouden bij (vermoeden van) kindermishandeling door falsificatie (KMdF) gedurende het hele traject van diagnostische fase en de fase van melding en onderzoek bij Veilig Thuis en of melding bij de politie en de Raad voor Kinderbescherming?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen:

0.	A. Onder welke wettelijke kaders werkt de kinderarts?
0.	B. Onder welke wettelijke kaders werkt de vertrouwensarts?
1.	Welke onderwerpen behandelt de <u>Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst</u> (WGBO)?
2.	Wie moet toestemming geven voor behandeling?
3.	Wie heeft het gezag bij minderjarigen?
4.	Wie heeft er recht op welke informatie over de behandeling van een minderjarig kind?
5.	A. Hoe gaat de arts om met toestemming en informatiedelen met medebehandelaars en ketenpartners, maar ook justitie in de praktijk?
5.	B. Hoe gaat de (kinder)arts om met toestemming wanneer Veilig Thuis informatie opvraagt?
5.	C. Hoe gaat de vertrouwensarts om met toestemming en informatie delen met hulp- en zorgverleners, Raad voor de Kinderbescherming, jeugdbeschermer die een ondertoezichtstelling (OTS) uitvoert (voorheen gezinsvoogd genoemd), politie/Openbaar Ministerie (OM)?
6.	Zijn er aanvullingen op de uitgangspunten onder 1 t/m 5 wanneer er sprake is van een vermoeden op kindermishandeling, in het bijzonder bij een vermoeden op KMdF?
7.	Wat zijn aandachtspunten in gesprek met ouders wanneer zij een belangbehartiger meenemen of namens hen willen laten spreken met de (medisch) professional?
8.	Wat zijn de aandachtspunten bij beeld- en/of geluidopname van het gesprek?
9.	Welke afspraken zijn noodzakelijk bij een klinische observatie/separatie opname?
10.	Welke aandachtspunten zijn er bij klachtenprocedures en tuchtzaken?
11.	Hoe handelt de arts bij bedreiging van of agressie richting zorgprofessionals?
12.	Wat kan een arts doen wanneer deze vermoedt dat een collega bij een kind onnodige ingrepen/diagnostisch onderzoek verricht en/of niet wil overleggen met vertrouwensarts terwijl er sprake lijkt te zijn van een duidelijk vermoeden van KMdF?
13.	A. Wat zijn aandachtspunten bij de dossiervoering door de kinderarts?
13.	B. Wat zijn aandachtspunten bij de dossiervoering door de vertrouwensarts?

Aanbeveling

Houd bij een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF) rekening met verscheidene juridische en ethische aspecten. De wettelijke kaders waaronder het werk verricht wordt zijn belangrijk (Wmo 2015, zie ook bij de Overwegingen, deelvraag 0A en deelvraag 0B).

Wees op de hoogte van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld en de stappen die daarin doorlopen (kunnen) worden zowel wanneer een vermoeden van kindermishandeling bij de arts, als wanneer de arts door Veilig Thuis of de Raad voor de Kinderbescherming, jeugdbeschermer die een ondertoezichtstelling (OTS) uitvoert of politie om informatie wordt gevraagd. Zie KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.

Wees op de hoogte dat de vertrouwensarts grotendeels onder de Wmo valt, maar dat de vertrouwensarts wat betreft het beheren en delen van medische informatie een beroepsgeheim heeft (WGBO).

Wees ervan op de hoogte dat het binnen de huidige wetgeving mogelijk is om als vertrouwensarts/Veilig Thuis samen te werken met het OM/politie en in specifieke situaties ook (medische) informatie te delen (zie bijlage Wettelijk kader Openbaar ministerie en politie met betrekking tot Kindermishandeling door Falsificatie). Overleg in deze zo vroeg mogelijk.

Wees op de hoogte van wettelijke bepalingen betreffende het gezag en de toestemmingsvereisten voor behandeling (WGBO) en het recht op informatie. Specifiek ook met betrekking tot een jeugdbeschermer die een OTS uitvoert.

Wees op de hoogte van hoe te handelen bij weigeren van behandeling/diagnostiek en de uitzonderingssituaties waarbij de arts de weigering van (één van beide) gezagdragenden kan passeren, als de arts, door het nalaten van behandeling van het kind, niet de zorg van een goed hulpverlener zou verlenen. Juist omdat bij KMdF overbehandeling/diagnostiek maar ook onderbehandeling kan voorkomen en/of één van de gezagdragende ouders buiten de beslissingen wordt gehouden.

Overleg in deze situaties laagdrempelig met de vertrouwensarts van Veilig Thuis en de eigen raad van bestuur/medische directie en/of KNMG-artseninfolijn (088-4404242, Advies).

Weeg met de vertrouwensarts af of openheid moet worden uitgesteld wanneer bij KMdF het veiligheidsrisico zowel voor het vermoedelijke slachtoffer of voor de vermoedelijke pleger hoog is, wanneer conform de KNMG-meldcode openheid over het vermoeden wordt betracht. Betrek bij deze overweging altijd een collega met expertise en de raad van bestuur/medische directie.

Communiceer met kinderen bij het doorlopen van het stappenplan van de KNMG-meldcode bij een vermoeden van KMdF, volgens een op hen toegesneden vorm van communicatie zonder aanwezigheid van gezagdragenden. Hier kunnen met name bij het vermoeden van KMdF issues spelen op het gebied van toestemming. De aanbeveling is af te stemmen met de vertrouwensarts. Zie ook module Communicatie met het kind.

Zorg dat er toestemming is conform WGBO-regels om wanneer ouders een belangenbehartiger meenemen

naar een gesprek of een belangenbehartiger namens hen willen laten spreken met een medisch professional. Aanbevolen wordt elk gesprek samen met een collega te voeren en na te gaan of het gesprek wordt opgenomen en het gesprek zorgvuldig te documenteren.

Houd bij verzoek tot beeld- of gespreksopname van een gesprek rekening met de aandachtspunten die onder andere verwoord worden in het desbetreffende document van de KNMG en bij deelvraag 8 in deze module. De KNMG biedt voor artsen een handreiking: Opnemen van het gesprek

Weeg de voor- en nadelen van een klinische opname goed af en overweeg deze voor te bereiden met een collega met expertise en de vertrouwensarts. Specifiek bij een vermoeden van KMdF kan een dergelijke ingrijpende klinische opname noodzakelijk zijn waarbij externe factoren, zoals de aanwezigheid van ouders, worden geminimaliseerd.

Vraag in het geval van klachten of een tuchtzaak de raad van bestuur/medische directie en hoofd/manager en jurist van de organisatie direct om advies en vraag juridische bijstand van een jurist met kennis van KMdF, en regel ook emotionele ondersteuning. Vraag eventueel advies aan de KNMG-artseninfolijn (KNMG-artseninfolijn (088-4404242, Advies).

Overleg bij confrontatie met bedreiging en agressie met leidinggevenden of raad van Bestuur/(medische) directie en volg het protocol van de organisatie.

Ga in gesprek als men wordt geconfronteerd met een collega waarvan wordt vermoed dat deze onnodige ingrepen of medische diagnostiek verricht en/of niet wil overleggen met de vertrouwensarts. Deze situatie is uiterst complex. Aanbevolen wordt met de desbetreffende collega in gesprek te gaan, maar bij blijvende zorgen, leg, indien u ook een behandelrelatie met het kind hebt, de geanonimiseerde casus voor aan Veilig Thuis. Wanneer u geen behandelrelatie heeft wordt aanbevolen uw zorgen voor te leggen aan de raad van bestuur/medische directie en ziekenhuisjurist.

Zorg dat dossiervoering bij een vermoeden van KMdF zorgvuldig is. Geef duidelijk weer wie de bron van informatie is, geef objectieve feiten en waarnemingen weer zonder deze subjectief te duiden. Noteer het vermoeden in de differentiaaldiagnose. Heb kennis over welke delen van het medisch dossier direct inzichtelijk zijn voor betrokkenen, en heb kennis van de regels omtrent persoonlijke aantekeningen. Houdt als vertrouwensarts het dossier voortdurend op orde met onderscheid tussen feitelijkheid, interpretaties en besluitvoering. De medisch professional/arts draagt zorg voor de overdracht en de formulering van de informatie aan Veilig Thuis; en draagt zorg voor de instemming van de ouder(s) voor de inhoud hiervan. Zie KNMG-meldcode. Veiligheidsrisico's kunnen ertoe leiden dat van openheid wordt afgezien (zie 6^e aanbeveling).

Overwegingen

NB In deze module wordt meermaals gesproken over de raad van bestuur/medische directie. Dit geldt met name voor zorginstellingen. Wanneer het gaat over Veilig Thuis kan dit gelezen worden als Directie.

Deelvraag 0.A: Onder welke wettelijke kaders werkt de kinderarts?

De kinderarts werkt altijd onder de WGBO, zie verderop bij deelvraag 1. Tevens is de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) van toepassing, zie: wetten.nl - [Regeling - Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg - BWBR0006251](#) (overheid.nl). De Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2019) is van toepassing op het doorbreken van de geheimhouding bij (een vermoeden van) kindermishandeling basis voor de kinderarts.

Deelvraag 0.B: Onder welke wettelijke kaders werkt de vertrouwensarts?

De vertrouwensarts heeft een dubbele hoedanigheid, enerzijds vallend onder de WGBO en BIG, en anderzijds onder de Wmo, het wettelijk kader voor Veilig Thuis. De Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) is van toepassing, zie: [Regeling - Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg](#).

De vertrouwensarts heeft op grond van de Wmo specifieke bevoegdheden voor het opvragen en verstrekken van informatie over ouders en kinderen in het belang van de bescherming van het kind bij wie kindermishandeling wordt vermoed of is vastgesteld zoals vastgelegd in het Handelingsprotocol Veilig Thuis. Daarnaast kan de vertrouwensarts bij een vermoeden van strafbare kindermishandeling informatie delen met OM en politie zoals beschreven in het Handelingskader samenwerken strafbare kindermishandeling. De doorbreking van de geheimhouding voor de vertrouwensarts komt voort uit de bijzondere informatiepositie van Veilig Thuis zoals vastgelegd in het Handelingsprotocol Veilig Thuis. De vertrouwensarts kan in het verlengde hiervan informatie delen met het Openbaar ministerie en Politie (Wmo Artikel 5.2.6) en zoals uitgewerkt in de Handreiking samenwerken strafbare kindermishandeling. Hierbij is het van groot belang om de regionale samenwerking tussen de vertrouwensarts/Veilig Thuis en het OM en politie te organiseren en blijvend te onderhouden.

Op grond van bovenstaande kan in principe zonder toestemming informatie worden verkregen, opgevraagd of gedeeld. Deze bijzondere positie van Veilig Thuis verplicht de vertrouwensarts van Veilig Thuis tot transparantie en communicatie hierover met ouders en kinderen/jeugdigen passend de leeftijd. Op grond van de ernst van de onveiligheid kan besloten worden hiervan af te wijken en informatie deels en/of tijdelijk nog niet te delen. Daarnaast valt de vertrouwensarts voor wat betreft het delen of opvragen van medische informatie grotendeels onder de Wmo en deels onder de WGBO. Het beroepsgeheim met betrekking tot het maken van de goede afweging over welke medische informatie met wie, professional of particulier, te delen, is bij een vermoeden van KMdF zeer relevant. Voor de vertrouwensarts is de WGBO voor een deel op het werk van de vertrouwensarts van toepassing; respectievelijk bij het ontvangen en beoordelen van medische informatie uit de melding en het onderzoek, bij het uitvoeren van een top-teen onderzoek en bij het delen van medische informatie (Sombroek-Van Doorm, 2019; zie: [Behandelingsovereenkomst \(WGBO\)](#)).

Met betrekking tot de door de vertrouwensarts ontvangen medische informatie in een melding of tijdens het onderzoek is afstemming binnen Veilig Thuis door de niet-medische beroepsgroepen met de vertrouwensarts noodzakelijk ten aanzien van het beheren en delen van medische informatie vallend onder het beroepsgeheim.

Deelvraag 1: Welke onderwerpen behandelt de WGBO?

De WGBO behandelt de onder meer volgende onderwerpen ([Behandelingsovereenkomst \(WGBO\)](#)):

1. De totstandkoming en beëindiging van de behandelingsovereenkomst.

2. De toestemming voor en de informatie over de uitvoering van onderzoek en behandelingen (informed consent).
3. Geheimhouding, inclusief inzage in het medisch dossier.
4. De rechten van minderjarigen en meerderjarige wilsonbekwame patiënten.
5. Goed hulpverlenerschap.

Het is van groot belang dat eenieder die een behandelovereenkomst aangaat goed op de hoogte is van toestemming en informatie bij de behandeling van minderjarigen (zie de KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen; KNMG, 2019).

Deelvraag 2: Wie moet toestemming geven voor behandeling?

In de WGBO is per leeftijdscategorie geregeld wie toestemming moet geven voor de medische behandeling van een minderjarige. De leeftijdscategorieën zijn daarbij: <12 jaar, 12-16 jaar en ≥ 16 jaar.

2.1 Wilsonbekwaam

Bewust kijken naar de wilsbekwaamheid van een kind kan bij een vermoeden van KMdF belangrijk zijn. Zie de betreffende tekst over wilsbekwaamheid in de KNMG-wegwijzer (KNMG, 2019). (zie de KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen; KNMG, 2019).

2.2 Weigerende ouder(s)

Het kan zijn dat de gezagdragende ouders (of één van hen) weigeren om toestemming te geven voor een behandeling van hun kind. Dit betekent niet dat er per definitie geen behandeling van het kind kan plaatsvinden. De WGBO biedt een arts ruimte om het kind in bepaalde gevallen toch te behandelen. Het belang van het kind is hierbij leidend.

In uitzonderingssituaties kan de arts de weigering van (één van beide) gezagdragende ouders passeren, als hij, door het nalaten van de behandeling van het kind, niet de zorg van een goed hulpverlener zou verlenen. Bij KMdF kan het voorkomen dat er overbehandeling/diagnostiek plaatsvindt, of soms juist onderbehandeling en één van de ouders buiten de besluitvorming wordt gehouden.

De arts kan dan op basis van *goed hulpverlenerschap* besluiten om het kind toch te behandelen, zie KNMG-wegwijzer (KNMG, 2019).

Is er een vermoeden van kindermishandeling en weigeren de gezagdragende ouders (of één van hen) om toestemming te geven voor een onderzoek daarnaar, dan overlegt de arts met Veilig Thuis. Zie: KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023)).

Is het medisch verantwoord nog even met een behandeling te wachten, dan doet de arts er goed aan te wachten op vervangende toestemming van een rechter. Wanneer ouders het niet eens zijn kan de ouder hiervoor naar de rechter gaan. De arts kan dit ook doen.

In uitzonderingsgevallen kan de arts zelf een verzoek om vervangende toestemming initiëren, door via de Raad voor de Kinderbescherming om een beslissing van de rechtbank te vragen. Een arts kan daartoe genooddaakt worden, als:

- De ouders de behandeling van het kind feitelijk onmogelijk maken, bijvoorbeeld door het kind

- fysiek aan de behandeling te onttrekken; en
- Het de arts niet lukt om de weigerende ouder(s) van de behandeling te overtuigen; en
- De arts ervan overtuigd is dat de behandeling nodig is om ernstig gevaar voor de gezondheid van het kind te voorkomen.

In dat geval pleegt de arts hierover overleg met de Raad voor de Kinderbescherming. De arts doet dit zo veel mogelijk met toestemming van de gezagdragende ouder(s), en dus ook van de ouder die de behandeling weigert. Is het niet mogelijk om hiervoor toestemming van beide ouders te verkrijgen en verkeert de arts daardoor in een conflict van plichten, dan voert hij toch overleg met de Raad voor de Kinderbescherming. Hij informeert de ouders hier dan zo mogelijk vooraf over en ook zo spoedig mogelijk na het overleg. De informatie die met de Raad voor de Kinderbescherming wordt gedeeld moet daarbij altijd beperkt blijven tot wat noodzakelijk en proportioneel is in die context. Is er sprake van een vermoeden van kindermishandeling, dan pleegt de arts overleg met Veilig Thuis. Zie hiervoor ook de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) Zie: KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.

Is er geen (voorlopige) OTS nodig, maar wel toestemming voor een specifieke medische behandeling, dan kan de Raad voor de Kinderbescherming (of het OM) de rechtbank vragen om één van de ouders of beide ouders tijdelijk gedeeltelijk in de uitoefening van het gezag te schorsen. Er wordt dan een Gecertificeerde instelling (GI) aangewezen die de voorlopige voogdij uitoefent en die formeel over de toestemming voor behandelingen beslist. In zeer spoedeisende gevallen zal de rechtbank zelf beslissen.

Deelvraag 3: Wie heeft het gezag bij minderjarigen?

Belangrijke wijziging van de wet heeft plaatsgevonden waardoor na erkenning (buiten een geregistreerd partnerschap of huwelijk) van een kind geboren na 1-1-2023 geen apart gezag meer hoeft worden aangevraagd door de partner van de biologische moeder. Voor deze datum moet dit nog wel het geval zijn om gezag te verkrijgen. Zie ook de Ouderschapswegwijzer over rechten ouder en kind (Lam, 2023).

3.1 Jeugdbeschermer die een OTS uitvoert (voorheen gezinsvoogd genoemd) en gezag

Bij een OTS behouden ouders het ouderlijk gezag, maar zij zijn wel verplicht de aanwijzingen van de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert op te volgen. Deze aanwijzingen kunnen de medische zorg van het kind betreffen. De jeugdbeschermer die een OTS uitvoert krijgt echter zelf geen gezag over het kind. De rechten die ouders op grond van de WGBO hebben met betrekking tot de behandeling van hun kind blijven intact.

In uitzonderingsgevallen kan de kinderrechter wel bepalen dat de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert het gezag uitoefent over een specifiek aspect, bijvoorbeeld over medische behandelingen. De kinderrechter kan dit bijvoorbeeld doen als een kind veel medische zorg nodig heeft en de ouders structureel niet meewerken. In dat geval kan de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert daar dus wel toestemming voor geven.

Als de rechter een (voorlopige) OTS uitspreekt krijgen de ouder(s) een (voorheen gezinsvoogd genoemd) toegewezen vanuit een GI. De jeugdbeschermer die een OTS uitvoert begeleidt het kind en helpt bij het oplossen van problemen.

Dit betekent dat de arts ook bij een OTS aan de gezagdragende ouder(s) toestemming moet vragen voor een medische behandeling van een minderjarig kind conform de leeftijdsregels van de WGBO.

Let op: Een jeugdbeschermer kan ook een gezin helpen in een vrijwillig kader. In dat geval kan deze dus nooit het toezicht uitoefenen over een medische behandeling. Het onderscheid is met name ook belangrijk bij het delen van medische informatie (zie deelvraag 4 in deze module).

3.2 De voogd heeft gezag

Als de ouder(s) het gezag niet kunnen uitoefenen benoemt de rechter een voogd die het gezag overneemt. In dat geval moet de voogd de eventuele toestemming geven voor de behandeling van het kind conform de leeftijdsregels van de WGBO. De voogd die benoemd wordt kan een privépersoon zijn, maar ook een voogdijinstelling. Die instelling zoekt dan meestal een pleeggezin of helpt een kind zelfstandig te wonen. Soms verblijft een kind in een pleeggezin. Pleegouders hebben formeel niet de bevoegdheid om namens een kind te handelen of te beslissen, tenzij zij door de rechter benoemd zijn tot *pleegoudervoogd*. Een pleegoudervoogd kan door de rechter worden benoemd als een kind zeer langdurig in een pleeggezin verblijft en het er niet naar uitziet dat de biologische ouder(s) binnen een aanvaardbare termijn zelf het gezag kunnen of willen dragen. Een pleegoudervoogd heeft het juridisch gezag over het kind en kan beslissen over diens medische behandeling.

3.3 Gezagsregister

In het gezagsregister staat wie er gezag heeft over een minderjarig kind. Het gezagsregister is openbaar. Dit betekent dat iedereen een uittreksel uit het gezagsregister kan opvragen. Dat kan bij alle rechtbanken in Nederland. De wijze van aanvraag verschilt per rechtbank. Op

<https://www.rechtspraak.nl/Registers/Gezagsregister> leest u hier meer over. Een uittreksel uit het gezagsregister is gratis.

In het gezagsregister staan – kort gezegd – de rechterlijke beslissingen over het gezag over een kind. Gezag van rechtswege staat niet in het gezagsregister.

Dit betekent dat als een kind en zijn ouders niet in het gezagsregister staan, de gewone regels op hen van toepassing zijn.

Deelvraag 4: Wie heeft er recht op welke informatie over de behandeling van een minderjarig kind?

Bij een OTS behouden ouders het ouderlijk gezag, maar zij zijn wel verplicht de aanwijzingen van de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert op te volgen. De kinderrechter spreekt de OTS en de gezinsvoogd voert deze uit. De rechten die ouders op grond van de WGBO hebben met betrekking tot de behandeling van hun kind blijven intact.

4.1 Informatieverstrekking aan een jeugdbeschermer die een OTS uitvoert (voorheen gezinsvoogd genoemd).

Zie: Onderdeel II Stappenplan Informatieverstrekking op verzoek van Veilig Thuis, Raad voor de Kinderbescherming of Gecertificeerde Instelling van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023). Per 1 januari 2015 heeft de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert een eigenstandig recht op informatie gekregen. Het gevolg is dat artsen en alle andere derden met een beroepsgeheim desgevraagd en zonder toestemming van de betrokkenen een jeugdbeschermer die een OTS uitvoert informatie moeten verstrekken. Dit geldt alleen als de informatieverstrekking noodzakelijk is voor de uitvoering van de OTS. Dit is het geval als de informatie kan bijdragen aan de gezondheidstoestand en aan het voorkomen van een bedreiging in de gezondheid en de ontwikkeling van het kind. Daarnaast is het juridisch mogelijk dat de arts uit eigen beweging de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert informeert. Ook hierbij geldt dat de informatieverstrekking

noodzakelijk is voor de uitvoering van de OTS. Dat een jeugdbeschermer die een OTS uitvoert recht op informatie heeft, wordt geregeld in de Jeugdwet en leidt tot een verplichting van het delen van medische informatie: zie KNMG-meldcode (KNMG, 2023). Het blijft wel wenselijk dat de arts naar betrokkenen openheid betracht over de informatie-uitwisseling. De arts doet er goed aan om vooraf, of zo snel mogelijk achteraf aan de betrokkenen te vertellen welke informatie aan de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert is verstrekt. De arts bepaalt in samenspraak met de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert welke informatie in een specifieke situatie noodzakelijk is om uit te wisselen. Er zal steeds een individuele afweging gemaakt moeten worden. In principe worden geen complete dossiers aan de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert verstrekt.

NB Een van de redenen om informatie te verschaffen aan de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert kan zijn, dat er sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling. Zie voor meer informatie daarover de KNMG-meldcode (KNMG, 2023; artikel 7 'Informatie aan de gezinsvoogd').

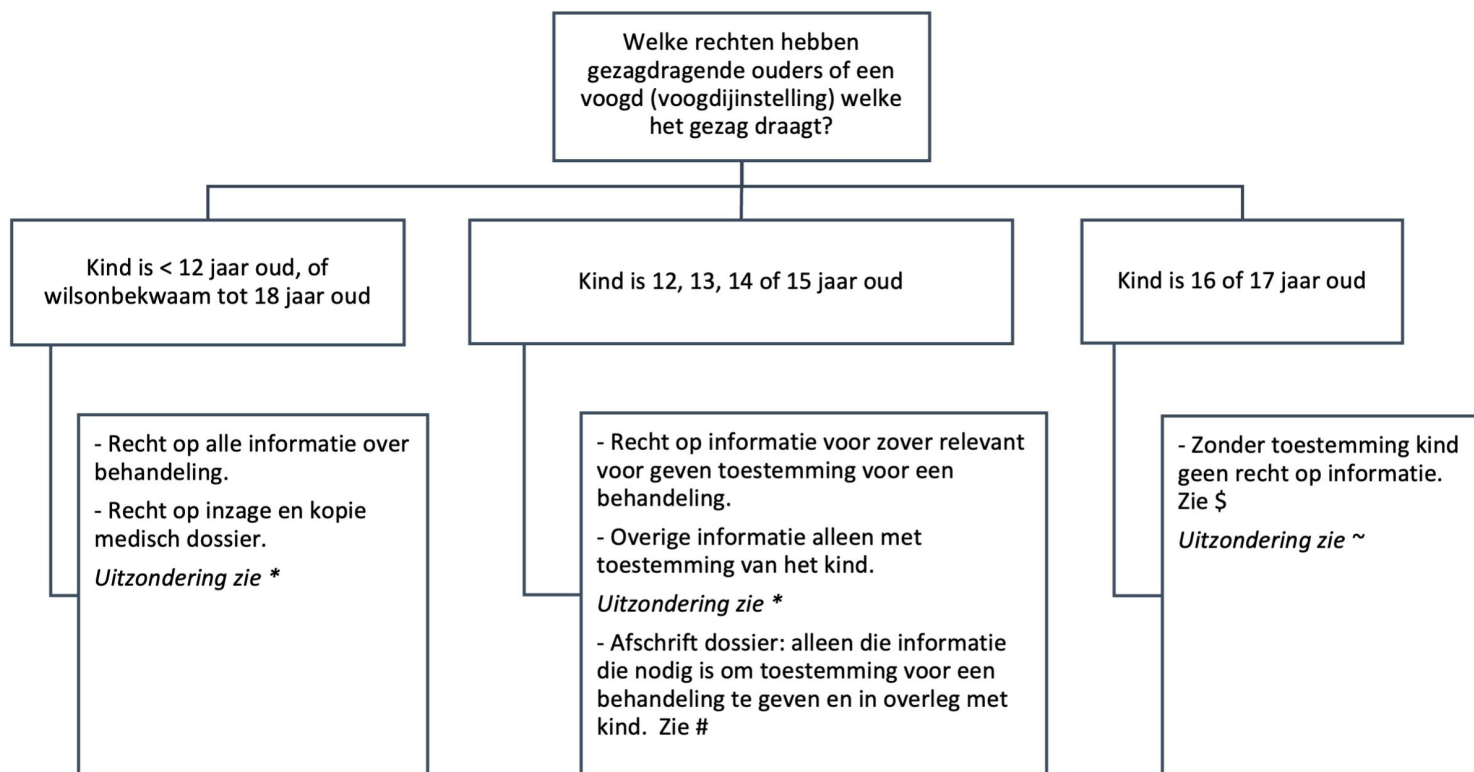
4.2 Onderscheid voogd en jeugdbeschermer die een OTS uitvoert (voorheen gezinsvoogd genoemd)

Behalve een OTS kan de kinderechter nog twee andere kinderbeschermingsmaatregelen opleggen die wel veranderingen brengen in het gezag van ouders. Die maatregelen zijn de ontheffing van en uitzetting van het ouderlijk gezag. Bij deze twee zware maatregelen hebben de ouders geen gezag meer. Er wordt dan een voogd aangesteld die het gezag krijgt. Een voogd heeft dus aanmerkelijk meer rechten en plichten dan een jeugdbeschermer die een OTS uitvoert. Voor de hulpverlener is het dus van wezenlijk belang of er sprake is van een jeugdbeschermer die een OTS uitvoert (voorheen gezinsvoogd genoemd) of een voogd.

4.3 Situatie waarbij ouder(s) gezag dragen of gezag is belegd bij een voogd

Welke informatie artsen mogen verschaffen aan gezagdragende ouders of een voogd, hangt af van de leeftijd van het kind (figuur 1).

Figuur 1. Schema van rechten voor gezagdragende ouders en voogden met gezag per leeftijdsgroep



* Uitzondering: als de arts, in bijzondere omstandigheden, de overtuiging heeft dat hij door (bepaalde) informatie uit het dossier van het kind te verstrekken niet de zorg van een goed hulpverlener verleent, kan de arts besluiten om de gezagdragende ouder(s) of voogd geen informatie te verstrekken. Dit geldt zowel voor de behandelend arts als voor de vertrouwensarts. Hierbij is het belang van het kind leidend. Een beroep op deze uitzondering is bijvoorbeeld mogelijk als het verstrekken van bepaalde informatie risico's oplevert voor de veiligheid of ontwikkeling van het kind. Dit kan het geval zijn als er vermoedens zijn van kindermishandeling. (Zie [KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld](#) en [Wmo 2015/Handelingsprotocol Veilig Thuis](#)).

Ook kan deze situatie zich voordoen als de ouders in een juridische procedure zijn verwikkeld.

De arts overlegt vervolgens met het kind. Wil het kind niet dat de arts deze informatie aan de ouder (in kopie) verstrekt, dan weegt de arts af of hij de ouder die informatie op grond van goed hulpverlenerschap kan onthouden.

\$ In de praktijk worden veel kinderen bij een bezoek aan de arts begeleid door hun gezagdragende ouder(s) of voogd. Deze worden dan bij beslissingen betrokken op grond van veronderstelde toestemming van het kind. Twijfelt de arts aan die veronderstelde toestemming, dan verzoekt hij hen de spreekkamer te verlaten en verifieert hij dit eerst bij de 16- of 17-jarige.

~ Uitzondering: een uitzondering hierop is de situatie dat een 16- of 17-jarige onder toezicht is gesteld. In dat geval mag een arts informatie over het kind verstrekken aan de jeugdbeschermer die een OTS uitvoert (voorheen gezinsvoogd), als die informatie noodzakelijk is voor de uitvoering van de OTS. Dit mag de arts ook doen als de 16- of 17-jarige dat niet wil.

4.4 Ouders met gezag als procespartijen

Het komt voor dat ouders een juridische procedure voeren over (een wijziging in) de gezags- en/of omgangsregeling met hun kind. In dat geval verzoeken ze de arts soms om informatie over hun kind te verstrekken, die ze in de procedure kunnen gebruiken. Als dit verzoek afkomstig is van een ouder die met het gezag is belast, kan de arts in beginsel aan dit verzoek voldoen. Voorwaarde is wel dat de ouder, gezien de leeftijd van het kind, recht heeft op inzage in en een afschrift van het medisch dossier van het kind (zie hierboven).

Het is belangrijk dat de arts alleen feitelijke, relevante medische informatie uit het dossier van het kind verstrekt, zonder een waardeoordeel te geven.

Uitzondering: in uitzonderlijke gevallen mag de arts besluiten om geen informatie over het kind aan de ouders te verstrekken. Hij doet dat dan in het belang van het kind op grond van goed hulpverlenerschap.

4.5 Ouder zonder gezag

Een ouder van een minderjarige die niet (meer) met het gezag is belast, heeft geen zeggenschap (meer) over de behandeling van het kind. Deze ouder heeft daarom ook geen recht op inzage in of een kopie van het medisch dossier van het kind.

De niet-gezagdragende ouder heeft op grond van het familierecht wel recht op informatie over 'belangrijke feiten en omstandigheden die de persoon van het kind of diens opvoeding en verzorging betreffen'. Het recht op informatie van deze niet-gezagdragende ouder omvat globale en feitelijke informatie.

Het is verstandig om de gezagdragende ouder hierover te informeren en hierbij te benadrukken dat de niet-gezagdragende ouder een wettelijk recht heeft om op diens verzoek globale informatie van professionals te ontvangen over het kind en zijn verzorging en opvoeding. En dat een arts wettelijk verplicht is om die informatie onder de bovenstaande voorwaarden te verstrekken.

Is het kind waarover de informatie wordt gevraagd, 12, 13, 14 of 15 jaar, dan is het ook raadzaam om het kind zelf in de afweging te betrekken of en zo ja, welke informatie aan de niet-gezagdragende ouder wordt verstrekt.

Is het kind 16 jaar of ouder, dan oefent hij zelf zijn patiëntenrechten uit en mag hij zelf beslissen zelf of, en welke informatie aan de niet-gezagdragende ouder wordt verstrekt.

Uitzondering: de arts hoeft geen informatie aan een niet-gezagdragende ouder te verstrekken als:

- Hij de informatie ook niet aan de gezagdragende ouder zou verstrekken; of
- Het belang van het kind zich tegen het verstrekken van de informatie verzet.

Deelvraag 5: Hoe gaat de arts om met toestemming en informatiedelen in de praktijk?

5.A. Hoe gaat de behandelend arts om met toestemming en informatiedelen met medebehandelaars en ketenpartners, maar ook justitie in de praktijk?

Als beide ouders het gezag over een kind hebben, moeten zij ook beiden instemmen met een medische behandeling van hun kind, in de praktijk begeleidt vaak één ouder het kind.

5A.1 Kind komt met één gezaghebbende ouder op spreekuur

Als er sprake is van een ingrijpende, medisch niet-noodzakelijke of medisch ongebruikelijke behandeling, of, als de arts aanwijzingen heeft dat de niet-aanwezige ouder een andere mening over de behandeling heeft moet de arts beide gezaghebbenden betrekken. Bij een IP/vermoeden van KMdF is het raadzaam altijd beide gezaghebbenden te betrekken en er niet vanuit te gaan dan de ene gezaghebbende de andere gezaghebbende goed informeert en betreft bij het geven van toestemming.

5A.2 Informatie opvragen bij andere professionals door de kinderarts/behandelend arts. info delen met verwijzer of medebehandelaar.

Als een patiënt in behandeling is, is er conform de WGBO altijd sprake van een behandelingsovereenkomst. Daar heeft de patiënt al mee ingestemd. De patiënt heeft dan conform de WGBO de plicht zijn medewerking

te verlenen, opdat de zorgverlener verantwoorde zorg kan bieden. Behandelen gebeurt in het algemeen door meerdere zorgverleners, het behandelteam genoemd, die vanzelfsprekend patiëntgegevens uitwisselen, als onderdeel van de behandelovereenkomst (zie: Behandelingsovereenkomst (WGBO)).

Met de medebehandelaar binnen de eigen organisatie mag altijd informatie worden uitgewisseld en is het raadzaam de patiënt/ouders hierover te informeren. In een overleg met de huisarts mag informatie uitgewisseld worden voor zover de uitgewisselde informatie binnen de context en inhoud van de verwijzing valt. Wanneer andere privacygevoelige informatie uitgewisseld wordt of zal worden, waaronder signalen of vermoedens van kindermishandeling, moet voorafgaand aan het overleg met de huisarts toestemming worden gevraagd aan de patiënt/ouders, waarbij patiënt/ouders worden geïnformeerd over de bedoeling van het overleg. Voor het opvragen van medische gegevens bij een (mede)behandelaar in een andere instelling zijn toestemmingsformulieren beschikbaar om te laten ondertekenen. Indien onduidelijkheid of twijfel bestaat kan altijd worden overlegd met de ziekenhuisjurist.

Voor het opvragen en delen van informatie met *externe hulpverleners* die niet horen tot het behandelteam is toestemming nodig van gezagdragende ouders/voogd en kinderen vanaf 12 jaar.

Hieronder vallen thuiszorg, jeugdgezondheidszorg, GGZ, sociaal wijkteam en andere hulpverleners. Dit kan voorkomen in het kader van behandeling, maar bij vermoedens van kindermishandeling ook in het kader van informatie verzamelen in stap 1 van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023). Voor de behandelend arts is toestemming vragen vereist.

Weigeren delen van informatie: Indien gezagdragende ouders en/of kinderen vanaf 12 jaar weigeren dat informatie met andere behandelaars/zorgverleners wordt gedeeld ontstaat een dilemma. Allereerst moet geprobeerd worden hen in een gesprek ervan te overtuigen wat de reden en noodzaak hiervan is. Als dit niet lukt en het wel noodzakelijk is voor goed hulpverlenerschap kan overlegd worden met de ziekenhuisjurist en met de vertrouwensarts van Veilig Thuis. De noodzaak van informatie delen is van groot belang wanneer er sprake is van een IP of een vermoeden van KMdF.

Bij een second opinion is het in het algemeen gebruikelijk dat informatie van voorgaande behandelaars wordt verstrekt. Bij kinderen is dit extra belangrijk zodat onderzoeken niet onterecht opnieuw gedaan moeten worden. Bij een IP of een vermoeden van KMdF weigeren ouders/gezagdragers nogal eens om deze informatie op te mogen vragen/te delen. Afgewogen moet worden welke informatie noodzakelijk is. Bij het opvragen van informatie is alle voorgaande informatie nodig om een goede tijdlijn te kunnen maken (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF). Bij het verstrekken van informatie kan soms volstaan worden met het verstrekken van objectieve onderzoeksresultaten. Ook hierbij is het van belang geanonimiseerd te overleggen met de ziekenhuisjurist of de vertrouwensarts, als er (nog) geen sprake is van een melding.

Een blanco second opinion moet voorkomen zien te worden. Goede communicatie met de huisarts is daarbij ook van belang. Een patiënt heeft recht op een second opinion maar deze mag geweigerd worden bij een zwaarwegend bezwaar tegen een verwijzingsverzoek, bijvoorbeeld omdat de zorgverlener waarvoor een

verwijzing wordt verzocht ter zake niet deskundig is en de verwijzing daarom niet bijdraagt aan goede zorg, of als de patiënt al meerdere malen voor dezelfde problematiek om een second opinion heeft gevraagd. (KNMG-gedragscode voor artsen).

Shoppen van arts naar arts moet voorkomen zien te worden.

Informatie delen door behandelend arts met vertrouwensarts/Veilig Thuis, zie KNMG-meldcode (KNMG, 2023). Hierbij gelden de volgende aanbevelingen:

- Bij advies vragen aan Veilig Thuis wordt de casus geanonimiseerd besproken en worden de persoonsgegevens niet gedeeld.
- Bij een melding bij Veilig Thuis worden de persoonsgegevens wel gedeeld en wordt de van de van belang zijnde medische informatie, informatie over risicofactoren en vermoedens om welke vorm van kindermishandeling het zou kunnen gaan gedeeld. Het kan zinvol zijn om ook in deze fase met de vertrouwensartsen af te stemmen welke informatie belangrijk is in de melding op te nemen. Welke informatie wordt gedeeld wordt gebruikelijk volgens de stappen van de KNMG-meldcode van tevoren met gezagdragende ouders besproken. Bij een vermoeden op KMdF kan ervoor worden gekozen, na overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis, het doen van de melding uit veiligheidsoverwegingen nog niet te bespreken met ouders. Deze veiligheidsoverwegingen dienen zorgvuldig beschreven te worden. Wanneer en op welke wijze dit wel wordt besproken wordt in overleg tussen behandelaar en de vertrouwensarts bepaald op grond van een risico-inschatting.

5.B. Hoe gaat de (kinder)arts om met toestemming wanneer Veilig Thuis informatie opvraagt

Zie: Onderdeel II Stappenplan Informatieverstrekking op verzoek van Veilig Thuis Raad voor de Kinderbescherming of Gecertificeerde Instelling van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

Bij het opvragen van informatie door vertrouwensarts/Veilig Thuis (hierbij is de arts informant, bijvoorbeeld na melding door anderen) heeft de arts wél toestemming nodig van betrokkenen. De arts moet met ouders bespreken dat om informatie is gevraagd en welke informatie deze zal geven. Ook hier kan bij vermoeden KMdF een uitzonderingssituatie ontstaan en kan de arts wel besluiten informatie te verstrekken zonder dat om toestemming is gevraagd of zonder dat deze is verkregen. Het niet vragen van toestemming dient dan weloverwogen te zijn en de afwegingen hierbij moeten worden gedocumenteerd. De belangrijkste onderbouwing zijn de ernstige veiligheidsrisico's die bij KMdF kunnen ontstaan. Indien hier later een klacht over ontstaat is het goed te benoemen dat er gehandeld is naar deze uitzonderingssituatie.

In de nieuwe KNMG-meldcode is een nieuw Afwegingskader over het verstrekken van informatie opgenomen (KNMG, 2023):

Uitgangspunt in de KNMG-meldcode is steeds dat voor gegevensverstrekking zonder toestemming er een noodzaak moet zijn om een redelijk vermoeden van kindermishandeling en/of huiselijk geweld te laten onderzoeken of om dergelijk geweld te doen stoppen. Dat wil zeggen dat u moet afwegen of voldaan is aan:

- De genoemde noodzaak om een redelijk vermoeden van kindermishandeling en/of huiselijk geweld te laten onderzoeken of om dergelijk geweld te doen stoppen; én
- De beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid, die bij doorbreking van het beroepsgeheim altijd een rol spelen.

Professionele normen bij het stappenplan KNMG-meldcode

Het stappenplan Informatieverstrekking op verzoek van Veilig Thuis, helpt u om zorgvuldig af te wegen of en hoe u aan een verzoek om informatie van vertrouwensarts/Veilig Thuis, kunt voldoen. Zie Onderdeel II Stappenplan Informatieverstrekking op verzoek van Veilig Thuis Raad voor de Kinderbescherming of Gecertificeerde Instelling van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

Zorg dat u het stappenplan en de professionele norm zorgvuldig toepast.

5.C. Hoe gaat de vertrouwensarts om met toestemming en informatie delen naar hulp- en zorgverleners, Raad voor de Kinderbescherming, jeugdbeschermer die een OTS uitvoert (voorheen gezinsvoogd genoemd), politie/OM (Wmo, 2015)?

De vertrouwensarts heeft specifieke bevoegdheden voor het opvragen en verstrekken van informatie over ouders en kinderen die bij een melding betrokken zijn. Dit komt voort uit de bijzondere informatiepositie van Veilig Thuis waardoor in principe zonder toestemming informatie kan worden verkregen, opgevraagd of gedeeld. Deze bijzondere positie van Veilig Thuis verplicht de vertrouwensarts van Veilig Thuis tot transparantie en communicatie hierover met ouders en kinderen/jeugdigen passend bij de leeftijd. Van deze verplichting kan op grond van de ernst van de onveiligheid worden afgeweken en besloten worden informatie deels en/of tijdelijk nog niet te delen. Daarnaast valt de vertrouwensarts voor wat betreft het delen of opvragen van medische informatie grotendeels onder de Wmo en deels onder de WGBO. Het beroepsgeheim met betrekking tot het maken van de goede afweging over welke medische informatie met wie, professional of particulier, te delen is bij een vermoeden van KMdF zeer relevant.

5C.1 Informatie opvragen door de vertrouwensarts bij zorg- en hulpverleners

De vertrouwensarts kan in het kader van een onderzoek door Veilig Thuis, na een melding, informatie opvragen bij de bij het kind(eren) en ouders betrokken hulp- en zorgverleners, onderwijs en politie. In de meeste gevallen gebeurt dit met instemming en medeweten van de betrokkenen. De vertrouwensarts kan met het multidisciplinaire team van Veilig Thuis indien gewenst besluiten informatie op te vragen zonder de instemming van ouders. Ouders worden hiervan op de hoogte gesteld.

De vertrouwensarts maakt hierbij gebruik van de bijzondere informatiepositie van Veilig Thuis, dat wil zeggen dat het mogelijk is om informatie te verkrijgen over directbetrokkenen die hiervoor geen toestemming hebben gegeven (Wmo, 2015). Bij een onderzoek naar een vermoeden van KMdF is het noodzakelijk om de directie en de jurist bij dit besluit te betrekken. Dit besluit weegt zwaar omdat het in het geval van KMdF medische informatie betreft vallend onder het beroepsgeheim van de behandelend arts en de vertrouwensarts.

Hierbij heeft Veilig Thuis de plicht de betrokkenen hierover te informeren. Bij een onderzoek naar een vermoeden van KMdF kan de situatie ontstaan dat het informeren niet direct kan worden gedaan maar achteraf, vanwege veiligheidsrisico's voor het kind of systeem.

Indien het niet mogelijk is toestemming te verkrijgen van beide gezagdragende ouders doordat iemand volledig uit beeld is of volledig onbereikbaar, dan moet in het dossier worden vastgelegd wat de reden is en welke acties zijn ondernomen om toestemming te verkrijgen.

5C.2 Informatie delen met justitie: zie KNMG Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie (KNMG, 2012) (Kinder)arts:

Behandelend artsen kunnen te maken krijgen met vragen van justitie.

Het beroepsgeheim bestaat uit de zwijgplicht en het verschoningsrecht. De zwijgplicht geldt tegenover iedereen. Het verschoningsrecht tegenover de rechter, de rechter-commissaris, de officier van justitie en de politie.

Met toestemming van gezagdragers en kinderen vanaf 12 jaar mag informatie worden verstrekt, maar deze moet altijd subsidiair, proportioneel en objectief zijn. De arts weegt zelf af welke informatie wordt gedeeld om zo het beroepsgeheim zo min mogelijk te schenden.

In overige gevallen mag bij (vermoeden van) kindermishandeling of volwassenengeweld het beroepsgeheim jegens politie of justitie alleen worden doorbroken voor zover dit noodzakelijk is om gevaar voor de veiligheid van een kind of volwassene af te wenden. Als politie of justitie de arts benaderen naar aanleiding van een melding of aangifte dan dient de arts zich – als hij geen toestemming voor informatieverstrekking kan krijgen – af te vragen of sprake is van een conflict van plichten. Hiervan is sprake als de arts van mening is dat er een evident groter belang is (van de patiënt zelf of andere bedreigde patiënten) dan het belang dat met geheimhouding wordt gediend. Waarheidsvinding als zodanig, is onvoldoende reden om informatie aan politie/justitie te verstrekken.

De nieuwe KNMG-meldcode biedt hiervoor een stappenplan: Onderdeel III Stappenplan Informatieverstrekking op verzoek van politie of justitie (KNMG, 2023). Zorg dat je de stappen zorgvuldig volgt.

Voor de (kinder)artsen en de vertrouwensartsen geldt dat het belangrijk is om te noteren in het dossier welke informatie is opgevraagd en is verstrekt en aan welke toestemmingsvereisten is voldaan.

De vertrouwensarts:

De vertrouwensarts kan de samenwerking met OM en politie aangaan op basis van de wetgeving van Veilig Thuis (Wmo, 2015). De vertrouwensarts werkt hierbij conform de Handreiking samenwerken strafbare kindermishandeling (Kwakman 2017). Het besluit hiertoe wordt door het multidisciplinaire team binnen Veilig Thuis genomen waar de vertrouwensarts deel van uit maakt. Bij een vermoeden van KMdF is het zeer raadzaam de directie/jurist bij deze besluitvorming op de hoogte te stellen en eventueel te betrekken.

Het wettelijk kader van OM en politie bij kindermishandeling verschilt van het kader van Veilig Thuis.

De definitie van kindermishandeling binnen het strafrecht is als volgt:

Kindermishandeling is elke vorm van bedreiging of geweld tegen een minderjarige (een kind in de leeftijd tot en met 17 jaar) die opzettelijk en zonder toestemming van het kind heeft plaatsgevonden.

Hierbij maken OM en politie geen onderscheid tussen strafbare en niet-strafbare kindermishandeling (door falsificatie). In de term “kindermishandeling” ligt strafbaarheid besloten. Met andere woorden, álle vormen van kindermishandeling zijn strafbaar. Maar, als er sprake is van opzet bij de pleger op het mishandelen van het kind (de mishandeling moet dus verwijtbaar zijn). Zie bijlage Wettelijk kader Openbaar ministerie en politie met betrekking tot Kindermishandeling door Falsificatie.

De vertrouwensarts heeft hierbij te maken met het proportioneel doorbreken van het beroepsgeheim met betrekking tot het delen van de medische informatie met politie/OM of Raad voor de Kinderbescherming (Kwakman, 2017). De overweging om ouders hiervoor om toestemming te vragen is allereerst belangrijk. Indien geen toestemming wordt verkregen of om veiligheidsredenen niet kan worden gevraagd, zal de

vertrouwensarts de afweging moeten maken op basis van de noodzakelijkheid al dan niet informatie te delen (KNMG, 2023). De bescherming en het belang van het betrokken kind(eren) staat voorop naast de plicht de ouder(s) hierover te informeren op een wijze waarop dit het kind(eren) niet schaadt.

Bij een vermoeden van KMdF zal in ernstige gevallen vroegtijdig samengewerkt worden door de vertrouwensarts van Veilig Thuis met het OM/ de officier van justitie om een plan van aanpak te maken (Kwakman, 2017). Vertrouwensartsen werken hierbij conform de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling waarin beschreven staat welke stappen de vertrouwensarts zet wanneer bij een vermoeden van KMdF de samenwerking met politie/OM noodzakelijk lijkt (Kwakman, 2017).

De vertrouwensarts kan informatie uit het Veilig Thuis dossier delen met politie en justitie. Het kan informatie betreffen die vanuit het informantenonderzoek gedeeld is met Veilig Thuis. Dit kan dus ook gaan om medische informatie die verstrekt is door de behandelend arts. Indien Veilig Thuis een informant heeft gesproken wordt een verslag van het gesprek ter verifiëring aangeboden aan de arts die als informant benaderd is. Dit verslag wordt onderdeel van het dossier. Dat betekent dat het verslag op dat moment, bij een inzage verzoek, ter inzage is aan ouders. Ook kan het verslag worden gebruikt ter onderbouwing van een verzoek aan de Raad voor de Kinderbescherming, of ter onderbouwing van een melding aan de politie in het kader van de Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling (Kwakman, 2017).

Deelvraag 6: Zijn er aanvullingen op de uitgangspunten onder 1 t/m 5 wanneer er sprake is van een vermoeden op kindermishandeling, in het bijzonder bij een vermoeden van KMdF?

Zie ook KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

Juist bij een vermoeden van KMdF is de veiligheid van alle betrokkenen een belangrijk aandachtspunt. Dit kan er in sommige gevallen toe leiden dat een arts moet af zien van het betrekken van kind en/of gezaghebbenden bij de stappen die hij neemt en hen geen toestemming vraagt en ook geen informatie verstrekt over wat er gaat gebeuren en waarom de arts besluit iets te doen. Dit vraagt om een zorgvuldige afweging. De algemene aanbeveling is over deze veiligheidsrisico's altijd in overleg te gaan met de vertrouwensarts (stap 2 KNMG-meldcode (KNMG, 2023)) om een besluit goed te kunnen onderbouwen.

6.1 Afzien van openheid over het vermoeden

Het bespreken van (vermoedens van) kindermishandeling en huiselijk geweld kan de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt schaden. Het risico daarvan kan zijn dat de patiënt niet meer open is naar de arts en/of de behandelrelatie verbreekt, terwijl hulp en medische zorg juist noodzakelijk is. Dit risico kan verhoogd zijn wanneer er een vermoeden van KMdF speelt. Als een arts zijn vermoedens van kindermishandeling en/of huiselijk geweld op een juiste en professionele wijze bespreekt, leidt dat in veel gevallen tot herstel van de veiligheid. Maar in uitzonderingssituaties kan zo'n gesprek echter ook leiden tot grote onveiligheid bij het slachtoffer of de arts zelf. Hoewel openheid conform KNMG-meldcode het uitgangspunt is (KNMG, 2023), kan het daarom in het belang van het kind soms noodzakelijk zijn om (tijdelijk) niet open te zijn over de vermoedens en te zetten stappen in het gesprek met betrokkenen (zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

In het bijzonder bij een vermoeden van KMdF kan het veiligheidsrisico zowel voor het vermoedelijke slachtoffer of voor de vermoedelijke pleger hoog zijn. De aanbeveling is dat de arts voordat openheid wordt betracht de vertrouwensarts om advies vraagt over de afweging om tijdelijk gefundeerd van openheid af te

zien wanneer er veiligheidsrisico's lijken te bestaan. Het besluit hierover blijft de verantwoordelijkheid van de behandelaar. Betrek bij deze afweging ook een collega met expertise, en de raad van bestuur/medische directie. En documenteer de overwegingen goed in het medisch dossier.

6.2 Afzien van openheid naar ouder(s)/patiënt over overleg met Veilig Thuis) (stap 2 KNMG-meldcode) en over melding bij Veilig Thuis (stap 5 KNMG-meldcode).

Bij een advies is er – anders dan bij een melding – géén sprake van uitwisseling van persoonsgegevens; de casus wordt geanonimiseerd gepresenteerd. Het vragen van advies is dan ook geen doorbreking van het beroepsgeheim. Bij een advies wordt uitsluitend inhoudelijke informatie aan de vertrouwensarts voorgelegd. De informatie wordt vastgelegd in een adviesdossier Van Veilig Thuis onder de naam van de adviesvrager. Dit adviesdossier is van belang wanneer de adviesvrager in het verdere verloop opnieuw de situatie in een advies wil bespreken. Dit komt bij een IP of een vermoeden van KMdF relatief veel vaker voor. De inhoud van een adviesdossier wordt binnen Veilig Thuis strikt gescheiden gehouden van een dossier na melding. Bij een melding is er immers sprake van overdracht van inhoudelijke informatie over een vermoeden van kindermishandeling. Het verdient aanbeveling bij elk vermoeden van KMdF deze advies-stap(pen) niet in openheid te bespreken met betrokkenen alvorens alle risico's hiervan zorgvuldig in kaart zijn gebracht in overleg met de vertrouwensarts, om vervolgens hierover het besluit te nemen.

Dezelfde voorzichtigheid geldt voor een uitnodiging tot deelname van een vertrouwensarts aan een consensusbijeenkomst (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF). De aanwezigheid van de vertrouwensarts valt binnen het kader van het uitvoeren van een advies (stap 2 KNMG-meldcode (KNMG, 2023)) tijdens de consensusbijeenkomst. Het is verstandig in deze consensusbijeenkomst bij een vermoeden van KMdF de persoonsgegevens van de betrokkenen niet te delen met de vertrouwensarts zodat het beroepsgeheim niet wordt geschonden en aan betrokkene niet mee te delen dat de vertrouwensarts hieraan gaat deelnemen/deelnam.

Indien de adviesvraag betrekking heeft op een IP ligt open communicatie over het betrekken van de vertrouwensarts voor advies meer voor de hand.

De arts kan afzien van contact met gezagdragenden en kind (conform leeftijdsregels WGB0) voorafgaand aan de melding:

- Als dit contact een risico oplevert voor de veiligheid of de gezondheid van de patiënt of van andere personen uit de huiselijke kring van de patiënt, hetgeen relatief vaak het geval zal zijn bij een vermoeden van KMdF.
- Als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts daardoor het contact met de patiënt verliest, hetgeen een relatief hoog risico kan zijn bij een vermoeden van KMdF; of
- Als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid.

Het verdient aanbeveling deze risico's zorgvuldig gezamenlijk met de vertrouwensarts af te wegen, zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan.

Als de arts besluit betrokkenen niet in te lichten, zoekt hij later naar een geschikt moment om de betrokkenen alsnog in te lichten. De arts legt in het dossier vast:

- Welke inschatting hij heeft gemaakt en op basis waarvan.

- Welke acties hij heeft ondernomen.
- Wie hij daarover heeft geïnformeerd en/of toestemming heeft gevraagd; en
- Welke vervolgspraken zijn gemaakt.

Op grond van artikel 5.2.6 van de Wmo (2015) en de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) mogen beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim zonder toestemming gegevens verstrekken aan Veilig Thuis. Dit mag alleen:

- Als dat noodzakelijk is om kindermishandeling en/of huiselijk geweld te stoppen; of,
- Als de arts een redelijk vermoeden heeft van kindermishandeling en/of huiselijk geweld en hij dat wil laten onderzoeken.

De arts moet afwegen of hij van dit meldrecht gebruikmaakt. Het meldrecht is gebaseerd op de gedachte dat in de genoemde gevallen het belang van het slachtoffer vóór het beroepsgeheim mag gaan. Als het gaat om kindermishandeling vloeit dit ook voort uit artikel 3.1 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Op grond van dit artikel moeten de belangen van het kind de eerste overweging vormen bij alle maatregelen die kinderen betreffen. Ook artikel 19 van dit verdrag speelt een rol. Dit artikel verplicht de lidstaten om kinderen te beschermen tegen alle vormen van geweld, mishandeling en verwaarlozing. De regeling in de Wmo (2015) is een bijzondere regeling ten opzichte van de algemene wettelijke bepalingen over het beroepsgeheim. De wetgever heeft in deze regeling bewust gekozen voor een meldrecht bij Veilig Thuis: een bevoegdheid om onder bepaalde omstandigheden zonder toestemming het beroepsgeheim te doorbreken. Een meldrecht betekent dat de arts per geval een afweging moet maken of een melding noodzakelijk is. De KNMG-meldcode (KNMG, 2023) biedt daar handvatten voor en geeft hier door middel van professionele normen nader invulling aan. Zij vormen een minder strikte invulling van de algemene criteria voor het doorbreken van het beroepsgeheim op grond van een conflict van plichten.

Betrek bij bovengenoemde afwegingen een collega met expertise en de raad van bestuur/medische directie.

6.3 Verzoek afschrift medisch dossier

In principe gelden de regels van de WGBO zoals hierboven besproken. Inclusief de hierboven vermelde uitzondering: Als de arts, in bijzondere omstandigheden, de overtuiging heeft dat hij door (bepaalde) informatie uit het dossier van het kind te verstrekken niet de zorg van een goed hulpverlener verleent, kan de arts besluiten om de gezagdragende ouder(s) of voogd geen informatie te verstrekken. Hierbij is het belang van het kind leidend. Het verdient aanbeveling over de risico's van het verstrekken van een afschrift juist bij een vermoeden van KMdF altijd in overleg te gaan met de vertrouwensarts. Betrek bij de afweging een collega met expertise en de raad van bestuur/medische directie.

6.4 Verzoek inzage dossier Veilig Thuis

Ouders kunnen, conform de hiervoor geldende procedure, een verzoek indienen voor het verkrijgen van hun Veilig Thuis dossier. Om aan het verzoek te voldoen dienen ouders ter verificatie van de identiteit van de gezaghebbende ouder(s) en de minderjarige(n) van 12 jaar of ouder (waarvan op grond van artikel 5.3.3 van de Wmo 2015 toestemming is vereist) een kopie van de ID-bewijzen en een toestemmingsverklaring in. De inzage in en afschrift van het dossier kan (gedeeltelijk) worden geweigerd voor zover dit noodzakelijk is om een redelijk vermoeden van kindermishandeling te onderzoeken (artikel 5.3.2 lid 4 Wmo 2015). Bijvoorbeeld wanneer er zwaarwegende belangen van het kind zich daartegen verzetten bijvoorbeeld als het

gaat om uitspraken van het kind aan de vertrouwensarts/Veilig Thuis dat op moment van inzage nog niet bekend mag worden bij de ouder(s). Dit is in het belang van het verloop van het onderzoek door de vertrouwensarts, en in het geval dat het onderzoek van de officier van justitie op dat moment niet mag worden doorkruist, kan het noodzakelijk zijn dat voor een deel van het dossier de inzage en het afschrift worden geweigerd.

Belangrijk in de communicatie naar ouders is dat de inhoud van het inzagedossier uitsluitend is vastgelegd in verband met de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling en niet bedoeld is om in te dienen als bewijs in een rechtszaak of anderszins.

6.5 Kinderen apart spreken

Kinderen verdienen gedurende het doorlopen van het stappenplan een vorm van communicatie die op hen is toegesneden. Soms kan een gesprek beter alleen met de arts plaatsvinden. De aanwezigheid van ouders/verzorgers is niet altijd in het belang van het kind. Stem dit af met de vertrouwensarts. Voor de kinderarts kan dit lastig zijn in de behandelrelatie. Soms is het wel mogelijk dat ouders toestemming geven voor een gesprek met een psycholoog van de kinderafdeling. Vervolgens kan dat weer dilemma's opwerpen als een kind in de leeftijd 12-16 jaar niet wil dat de psycholoog (delen uit) de gesprekken deelt met het behandelteam. Dit moet tijdens een MDO goed in het behandelteam worden afgewogen.

De vertrouwensarts kan zelf een kindgesprek uitvoeren of zorgdragen voor een kindgesprek. In principe wordt door Veilig Thuis met alle kinderen gesproken waarover een vermoeden van KMdF is gemeld. Het is de wettelijke taak van Veilig Thuis om kinderen/jeugdigen te spreken indien het kind qua taalontwikkeling hiertoe in staat is. Zij dienen geïnformeerd en betrokken te worden over de reden en het doel van de melding en het onderzoek. Daarnaast wordt het kind in staat gesteld om zich uit te spreken over de melding en het onderzoek. Wanneer een gesprek door de ouder(s) wordt geweigerd en door de vertrouwensarts en het multidisciplinaire team noodzakelijk wordt geacht kan overleg met de Raad voor de Kinderbescherming worden gevoerd (zie ook module Communicatie met het kind).

Deelvraag 7: Wat zijn aandachtspunten in gesprek met ouders wanneer zij een belangbehartiger meenemen of namens hen willen laten spreken met de (medisch) professional?

In het gesprek tussen een (medisch) professional of vertrouwensarts/Veilig Thuismedewerker en ouders kunnen ouders aangeven dat zij een belangenbehartiger mee naar het gesprek willen nemen. Dit kan een vertrouwenspersoon, familielid, vertegenwoordiger van een belangenvereniging of een advocaat zijn. In sommige gevallen kan de belangenbehartiger het mandaat hebben om namens de ouders het gesprek te voeren.

Bij de start van het gesprek is het noodzakelijk om toestemming te vragen aan beide aanwezige gezaghebbende ouders voor het delen van privacygevoelige informatie en/of hier afspraken over te maken. Ook kinderen vanaf 12 jaar moeten toestemming geven.

Indien er sprake is van gescheiden ouders dan moet de andere ouder met gezag akkoord zijn met de aanwezigheid en het delen van informatie van de door de andere ouder meegebrachte belangenbehartiger.

Aandachtspunten in het gesprek:

- Maak van tevoren afspraken over de rol van de aanwezigen.
- Vraag of ouders/belangbehartiger van plan zijn het gesprek op te nemen op hun telefoon.

- Voer het gesprek samen met een collega (medisch) professional.
- Kinderarts: Maak een verslag en zet de afspraken in het medisch dossier. Noteer in het verslag de bij het gesprek aanwezigen en de datum. Indien noodzakelijk kan de kinderarts uitgebreider documenteren, zie onderstaand.
- Vertrouwensarts: Maak een verslag en zet de afspraken in het dossier. Noteer in het verslag de bij het gesprek aanwezigen en de datum. Deel het verslag indien gewenst en mogelijk met de aanwezigen en vraag aanvullingen/aanpassingen. Pas feitelijke onjuistheden aan. Voeg eventuele extra informatie/opmerkingen van ouders en of belangenbehartiger als bijlage toe aan het verslag met duidelijke weergave van de bron van de opmerking.
- Voer een moeilijk gesprek met sterke voorkeur face to face. Het risico van digitaal laten aansluiten bij een gesprek is dat er geen zicht is op eventuele andere aanwezigen aan de digitale zijde. Ook is er geen zicht op eventuele opname van het gesprek.

Deelvraag 8: Wat zijn de aandachtspunten bij beeld- en/of geluidopname van het gesprek?

Er is toenemende aandacht voor het gebruik van geluidsoptname in gesprekken tussen professionals en ouders, ook in situaties waarin sprake is van (te verwachten) juridische procedures of klachtzaken. Het is belangrijk om op de hoogte te zijn van de regels binnen je organisatie betreffende toestemming.

Een geluidsoptname waarop een patiënt/cliënt te horen is, valt onder het medisch beroepsgeheim/Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Dat wil zeggen dat anderen dan de patiënt/cliënt geen toegang tot die opnamen mogen hebben zonder toestemming van de patiënt/cliënt.

De KNMG biedt voor artsen een handreiking: Opnemen van gesprekken door patiënten (KNMG, 2017) Zie de Handreiking voor artsen over het opnemen van gesprekken door patiënten

Het opnemen van gesprekken kan voordelen hebben, zoals het bieden van een nauwkeurige en objectieve weergave van de uitwisselingen. Het kan helpen bij het bewaren van belangrijke informatie en het beschermen van de belangen van de betrokken partijen. Zie verder de KNMG-handreiking over dit onderwerp.

Aandachtspunten wanneer ouders een spraakopname van het gesprek wensen zijn:

Zie de Handreiking voor artsen over het opnemen van gesprekken door patiënten (KNMG, 2017).

- Geef aan het gesprek dan zelf ook graag op te nemen en benoem als reden dat je beiden over dezelfde informatie beschikt. Biedt eventueel een alternatief aan.
- Voeg de geluidsoptname toe aan het dossier.
- Geluidsoptnames van consulten met kinderen en meerderjarige wilsonbekwamen vragen extra aandacht, overleg zo nodig met een jurist.
- Kinderen vanaf 12 jaar beslissen zelf of één of beide ouders of voogden aanwezig mag of mogen zijn tijdens het consult. Heeft het kind deze toestemming eenmaal gegeven, dan is de ouder of voogd vervolgens vrij om het gesprek (al dan niet heimelijk) op te nemen, zonder het kind daarover te informeren. Ook mogen ouders zonder het kind hierin te kennen een opname openbaar maken indien de zorgverlener hiermee heeft ingestemd. Kinderen hebben dus geen juridische mogelijkheden om de openbaarmaking van een geluidsoptname door ouder(s) of voogd(en) tegen te houden, maar kunnen dit

natuurlijk wel bespreken met hun ouder(s) of voogd(en).

- Maak afspraken (knippen-plakken-schending privacy, niet zonder toestemming aan derden verstrekken, niet openbaar maken (sociale media) zonder toestemming andere partij) en bespreek het doel van de geluidsopname.
- Zorg dat de afspraken en het doel van de geluidsopname herhaald worden nadat de opname is gestart.
- Als de gezaghebbende ouder of patiënt vanaf 12 jaar heimelijk een opname maakt, is dit niet strafbaar, omdat diegene deelnemer is aan het gesprek. Dit geldt ook voor een vertrouwenspersoon/belangenbehartiger als deze zelf deelneemt aan het gesprek.
- Wetboek van Strafrecht artikel 139a ev. Burgers mogen geen geluidsopname maken als zij zelf niet deelnemen aan het gesprek.
- De professional mag niet weigeren om het gesprek opgenomen te laten worden. U bent wel verplicht de informatie die besproken is tijdens het gesprek op schrift mee te geven, indien de patiënt/direct betrokkene daarom verzoekt (artikel 7:448 lid 1 Burgerlijk Wetboek)
- Indien de patiënt/gezaghebbende directbetrokkene de opname zonder instemming openbaar heeft gemaakt, dan is de eerste stap om de patiënt/gezaghebbende/cliënt te verzoeken deze opnames te verwijderen. De openbaarmaking kan immers berusten op een misverstand. Mocht de patiënt/gezaghebbende/directbetrokkene weigeren de opnames te verwijderen, dan kan de arts bij de (civiele) rechter vragen om de openbaarmaking teniet te doen.
- Of een geluidsopname als bewijs in een juridische procedure mag worden gebruikt, beslist de rechter (ondanks de gemaakte afspraken). Dit geldt zowel in een civiele procedure als in een tuchtrechtprocedure. De arts kan zich er dan eventueel op beroepen dat de geluidsopname een ontoelaatbare inbreuk op zijn persoonlijke levenssfeer oplevert. (Art 5 lid 1 AVG).
- Art 5 lid 1 AVG: er is een recht op minimale gegevensverwerking oftewel opnames mogen niet gebruikt worden voor andere doeleinden zoals verspreiding op internet ed.
- Art 10 lid 2 EVRM geeft de mogelijkheid om voorwaarden en beperkingen op te leggen. Een daarvan is de beperking om verspreiding van vertrouwelijke mededelingen te voorkomen. Dat geldt dus ook voor (geluids)opnamen.
- Openbaarmaking van opnames aan de rechter in een civiele zaak is in beginsel niet onrechtmatig (de Hoge Raad vindt dit geen inbreuk op het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer).
- Voor het tuchtrecht geldt min of meer hetzelfde, ook daar mag de opname meestal als bewijs ingebracht worden.
- Beeldopname: een (medisch)professional mag het maken van beeldopname zowel op kantoor/ziekenhuis als in een thuissituatie altijd weigeren op grond van het portretrecht. De beeldopname mag dan niet worden gemaakt.
- In de zorg worden soms beeld- of geluidsopnamen gemaakt door (vertegenwoordigers van) zorgprofessionals, bijvoorbeeld voor onderwijsdoeleinden of in het kader van de behandeling van de patiënt. In tegenstelling tot een patiënt/directbetrokkene moet een arts zelf wel van tevoren toestemming vragen aan de patiënt/directbetrokkene alvorens een geluidsopname te maken van het gesprek. Voor het opnemen van telefoongesprekken, is geen toestemming van de patiënt/directbetrokkene vereist, maar volstaat het informeren van de patiënt/directbetrokkene over de opname en het doel ervan. Om toestemming te kunnen geven, moet de patiënt/directbetrokkene minimaal geïnformeerd zijn over het doel van de opname en over de bewaartermijn. Deze opnamen mogen niet voor andere doelen worden gebruikt. Ook moet vooraf worden bepaald wat er met de

opname wordt gedaan. Een geluidsoopname kan bijvoorbeeld maar eenmalig teruggeluisterd hoeven worden en daarna vernietigd, maar het is ook mogelijk dat de opname langer bewaard moet blijven en aan het medisch dossier moet worden toegevoegd. In dat geval geldt daarvoor de wettelijke bewaartermijn voor medische dossiers.

Deelvraag 9: Welke afspraken zijn noodzakelijk bij een klinische observatie/separatie opname

(Zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

Het doel van een klinische opname/separatie opname is het objectiveren van de gepresenteerde klachten en symptomen, en/of het evalueren van eerder gestelde diagnoses, en/of het verrichten van eventueel aanvullend onderzoek vanwege de differentiaaldiagnose, en/of het objectiveren van de beperkingen bij gestelde diagnoses en/of het vaststellen of verwerpen van een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie. Het kan noodzakelijk zijn de invloed van externe factoren, zoals de aanwezigheid van ouders, te minimaliseren, omdat bij een vermoeden van KMdF een objectieve beoordeling kan worden bemoeilijkt door gedragingen van de pleger, die een bedreiging kunnen vormen voor zowel de objectieve beoordeling en de fysieke en psychische veiligheid van het kind. Daarom zijn veiligheidsafspraken voorafgaand aan opname noodzakelijk. Voorafgaand aan een dergelijke, voor ouders ingrijpende opname, is advies (stap 2 KNMG-meldcode (KNMG, 2023)) van een vertrouwensarts noodzakelijk. Vanzelfsprekend is de impact op het kind en eventuele broertjes/zusjes eveneens groot en dient hier aandacht voor te zijn.

Wanneer er nog geen melding heeft plaatsgevonden wordt toestemming voor de maatregelen gevraagd conform de regels van de WGBO. Wanneer er een melding heeft plaatsgevonden kunnen de veiligheidsafspraken door de vertrouwensarts met de betrokkenen worden besproken en kan er aan de vertrouwensarts toestemming gegeven worden. Nog steeds gelden voor de behandelend arts de regels conform de WGBO. Tenslotte is het ook mogelijk dat de veiligheidsafspraken worden opgelegd in het kader van een OTS met maatregel uithuisplaatsing (UHP).

In module Medische work-up bij vermoeden van KMdF wordt met name verder ingegaan op praktische aspecten die hierbij spelen.

Er kunnen zich situaties voordoen waarbij het niet mogelijk is om de klinische opname en de veiligheidsafspraken vooraf met ouders/verzorgers te bespreken en vervolgens de opname te plannen omdat de veiligheid van het kind mogelijk niet gewaarborgd kan worden (denk aan het risico op toedienen van medicatie met een acute verslechtering van het kind, risico op verstikking et cetera). In een dergelijke situatie volgt de opname direct na het gesprek met ouders waarin de opname en de veiligheidsafspraken worden besproken. De opname is indien dit mogelijk is van tevoren voorbereid met bij voorkeur een academisch centrum waar de opname plaatsvindt. In die situaties dient direct, liefst voorafgaand overleg met de vertrouwensarts/Veilig Thuis plaats te vinden gericht op de veiligheidsafspraken.

Bij het weigeren van veiligheidsafspraken door ouders kan Veilig Thuis (na melding) een spoedverzoek indienen bij de Raad voor de Kinderbescherming, welke instantie op haar beurt bij de rechter om een OTS en een maatregel UHP kan vragen.

Voor communicatie met het kind zie module Communicatie met het kind.

Deelvraag 10: Welke aandachtspunten zijn er bij klachtenprocedures en tuchtzaken?

Het klachtrecht, volgens de WGBO en Wmo 2015 biedt patiënt en directbetrokkenen de mogelijkheid om op een laagdrempelige wijze een oordeel over hun klacht te krijgen. Zie: [Klachtrecht \(Wkkgz\)](#). Natuurlijk geldt dit klachtrecht ook wanneer er sprake is van een vermoeden van kindermishandeling. Toetsbaarheid van handelen staat bij artsen voorop. Het is een uitgangspunt dat voortvloeit uit de artseneed en de gedragsregels voor artsen. Daarnaast is het vanuit het oogpunt van professionaliteit, optimaal functioneren en een veilig werk en leerklimaat van groot belang. In het verlengde van de artseneed bepalen de gedragsregels van de KNMG dat een arts bereid is om zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen. Dit staat letterlijk in Gedragsregel 1.6, zie de Gedragscode voor artsen (KNMG, 2022).

10.1 Het tuchtrecht

Het tuchtrecht in de gezondheidszorg is een bijzondere vorm van rechtspraak, waarbij het tuchtcollege beoordeelt of een arts of andere zorgverlener heeft gewerkt volgens de geldende professionele standaard. Zie: [Tuchtrecht](#).

De meeste klachten worden ingediend door de rechtstreeks belanghebbenden: de patiënt of diens naaste familie. Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan een klacht indienen. Het Tuchtrecht heeft tot doel de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Het indienen van (tucht)klachten door ouders bij wiens kinderen KMdF wordt vermoed of is bevestigd komt voor zowel tegen (medisch) professionals als tegen de behandelaar/behandelteam als tegen de vertrouwensarts van Veilig Thuis.

Het klachtproces kan specifiek bij KMdF voor beide partijen (klagers en aangeklaagde) zeer belastend zijn, professionals en ouders hebben recht op passende ondersteuning naast de juridische ondersteuning. Ouders kunnen daarbij worden geholpen bij het omgaan met de gevolgen van de bevindingen van de behandelend arts of vertrouwensarts, zeker wanneer zij het niet eens zijn met het uitgevoerde onderzoek en behandeltraject.

Tips bij een klacht of tuchtzaak:

- Licht zo snel mogelijk raad van bestuur/(medische) directie en hoofd/manager en jurist van de organisatie/afdeling in en vraag hen advies.
- Vraag eventueel advies aan de KNMG-artseninfolijn (088-4404242), zie ook [Advies](#).
- Regel juridische bijstand voor het inwinnen van juridisch advies en/of het bijstaan bij een tuchtzaak. Vraag juridische bijstand aan een jurist die kennis heeft van KMdF en, bij een tuchtzaak, het schrijven van een verweer, vraag advies aan een jurist die daarnaast ervaren is in tuchtzaken.
- Regel emotionele ondersteuning (collega-vertrouwenspersoon, peer-support).
- Noteer alle relevante gebeurtenissen in een tijdlijn (denk ook aan mailwisseling) als referentiepunt tijdens het proces.
- Bij tuchtzaak: verzoek Regionaal Tuchtcollege (RTC) en Centraal Tuchtcollege (CTC) om een collega met kennis op het gebied van KMdF in het college. Verzoek om een vertrouwensarts in het college op te nemen.

Het kan voorkomen dat er in de media-aandacht komt voor een klacht of tuchtzaak. Licht zo snel mogelijk raad van bestuur/(medische) directie en hoofd van de afdeling in en vraag hen advies. Betrek de afdeling Communicatie van het ziekenhuis en van het Landelijk Netwerk Veilig Thuis.

Deelvraag 11: Hoe handelt de arts bij bedreiging van of agressie richting zorgprofessionals?

Cijfers wijzen op een verharding van de samenleving en de toename van agressie tegen hulpverleners (Héman, 2022), zowel in direct contact als ook op sociale media. De bedreigingen variëren van online bedreigingen, verbale en fysieke agressie, tot intimidatie of bedreiging van het gezin van de dokters en andere zorgverleners. Dit heeft een grote impact op de betrokkenen.

Het is belangrijk dat naast emotionele ondersteuning direct maatregelen worden getroffen die de veiligheid van de betrokken professional waarborgen enerzijds en die aangeven dat agressie richting hulpverleners ontoelaatbaar is anderzijds. Dit ondanks begrip wat er kan bestaan voor het niet goed onder controle houden van emoties en/of het feit dat agressie bij een ziektebeeld van de pleger kan horen.

Kort samengevat zijn er de volgende aandachtspunten:

- Breng zo snel mogelijk de leidinggevende en directe collega's op de hoogte van het geweldsincident of de bedreiging. Tevens de raad van bestuur/(medische) directie.
- Zorg voor directe emotionele ondersteuning en professionele watchfull waiting vanwege risico op onder andere posttraumatische stressstoornis. Bijvoorbeeld middels peer support of zo nodig inzet van een psycholoog.
- Bespreek direct met raad van bestuur/(medische) directie en Dienst Beveiliging welke maatregelen er moeten worden getroffen om de veiligheid van zorgprofessionals te waarborgen: dit kan bijvoorbeeld zijn escorteren naar auto of openbaar vervoer, weigeren toegang van de geweldspleger, gele kaart en wanneer herhaling rode kaart en weigeren toegang tot het ziekenhuis/instantie, bij ernstige bedreiging inschakelen politie et cetera. Het beëindigen van de behandel/werk relatie is altijd een beslissing van de behandelaar in overleg met de raad van bestuur/medische directie. De gebouwoontzegging kan alleen worden uitgereikt door de raad van bestuur/(medische) directie. Hierin is uitdrukkelijk opgenomen dat in geval van acute zorgbehoefte, deze zorg wel wordt geleverd.
- Cruciaal in het effectief afhandelen is samenwerking, intern en extern (met politie en OM). Voor die samenwerking zijn er bij de meeste (zorg)instellingen afspraken gemaakt en vastgelegd in een Convenant.

De Dienst Beveiliging van de meeste (zorg)instellingen doet altijd aangifte van vernieling en/of geweld. Een zorgmedewerker die agressie en geweld heeft ervaren, mag mede bepalen of ook hiervan aangifte wordt gedaan. Bespreek met raad van bestuur/(medische) directie en eventueel (ziekenhuis)jurist hoe dit op de meest veilige wijze voor de betrokkene(n) moet plaatsvinden. Bij het doen van een melding moet het adres van de werkgever worden opgeven. De politie moet bij medewerkers met een publieke taak extra acties ondernemen, ongeacht de aard en ernst van het delict. Het is dus belangrijk te vermelden bij de melding dat het geweld is ondergaan tijdens het verrichten van werkzaamheden op het werk.

- Wees voorbereid dat media (bijvoorbeeld tv-uitzendingen waarin ouders een vermoeden van kindermishandeling als onterecht naar voren brengen), kunnen functioneren als aanzet tot agressie. Stem af met de afdeling communicatie.

Iedere instelling behoort te beschikken over een protocol en een zodanige organisatie dat een slachtoffer direct kan worden bijgestaan. Zorg dat u uw protocol kent.

Iedere instelling dient ook te beschikken over een systeem van registratie, weet hoe u in uw instelling agressie en bedreiging moet melden in dit systeem.

Preventie is een essentieel onderdeel in de aanpak van agressie en geweld. Preventie bestaat uit enkele belangrijke onderdelen, waaronder ook het tijdig informeren van de Dienst Beveiliging en het volgen van training in omgang van geweld en het verlenen van assistentie aan collega's bij geweld. Bij preventie horen ook duidelijke huisregels die op duidelijke wijze aan alle bezoekers van de instelling worden gecommuniceerd.

Deelvraag 12: Wat kan een arts doen wanneer deze vermoedt dat een collega bij een kind onnodige ingrepen/diagnostisch onderzoek verricht en/of niet wil overleggen met vertrouwensarts terwijl er sprake lijkt te zijn van een duidelijk vermoeden van KMdF? (Zie ook module Specifieke aspecten binnen (behandel)team)

Een situatie waarbij een collega arts onnodige ingrepen/onnodige diagnostiek lijkt te verrichten bij een patiënt en/of hulpmiddelen voorschrijft die onnodig lijken en/of ziekteverzuim accepteert wat onnodig lijkt omdat deze collega het vermoeden van KMdF niet onderschrijft dan wel de daarbij te zetten stappen niet kan/wil zetten komt helaas vaak voor. De literatuur bevestigt dat het vaak lang duurt voor deze vorm van kindermishandeling wordt herkend en beschrijft ook op welke wijze een arts kan worden overtuigd/gemanipuleerd door een pleger van deze vorm van kindermishandeling. Daarnaast is bekend dat er bij artsen drempels bestaan om tot de gewenste aanpak te komen zoals beschreven in module Medische work-up bij vermoeden van KMdF van deze richtlijn, zoals ongeloof dat deze vorm van kindermishandeling zou kunnen spelen in dit gezin, angst voor een onterecht vermoeden, angst voor klachten, angst voor agressie, angst voor de hoeveelheid werk, onvoldoende vertrouwen dat de situatie voor de patiënt zal verbeteren door de casus geanonimiseerd te bespreken met de vertrouwensarts van Veilig Thuis enzovoort (Rosenberg, 1987).

KMdF speelt zich af in een driehoek waarbij de behandelend arts een belangrijke rol heeft als degene die misleid wordt door de pleger en aangezet wordt tot diagnostisch onderzoek en behandeling van het kind. De volgende aandachtspunten spelen in deze situaties:

- Overleg uw vermoedens voordat u met de desbetreffende collega in gesprek gaat met een collega met expertise (eventueel een vertrouwensarts met expertise), en ga na op grond van welke objectief door u waargenomen feiten u tot dit vermoeden bent gekomen. De gegevens van de patiënt en de collega worden niet vermeld. .
- Indien een collega met expertise uw vermoeden onderschrijft: ga in gesprek met de collega waarbij u onnodig medisch handelen/dan wel ontbreken van medisch handelen gericht op een vermoeden van KMdF vermoedt.
- Bespreek met deze collega uw vermoeden en ga met deze collega na of er feiten zijn die uw vermoeden vergroten of feiten die uw vermoeden tegenspreken. Probeer tot een gezamenlijke conclusie te komen over het vermoeden op KMdF en over het vermoeden van onnodig medisch handelen, dan wel ontbreken van medisch handelen zoals dat wordt aanbevolen bij een vermoeden van KMdF (inclusief vroegtijdig advies bij de vertrouwensarts van Veilig Thuis). Toon begrip voor eventueel drempels die hiervoor kunnen bestaan en probeer tot een gezamenlijke oplossing te komen waarbij het belang van het kind doorslaggevend moet zijn. Probeer daarna de collega te ondersteunen bij de aanpak; inclusief bij een geanonimiseerd overleg met een vertrouwensarts om tot een plan van aanpak te komen.
- Indien de collega niet openstaat voor gezamenlijke reflectie op de casus, dan wel bij onderschrijven van

het vermoeden bij het standpunt blijft niet te willen overleggen met een vertrouwensarts van Veilig Thuis staat het belang van het kind voorop. Indien u zelf ook een behandelrelatie heeft met het kind overlegt u de geanonimiseerde casus met Veilig Thuis. Indien u geen behandelrelatie heeft met het kind kunt u vragen of de collega openstaat voor een advies van het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) over de casus. Wanneer u geen behandelrelatie heeft, is het mogelijk om zelf advies vragen bij de vertrouwensarts van Veilig Thuis.

- Indien de collega in de situatie onder 4 niet open staat voor een geanonimiseerde adviesvraag bij het LECK en u geen behandelrelatie heeft met het kind is er sprake van een zeer complexe situatie waarbij u vermoedt dat een kind onnodig schade leidt door handelen of gebrek aan handelen van een collega. Toets uw conclusie bij de raad van bestuur/medische directie en ziekenhuisjurist. Vraag eventueel de KNMG-artseninfolijn om advies en bespreek of men bereid is eveneens met deze collega in gesprek te gaan en of er redenen zijn om de casus te melden bij de leidinggevende van de betreffende collega of bij Veilig Thuis of eventueel Inspectie.

Deelvraag 13A: Wat zijn aandachtspunten bij de dossiervoering door de kinderarts?

Zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF

Vanzelfsprekend is het belangrijk zorgvuldige notities te maken in het dossier van alle onderdelen van de gehele medische work-up, en van alle gesprekken met gezaghebbenden, het kind, andere professionals, MDO's et cetera. Geef duidelijk de bron van iedere afzonderlijke informatie aan en geef informatie gedetailleerd weer en vraag alle betrokken teamleden zo gedetailleerd mogelijk te documenteren. Het moet duidelijk zijn wie de regiebehandelaar is. Probeer bij het noteren van observaties een objectieve weergave van de waargenomen feiten te geven zonder deze subjectief te duiden. Alvorens notities definitief te maken kan het in sommige gevallen aan te bevelen zijn de notities te laten meelezen door een collega. Geef bij een duiding van waargenomen feiten altijd een differentiaaldiagnose. Noteer het vermoeden van KMdF in de differentiaaldiagnose, laat dit niet achterwege, ook niet wanneer dit vermoeden nog niet met gezaghebbenden en kind kan worden gedeeld. In de meeste elektronische patiëntdossiers is niet alles zichtbaar voor patiënt en ouders. Anamnese en overwegingen zijn in het algemeen nog afgeschermd. Wel zijn altijd onderzoeken, conclusie en beleid zichtbaar. Stel jezelf op de hoogte hoe dat op de eigen werkplek is geregeld. Nu tegenwoordig ouders soms alles kunnen meelezen, bijvoorbeeld tijdens de samenzorgvisite, kan dat lastig zijn, omdat je nog niet alle informatie wilt delen. Noteer in elk geval objectief de discrepanties die er zijn tussen symptomen en uitkomst van aanvullend onderzoek en observaties en overweeg tijdelijk aandachtspunten te noteren in persoonlijke aantekeningen. Persoonlijke aantekeningen maken geen deel uit van het (op te vragen) dossier en kunnen dus later niet worden gebruikt. Indien relevant moeten deze aantekeningen uiteindelijk opgenomen worden in de decursus van het dossier en zijn dan ook ter inzage beschikbaar.

Daarnaast wordt de inhoud van het overleg met collega's, andere beroepskrachten en/of instanties zoals Veilig Thuis in het dossier vermeld, en wordt aangegeven of voor het verstrekken van gegevens aan (deze of andere) derden toestemming is gevraagd en verkregen. Of juist wanneer en waarom van het vragen van toestemming is afgezien. Zie hiervoor deelvraag 5 en 6. Tot slot noteert de arts alle andere stappen die in het kader van (het vermoeden van) kindermishandeling en/of huiselijk geweld zijn ondernomen, inclusief de redenen daarvoor. En wordt een vermoeden uiteindelijk ontkracht, dan vermeldt de arts ook dat uitdrukkelijk in het dossier.

Persoonlijke aantekeningen

Persoonlijke aantekeningen zijn tijdelijke aantekeningen, die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtenvorming en die bij de arts gerezen indrukken, vermoedens of vragen bevatten.

Ze worden op een veilige plaats buiten het (medisch) dossier bewaard. Gewaarborgd moet zijn dat de aantekeningen ook in digitale omgevingen, alleen toegankelijk zijn voor degene die ze heeft vastgelegd. De aantekeningen moeten worden vernietigd zodra ze niet langer nodig zijn. Bijvoorbeeld als ze niet langer relevant zijn als voorlopige gedachtevorming.

Is er wel een belang bij bewaren, bijvoorbeeld voor goede zorgverlening of besluitvorming, dan dienen ze alsnog te worden opgenomen in het dossier. Vanaf dat moment zijn deze ook ter inzage aan patiënt en/of ouders.

Multidisciplinair overleg (MDO)

Stel het liefst een consensus diagnose na een multidisciplinaire consensus bijeenkomst met experts waaronder de vertrouwensarts en relevante subspecialisten, indien van toepassing betrokken verpleegkundigen, paramedici, medewerkers pedagogische zorg, maatschappelijk werkenden of betrokken psychologen/kinder- en jeugdpsychiaters. Overweeg de huisarts en/of jeugdarts te betrekken. Er is toestemming vereist van gezaghebbenden voor deelname van artsen buiten het directe behandelteam. Bespreek de geanonimiseerde casus bij aanwezigheid van de vertrouwensarts wanneer nog geen melding heeft plaatsgevonden.

In dit MDO wordt na een samenvattende presentatie van alle hierboven in de medische work-up verzamelde informatie in consensus vastgesteld wat de verklaring van de klachten is. Zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF voor de werkwijze en mogelijke uitkomsten van een dergelijke consensusbijeenkomst. Het is van groot belang dat eenduidige dossiervoering plaatsvindt door alle betrokken behandelaars zodat er geen discrepanties ontstaan; maak daarover afspraken in het MDO. De in het MDO gemaakte afspraken moeten duidelijk in het dossier worden genoteerd.

Overleg bij uiteenlopende visies altijd met de vertrouwensarts van Veilig Thuis.

Bij vragen over dossiervoering kan overleg plaatsvinden met de ziekenhuisjurist en/of de KNMG-infolijn.

Deelvraag 13B: Dossiervoering vertrouwensarts

Houd het dossier voortdurend op orde met aandacht voor het onderscheid tussen feitelijkheid, interpretaties en besluitvorming. Het is het belangrijk om de zorgvuldige verslaglegging van de informantcontacten op te nemen in het dossier conform Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019 (Baeten, 2018). Onder informantcontacten wordt verstaan gesprekken met (medisch) professionals, (eerder) betrokken hulpverlening, school et cetera. De medisch professional/arts draagt zorg voor de overdracht en de formulering van de informatie aan Veilig Thuis; en draagt zorg voor de instemming van de ouder(s) voor de inhoud hiervan. Zie KNMG-meldcode (KNMG, 2023).

Zowel interne als externe MDO's worden gedocumenteerd en opgenomen in het dossier. Maak notulen van het MDO, neem deze op in het dossier nadat alle betrokken partijen akkoord hebben gegeven op de inhoud.

Aandachtspunten:

- Houd het dossier voortdurend op orde.

- Maak een tijdlijn met betrekking tot het ziekteverloop, diagnostiek en behandeling van het kind.
- Zet alles direct juist in het dossier.
- Scheidt feiten van interpretaties en conclusies.
- Beschrijf en onderbouw de besluitvorming ten aanzien van het vermoeden van de KMdF en/of de vervolgstappen zo feitelijk mogelijk.
- Noteer altijd bron van de informatie.
- Indien er opvallendheden in gedrag of handelswijze zijn van direct betrokkenen, omschrijf deze feitelijk.
- Betrek zo nodig een jurist bij een MDO rondom besluitvorming over conclusies en vervolgstappen.
- Overweeg om het management van de organisatie op de hoogte te brengen of te betrekken.
- Gebruik in mails en brieven niet de ik- of wij-vorm, maar spreek vanuit Veilig Thuis. Bijvoorbeeld: Veilig Thuis concludeert dat.

Onderbouwing

Achtergrond

In situaties waarin er sprake is van een Inconsistente Presentatie (IP) of een vermoeden van KMdF ontstaan bij betrokken professionals tal van vragen omtrent de juridische bevoegdheden en valkuilen en ook medisch ethische aspecten. Wat wel en niet kan en mag of moet is niet altijd voor iedereen duidelijk. Deze module geeft handvatten voor deze juridische vragen met als doel de handelingsverlegenheid onder professionals te verminderen en een doeltreffender aanpak mogelijk te maken gericht op bevorderen van de gezondheid en de veiligheid van het kind. In het International Verdrag van de Rechten van het Kind (IVRK VN 1989) staat vermeld dat het kind recht heeft op bescherming tegen kindermishandeling en huiselijk geweld; en dat, wanneer hier sprake van is, het kind er recht op heeft van hem/haar zelf te vernemen, wat zijn/haar gedachten hierbij zijn en welke angsten en wensen bij het kind leven.

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics. The dissertation of Mirjam Sombroek was also consulted (Sombroek-van Doorm, 2019)

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Baeten P. (2018). Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019. 2018. Beschikbaar van: https://veiligthuis.nl/wp-content/uploads/2018/12/Veiligthuis-interactief-protocol_v3.pdf.

Héman R. Agressie tegen dokters en zorgpersoneel is onacceptabel. 2022. Geraadpleegd via

<https://www.knmg.nl/actueel/columns/column/agressie-tegen-dokters-en-zorgpersoneel-is-onacceptabel>
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie, KNMG, februari 2012. Beschikbaar van: <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/beroepsgeheim/politie-en-justitie>
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-Gedragscode voor artsen. Utrecht: KNMG, 2022. Beschikbaar van: <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/gedragscode-voor-artsen#Downloads> (KNMG-Gedragscode voor artsen)-anchor
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen, KNMG, 2019. Geraadpleegd via <https://www.knmg.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/vernieuwd-knmg-wegwijzer-toestemming-en-informatie-bij-behandeling-minderjarigen>
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Opnemen van gesprekken door patiënten. Handreiking voor artsen, KNMG, oktober 2017. Geraadpleegd via <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/patientenrechten/opnemen-van-het-gesprek>
Kwakman E. Handreiking Samenwerken bij strafbare kindermishandeling. 2017 Nov. Beschikbaar van: https://vertrouwensartsen.nl/wp-content/uploads/2021/05/handreiking_samenwerken-bij-strafbare-kindermishandeling.pdf
Lam E, Huitema J. Ouderschapswijzer. Welke ouder heeft welke rechten en plichten? Haarlem: &jeugd. 2023. Geraadpleegd via https://enjeugd.nl/wp-content/uploads/2023/03/ouderschapswijzer-2023_v0300.pdf
Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl. 1987;11(4):547-63. doi: 10.1016/0145-2134(87)90081-0. PMID: 3322516.
Sombroek-van Doorn M. Medisch beroepsgeheim en de zorgplicht van de arts bij kindermishandeling in de rechtsverhouding tussen arts, kind en ouders. Leiden: Universiteit Leiden; 2019. Available from: <https://www.universiteitleiden.nl/en/research/research-output/law/medisch-beroepsgeheim-en-de-zorgplicht-van-de-arts-bij-kindermishandeling-in-de-rechtsverhouding-tussen-arts-kind-en-ouders>
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Afdeling 5 (art. 7:446 tot en met 7:468 BW). 1 mei 2024. Beschikbaar van: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2012-06-13#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5
Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. 1 januari 2024. Beschikbaar van: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2024-01-01>

Specifieke aspecten binnen (behandel)team

Uitgangsvraag

Welke specifieke aspecten kunnen een rol spelen binnen een (behandel)team bij een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF)?

Deze module behandelt met name de situatie in het ziekenhuis

Aanbeveling

Betrek met toestemming van gezagdragende ouders en kinderen vanaf 12 jaar alle betrokken professionals, zoals artsen uit eerste, tweede en derde lijn en paramedici, psycholoog/ kinderpsychiater, bij de evaluatie van een patiënt met Inconsistente Presentatie dan wel een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF).

Betrek in een consensusbijeenkomst (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF) waarin de mate van waarschijnlijkheid van een vermoeden van KMdF moet worden bepaald tenminste alle leden van een behandelteam.

Maak het mogelijk dat alle leden van een behandelteam de eigen observaties en conclusies delen.

Betrek vroegtijdig een kinderarts met expertise en de vertrouwensarts, zeker in de consensusbijeenkomst waarin de mate van waarschijnlijkheid van een vermoeden van KMdF moet worden bepaald (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

Let op een mogelijk splitsende dynamiek binnen een behandelteam.

Zorg voor ondersteuning van een behandelteam bij conflict/gebrek aan overeenstemming binnen een team door vertrouwensarts en kinderarts met expertise, medische directie, juridische afdeling, eventueel medisch ethicus.

Signaleer vroegtijdig gebrek aan overeenstemming/conflict tussen behandelaars en/of ouders.

Reflecteer op en conflictsituatie met ouder(s)/verzorger(s) binnen het behandelteam in aanwezigheid van vertrouwensarts en kinderarts met expertise en probeer tot consensus te komen.

Zorg voor eenduidige communicatie met ouders door de regiebehandelaar

Weeg een verzoek tot (nieuwe) second opinion door ouder(s)/verzorger(s) zorgvuldig af binnen het behandelteam in aanwezigheid van vertrouwensarts en kinderarts met expertise.

Denk aan intervisie/coaching van een behandelteam door psycholoog of kinderpsychiater en aan peer support vanwege bovengenoemde processen en de emotionele belasting van een vermoeden van KMdF.

Overwegingen

Behandelteam

Bij patiënten met IP of een vermoeden van KMdF zijn vaak meerdere (sub)specialisten en paramedici betrokken.

Het proces van diagnostiek en aanpak kan veel teweegbrengen in een behandelteam.

Artsen zijn gewend ouders te geloven, je wil geen diagnose missen, zeker niet als subspecialist/expert, moeite om te bespreken dat je het niet begrijpt, moeite met de druk van de ouder/verzorger om meer diagnostiek of behandeling te weerstaan, gebrekkige communicatie tussen (sub)specialisten, onzekerheid over wat te noteren in het dossier, niet het risico willen lopen op een klacht, onduidelijkheid over de voordelen ten opzichte van de nadelen van het starten van een melding bij Veilig Thuis.

Het is daarom belangrijk dat kinderartsen en andere artsen tijdens de opleiding worden getraind op discrepanties en vroegtijdig KMdF overwegen.

Het team van betrokken professionals kan bestaan uit betrokkenen uit de eerste, tweede en derde lijn zowel op somatisch als op psychologisch/psychiatrisch gebied afhankelijk van de vermelde klachten en symptomen en het hulpzoekend patroon van de ouders/verzorgers.

Van groot belang is één regiebehandelaar aan te wijzen, meestal is dit de kinderarts/kinderarts-sociale pediatrie, die continuïteit kan bieden en overzicht houdt op wat een andere discipline/specialist aan onderzoek of behandeling initieert, gesprekken met ouders voert en regie voert over het dossier. Deze moet zich neutraal durven opstellen zowel naar ouders als naar behandelaars/collega's.

Voor de somatische zorg kunnen onder andere de huisarts, jeugdarts, eerstelijns kindzorg organisaties (zoals kinderthuiszorg, verpleegkundig kinderdagverblijf, verpleegkundig zorghuis et cetera), kinderarts/kinderarts-subspecialist, kinderneuroloog, kinderchirurg et cetera betrokken zijn. Daarnaast is er een belangrijke rol voor de verpleegkundigen, paramedici, medisch pedagogisch zorgverleners et cetera die nauw contact hebben met het kind wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een opname. Zij zijn degenen die vaak de discrepanties zien en benoemen die van doorslaggevende betekenis kunnen zijn in het signaleren van KMdF (zie ook [module Medische work-up bij vermoeden van KMdF](#) waarin ingegaan wordt op de voorbereiding en uitvoering van een opname bij een vermoeden van KMdF).

Niet zelden bestaat er verschil van inzicht tussen betrokken professionals over het vermoeden KMdF en de diagnostiek en/of behandeling die moet plaatsvinden en kan er ongeloof bestaan ten aanzien van het vermoeden.

Wanneer er een redelijk vermoeden van KMdF is kan de dynamiek binnen een behandelteam zich kenmerken door geloof en ongeloof bij de verschillende teamleden. Dat heeft te maken met de dynamiek van de problematiek en het feit dat plegers van KMdF veelal niet tot reflectie op hun eigen handelen in staat zijn. De pleger van KMdF is op basis van persoonlijkheidskenmerken in het algemeen geneigd tot manipulatie om professionals voor zich te winnen, wat maakt dat professionals geneigd zijn de ouder te geloven. Dit kan ertoe leiden dat een behandelaar ingezogen wordt in het systeem en daardoor meegaat in de perceptie van ouder/verzorger.

Dit kan ook bij één hulpverlener intrapsychisch tot een wisselend patroon van geloof en ongeloof leiden. Op het spoor komen van falsificatie kan erg lastig zijn voor het behandelteam. Er is in het verleden sprake geweest van negatieve media-aandacht over het onderwerp KMdF, waarbij de nadruk is gelegd op het zogenaamd vals beschuldigen van ouders. Tevens is er sprake (geweest) van meerdere klacht- en tuchtzaken en zelfs stalking in de persoonlijke levenssfeer van met name vertrouwensartsen die zich voor kinderen bij wie een vermoeden van KMdF speelt hebben ingezet. Dit heeft ook zijn effect gehad op het geloof/ongeloof van hulpverlener(s) en ook op de moed om een vermoeden op KMdF en/of informatie te delen met Veilig Thuis. (De makkelijkste weg is vaak 'niet geloven').

In de praktijk is het belangrijk dat de regievoerder (met toestemming conform Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO; zie module Juridische en medisch-ethische aspecten) de feitelijke waarnemingen en conclusies van alle betrokken professionals verzamelt en een consensusbijeenkomst organiseert waarin de op dat moment betrokkenen in een behandelteam aangevuld met eventueel betrokken professionals buiten het directe behandelteam (bij toestemming conform de WGBO) proberen tot consensus te komen over de waarschijnlijkheid van het vermoeden (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF). Het is belangrijk dat de vertrouwensarts evenals een kinderarts met expertise bij deze bijeenkomst aansluit (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF). Elk teamlid is belangrijk; zowel het teamlid dat de aanwijzingen voor falsificatie wel waarneemt als het teamlid dat die waarnemingen niet waarneemt of minder waarschijnlijk vindt.

De betrokken afdelingspsycholoog of kinderpsychiater kan een rol spelen bij het teamproces, doch ook zelf als teamlid in de dynamiek betrokken zijn. Als er geen psycholoog of kinderpsychiater betrokken is, dan kan een kinderpsychiater met expertise op dit gebied gezocht worden om aan te sluiten bij multidisciplinaire overleggen (MDO), en de consensusbijeenkomst over de geanonimiseerde casus), evenals de betrokken vertrouwensarts (in stap 2 KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023))) om adviezen te geven aan het behandelteam.

Uiteindelijk gaat het om de waarschijnlijkheid van het vermoeden die in een consensusbijeenkomst bereikt kan worden (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

In module Medische work-up bij vermoeden van KMdF wordt ook besproken hoe te handelen wanneer geen consensus kan worden bereikt.

Gebrek aan overeenstemming/conflict binnen het team

Indien er tegengestelde meningen of conflicten bestaan binnen het team adviseren wij om bij een duidelijke verdenking van KMdF in een vroeg stadium een kinderarts met expertise, de vertrouwensarts en zo nodig de jurist/ethicus die aan de instelling verbonden is te betrekken en te vragen mee te denken met het teamproces. Soms is het verstandig in onderling overleg te besluiten de dagelijkse zorg/behandeling over te dragen wanneer een professional te veel in tweestrijd komt te verkeren.

Juridische ondersteuning/ondersteuning door de medische directie (raad van bestuur) kan professionals

ondersteunen de juiste stappen te zetten in het belang van de gezondheid en veiligheid van het kind en het gehele behandelteam het gevoel van veiligheid geven wat daarbij gewenst is. Voorkomen moet worden dat behandelaars niet durven te melden bij Veilig Thuis. Het is belangrijk dat de meldende professional goed beschermd wordt door de instelling bij het doorlopen van de stappen van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023). De KNMG kan artsen hier ook in ondersteunen (Artseninfolijn KNMG, zie ook [module Juridische en medisch-ethische aspecten](#)).

Bij een blijvend verschil van inzicht of zelfs conflict tussen behandelaars kan het afdelingshoofd of een medisch ethicus een objectieve rol spelen. Ook kan een moreel beraad overwogen worden als er sprake is van splitting in het team. Denk ook aan de mogelijkheid van intervisie binnen het team onder professionele begeleiding.

Conflict met ouder(s)

Soms ontstaat ook een conflictsituatie met ouders doordat zij zich niet gehoord en begrepen voelen en het niet eens zijn met observaties, diagnostiek en behandeling en de daaruit getrokken conclusies. Het is mogelijk dat om een second (third et cetera) opinion wordt gevraagd. Het is belangrijk dat ouders gerespecteerd worden in hun gevoelens en de observaties en resultaten uit diagnostiek en behandeling en de daaruit getrokken conclusie zorgvuldig met ouders worden besproken (tenzij dit om veiligheidsredenen niet kan, zie [module Medische work-up bij vermoeden van KMdF](#) en [module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden](#)). Het is ook belangrijk dat de arts zich toetsbaar opstelt en (opnieuw) advies vraagt aan de vertrouwensarts en een collega met expertise.

Hoe herken je een conflict met ouders? Signalen kunnen onder andere zijn:

- Vermijdingsgedrag: ouders vermijden contact met een lid van het behandelteam, of deze professional(s) vermijden ouders.
- Eisend gedrag: ouders willen steeds een specifieke behandelaar, trekken expertise andere behandelaars in twijfel. Ouders willen gesprekken altijd opnemen. De behandelaar ervaart gesprekken als een strijd.
- Micromanagement: ouders bemoeien zich met elk detail.

Het is belangrijk een conflict vroeg te herkennen, hierover binnen het team te reflecteren, en een communicatieplan te bedenken met het hele team, inclusief afdelingspsycholoog/kinderpsychiater en vertrouwensarts, en soms ook een ethicus of jurist. Begeleiding van ouders door Medisch Maatschappelijk Werk moet altijd worden aangeboden.

Second opinion

Bij kinderen met IP of vermoeden op KMdF hebben er vaak al meerdere second/third opinions plaatsgevonden. Bij een IP is het belangrijk met betrokken professionals in het behandelteam te bespreken of een extra mening van een expert voor een gerichte vraagstelling van waarde kan zijn om een bepaalde diagnose uit te sluiten of alsnog aan te tonen. Bij een vermoeden van KMdF is in zijn algemeenheid een (nieuwe) second opinion af te raden. Ook dan is het belangrijk over het verzoek met alle professionals en in aanwezigheid van een kinderarts met expertise en de vertrouwensarts van gedachten te wisselen. Wanneer er consensus wordt bereikt dat een (nieuwe) second opinion onwenselijk is, wordt het kind hiervoor niet verwezen. Het kan dan eventueel noodzakelijk zijn een melding te verrichten bij de vertrouwensarts van Veilig

Thuis wanneer dit nog niet heeft plaatsgevonden omdat dit de vertrouwensarts in staat stelt schade door een eventuele door ouders toch gewenste second opinion te voorkomen, en bij escaleren van de spanningen nieuwe en ernstiger signalen van falsificeren bij het kind in te schatten en te voorkomen.

Naar ouders toe is het van belang dat elke behandelaar dezelfde boodschap afgeeft en de communicatie primair via de regiebehandelaar loopt om consequent dezelfde informatie te geven. Daarbij is zoals in iedere behandelrelatie echt luisteren naar ouders van groot belang om aan te haken bij wat wel mogelijk is, en in gezamenlijk overleg met ouders te kijken wat gedaan kan worden om herstel en welbevinden van het kind te bevorderen (voor communicatie met ouders zie module Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden).

Het hele behandelteam moet goed op de hoogte worden gehouden. Met name de verpleegkundigen die de hele dag voor het kind zorgen en contact hebben met ouders, kunnen gemakkelijk tegen elkaar worden uitgespeeld als de informatie niet consequent is.

Gezien bovenstaande processen die zich in de dynamiek van een vermoeden van KMdF kunnen afspelen, en de emotionele impact die een vermoeden van KMdF kan hebben, is het van groot belang het team van betrokken professionals regelmatig te ondersteunen. Dit kan verzorgd worden door een psycholoog/kinderpsychiater van de afdeling, maar ook peer support kan hierbij van waarde zijn.

Bovenstaande overwegingen zijn ook van toepassing op teams in de GGZ, JGZ en bij Veilig Thuis. Ook daar moet professionele begeleiding en peer support worden geboden. Voor Veilig Thuis zie ook module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan.

Onderbouwing

Achtergrond

Vaak is al een lang traject voorafgegaan van diagnostiek en behandeling door meerdere zorgverleners voordat gedacht wordt aan KMdF. Mogelijk was er al lange tijd sprake van een Inconsistente Presentatie (IP) en werd veel energie gestoken in diagnostiek om de juiste diagnose te kunnen stellen. Voor sommige leden van het behandelteam kan het dan lastig zijn KMdF in de differentiaaldiagnose op te nemen. Het is dan aan de regiebehandelaar om binnen het team consensus te verkrijgen, om het verdere proces in het belang van het kind goed te laten verlopen.

Dit kan zowel poliklinische als klinische patiënten betreffen, als wel patiënten in andere situaties zoals de jeugdgezondheidszorg (JGZ) of de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Tussen de teamleden worden afspraken gemaakt over de te volgen procedures en hoe de veiligheid te waarborgen voor kind, ouders en (behandel)team. Ook bij Veilig Thuis en de GGZ is sprake van teams.

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the

Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Afdeling 5 (art. 7:446 tot en met 7:468 BW). 1 mei 2024. Beschikbaar van: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2012-06-13#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5

Communicatie met het kind

Uitgangsvraag

Hoe en wanneer moet gecommuniceerd worden met het kind tijdens de diagnostische fase, gedurende de betrokkenheid van Veilig Thuis, en na het vaststellen van de vermoedelijke of feitelijke kindermishandeling door falsificatie (KMdF)?

(Zie ook module Juridische en medisch-ethische aspecten deelvragen 2, 3 en 4: over toestemming, gezag en recht op informatie in relatie met de leeftijdscategorieën van kinderen)

Aanbeveling

Communiceer met een kind dat (mogelijk) slachtoffer is van kindermishandeling door falsificatie (KMdF), en gebruik daarbij de volgende tips:

- Praat met het kind (bij voorkeur) alleen.
- Maak eventueel gebruik van aanvuloefeningen.
- Probeer vragen te stellen om te verduidelijken en de situatie in kaart te brengen.
- Maak eventueel gebruik van het Praatboek of een gestructureerd kindinterview.
- Gebruik de Kindtool Mijn Positieve Gezondheid.
- Benoem aan het kind dat hij/zij ertoe doet en een stem heeft.
- Geef het kind (en zijn omgeving) uitleg over ziekte en (herstel van de) gezondheid door middel van een kindeigenverhaal.

Overwegingen

Het is belangrijk voor kinderen om ruimte te ervaren om hun verhaal te vertellen, om eerlijke en duidelijke informatie te krijgen en om inbreng te hebben in zaken die voor hen belangrijk zijn. Ze hebben daarbij behoefte aan een persoonlijke benadering (Bouma, 2019a; Bouma, 2019b).

Uit onderzoek naar de aanpak van huiselijk geweld uit 2014 bleek dat jongeren zeer weinig betrokken worden bij de hulpverlening terwijl de gevolgen van de kindermishandeling of het geweld in het gezin groot zijn (Tierolf, 2014). Het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind onderstreept het belang van het betrekken van kinderen bij al wat hen aangaat (Verenigde Naties, 1989). Artikel 3 en 12 stellen dat het belang van het kind voorop moet staan bij alle maatregelen die hen aangaan en om dit belang te kennen we bij kinderen zelf te rade moeten gaan. Artikel 12 stelt dat kinderen het recht hebben om hun mening te geven bij aangelegenheden die hen betreffen, waarbij er een passend belang moet worden gehecht aan die mening.

Kinderen die (mogelijk) slachtoffer zijn van KMdF zitten doorgaans in voor hen angstige en ingewikkelde thuissituaties verstrikt. Dus hierover praten is voor de meeste kinderen bedreigend. Toch is het belangrijk om het te proberen. Ook als het kind je geen of weinig informatie geeft, dan kan jouw steun, betrokkenheid of interesse in het kind er wel voor zorgen dat het kind zich gehoord voelt. Het kan zijn dat je daarmee het verschil maakt (van Gemert, 2019).

Praat met het kind alleen: de kinderen staan onder, vaak dwingende, invloed van de pleger. De pleger is in de meeste gevallen hun biologische moeder. Zelfs als de pleger niet aanwezig is bij het gesprek met het kind, kunnen kinderen nog deze invloed ervaren. Het kan zijn dat kinderen niet alles mogen vertellen. Ook hier is het van belang dat het kind ervaart dat er interesse is in wat het kind graag wil vertellen.

Het kan helpend zijn om aanvul oefeningen (een voorbeeld kan zijn: 'als ik ziek ben dan...') met het kind te doen. Uit de praktijk blijkt dat de kinderen dan makkelijker 'eigen' antwoorden geven en niet vanuit loyaliteit reageren.

Door angst én omdat de kinderen niet altijd een realistisch besef hebben van de medische problemen of beperkingen die spelen, is het voor het kind moeilijk om te vertellen wat er eventueel wel of niet zou kloppen in het beeld wat de hulpverlener van de gezondheid van het kind heeft gekregen. Probeer vragen te stellen om te verduidelijken en de situatie in kaart te brengen. Stel ook vragen aan de kinderen of ze verschil merken in de klachten thuis en bijvoorbeeld op school, en vraag het kind waardoor hij zelf denkt dat dat komt.

Om in gesprek te gaan met het kind, kun je eventueel gebruik maken van het Praatboek (Van Gemert, 2022). Het Praatboek is ontwikkeld voor kinderen in de basisschoolleeftijd die te maken krijgen met veiligheidsafspraken (zie ook [module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan](#)). Met behulp van het Praatboek kan spelenderwijs in gesprek gegaan worden met het kind. Het kind wordt op deze manier betrokken en voelt zich gehoord. Het Praatboek geeft ook handvatten voor hulpverleners om in gesprek te gaan met het kind. Hoe ziet je dag eruit? In het weekend of op een dag dat je naar school gaat? Hoe gaat het bij jou tijdens het eten, gebruik je medicatie en weet je waarvoor? Wat is je wens?

(www.praatboekvoorkinderen.nl)

Een andere mogelijkheid is de kindtool Mijn Postieve Gezondheid te gebruiken voor kinderen tussen de 8 en 16 jaar oud ([Kindtool Mijn Positieve Gezondheid](#), Instituut voor Positieve Gezondheid).

Ook als het niet lukt om het kind alleen te spreken, is het erg belangrijk om het kind te laten merken dat het ertoe doet. Geef het kind bijvoorbeeld regie over kleine dingen. Dit kan je doen door te vragen wat het wil drinken, eten of spelen. Hierdoor laat je het kind weer even mens zijn, in plaats van 'object'.

In [bijlage Cassie's poem](#) is een gedicht opgenomen dat is opgesteld door een jonge vrouw die als kind slachtoffer was van KMdF.

Het kan zijn dat bij het plan van aanpak van Veilig Thuis besloten is om een gestructureerd kindinterview (National Institute of Child health and Human Development (NICHD) in te zetten. Een gestructureerd kindinterview is een gesprek met een kind om op objectieve, gestructureerde en gestandaardiseerde wijze verheldering te krijgen (zie [module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan](#))

Herstel gezondheid na interventie

Om zicht te krijgen op medisch onverklaarde klachten en beperkingen in het functioneren kunnen er verschillende vervolgstappen worden ingezet. Een klinische observatie met separatie is een ingrijpende mogelijkheid die in een dergelijke situatie kan worden gebruikt om zicht te krijgen op de medisch problematiek en het functioneren van het kind (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF). Indien er sprake is van KMdF zullen de klachten in meer of mindere mate normaliseren. Het kan zijn dat

eerder vastgestelde diagnoses worden verworpen, of dat de klachten minder ernstig zijn dan eerder uit de anamnese bleek. Zo kan het zijn dat kinderen die jaren achtereen diverse ziekenhuizen of artsen bezochten, onderzoeken moesten ondergaan en sondevoeding kregen, na opname volledig gezond verklaard worden. Deze kinderen en hun omgeving hebben recht op een uitleg.

Door middel van een kind-eigen verhaaltje wordt aan de kinderen zelf uitleg gegeven hoe het kan dat ze bijvoorbeeld alles mogen eten en weer helemaal gezond zijn. Dit verhaaltje kan ook gebruikt worden om broers en zusjes, klasgenootjes uitleg te geven. De methode Signs of Safety door middel van Word & Pictures kan ingezet worden om een veiligheidsplan vorm te geven (Turnell, 2006; zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan).

Onderbouwing

Achtergrond

Het is onduidelijk hoe en wanneer gecommuniceerd moet worden met het kind tijdens de diagnostische fase en na het vaststellen van de vermoedelijke of feitelijke KMdF.

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen database.

Referenties

Bouma H, Grietens H, Knorth EJ, López López M, Van Gemert M. "Zij hielp mij omdat zij mij wilde helpen": De ervaringen en behoeften van kinderen in een traject in de jeugdbescherming. (Project HEBE publications). Groningen, Netherlands: University of Groningen, Department of Special Needs Education and Youth Care; 2019a.

Bouma H. Taking the child's perspective: exploring children's needs and participation in the Dutch child protection system. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2019b. Available from: <https://research.rug.nl/en/publications/taking-the-childs-perspective-exploring-childrens-needs-and-parti>

Institute for Positive Health (iPH). (z.d.). Kindtool Mijn positieve gezondheid. Geraadpleegd via <https://www.iph.nl/kindtool-mijn-positieve-gezondheid/>

Tierolf B, Lünemann K, Steketee M. Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2014. Geraadpleegd via https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/1366_Doorbreken-geweldspatroon-vraag-gespecialiseerde-hulp_Web-2.pdf.

Turnell A, Essex S. Working with Denied Child Abuse: The Resolutions Approach. Maidenhead: McGraw-Hill Education (UK); 2006.

Van Gemert M. Praktijkboek praten met kinderen over kindermishandeling. Bohn Stafleu van Loghum; 2019.

Van Gemert M, Worm P. Praatboek voor kinderen die te maken hebben met veiligheidsafspraken. Uitgeverij Personalia; 2022.
Verenigde Naties. Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind, 20 november 1989, Tractatenblad 1990, 170.
Geraadpleegd via https://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18#Verdrag_2_1989.

Communicatie met ouders/verzorgers/gezagdragenden

Uitgangsvraag

1. Hoe en wanneer communiceert de kinderarts met de ouder(s), verzorger(s) en gezagdragende(n) bij wie er een Inconsistente Presentatie (IP) of een (vermoeden van) kindermishandeling door falsificatie (KMdF) is bij het kind?
2. Hoe en wanneer communiceert de vertrouwensarts met de ouder(s), verzorger(s) en gezagdragende(n) bij wie er een (vermoeden van) KMdF is bij het kind?

Aanbeveling

Zorg voor een goede voorbereiding van gesprekken met ouders over een vermoeden van kindermishandeling door falsificatie (KMdF), zowel binnen het ziekenhuis als binnen Veilig Thuis. Maak daarbij gebruik van de specifieke aandachtspunten zoals in de overwegingen geformuleerd.

Communiceer met de ouders zorgvuldig en gelijkwaardig, stel vragen, luister en observeer met aandacht voor hun reacties, vragen en emoties. Zorg dat de gesprekken zijn gebaseerd op transparantie, respect, en samenwerking, en gericht op verandering in het belang van het kind(eren), inclusief het commitment en de afspraken hierover.

Stem onderling goed af wat besproken is en met welke bewoordingen. Terminologie en taalgebruik moeten passend zijn bij de ernst van de KMdF.

Werk samen met respect naar ouders; dit blijft ten alle tijden cruciaal, en houd altijd rekening met de gevoelens van ouders, kind, gezin en in veel gevallen de betrokken familie, zowel tijdens het traject als bij het afronden.

Aanbevelingen voor de kinderarts

Bereid het gesprek goed voor en voer dit samen met een collega.

Benoem de feitelijkheden en observaties die zijn vastgesteld en benoem de geobserveerde discrepanties.

Houd het gesprek kort en kom snel met de slechte boodschap die helder verwoord moet zijn: er is een vermoeden op falsificatie door concrete objectieve feiten. Dit kan leiden tot schade bij het kind. Dit is besproken in een team met meerdere betrokkenen en er werd consensus bereikt over de diagnose. Geef daarna tijd tot uiten emoties en reflectie op de boodschap.

Benoem dat het om *vermoedens* gaat van een onveilige situatie; er is verder onderzoek nodig in het belang van het kind, maar de conclusies staan niet van tevoren vast.

Bespreek zo mogelijk ook met ouders waarom bepaalde beslissingen worden genomen. Bijvoorbeeld als zorg, zoals voeding geven, moet worden overgenomen door de verpleging, aangezien dit voor ouders een heftige maatregel is.

Benoem dat je als arts en als ouders betrokkenheid van andere instanties nodig hebt om tot een gezamenlijke aanpak van de problemen te komen, omdat je er zonder anderen niet uit komt.

Overweeg na een veiligheidsinschatting af of je op dat moment kunt bespreken dat je een melding gaat doen bij Veilig Thuis of dat je dat nog achterwege laat in overleg met de vertrouwensarts.

Benoem de verschillende taken en verantwoordelijkheden van kinderarts en vertrouwensarts/Veilig Thuis en geef hier uitleg over.

Bespreek de vervolgstappen zoveel mogelijk uit zorg en bescherming/veiligheid.

Formuleer bij het afronden van het gesprek gezamenlijke uitgangspunten doelen, het vervolgbeleid; en leg ook de verwachtingen en het commitment vast.

Aanbevelingen voor de vertrouwensarts

Richt de communicatie met ouders op samenwerking en respect.

Bereid het eerste gesprek goed voor.

Bereid het eerste gesprek samen met de medewerker van Veilig Thuis goed voor voordat het gesprek begonnen wordt. De voorbereiding betreft, niet alleen woordgebruik en duiding maar ook wie welke taak heeft ten aanzien van de ouders. Heb aandacht tijdens het gesprek en luister naar de reacties en emoties van de ouders.

Overweeg of culturele aspecten een rol kunnen spelen.

Oriënteer je bij de behandelend arts en verpleegkundigen en eventueel andere betrokken professionals hoe de medische en mentale situatie is van het kind, voordat je in gesprek gaat met ouders.

Stem af met de kinderarts/melder hoe het gemelde vermoeden en de onderbouwing van het vermoeden van KMdF is besproken met de ouders naast de tekst uit de melding om hier zo goed mogelijk bij aan te sluiten.

Bereid de vervolgstappen en de scenario's voor ten aanzien van het organiseren van de veiligheid van het kind(eren) en het onderzoek naar het gemelde vermoeden. Zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan.

Regel zo nodig van tevoren psychische opvang voor ouders na het gesprek. Zie module Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling.

Bereid het vervolgcontact met ouders voor zodat dit een helder perspectief en vervolg biedt aan ouder(s).

Overweeg het gesprek met ouders voor met de externe justitiële partners, Openbaar ministerie, politie en Raad voor de Kinderbescherming als door Veilig Thuis wordt besloten te werken conform het handelingskader strafbare kindermishandeling. Het gesprek wordt in dat geval beperkt van inhoud.

Aandachtspunten voor het eerste gesprek:

Houd het gesprek beperkt in tijd zodat de boodschap overkomt. Structureer het gesprek door onder te verdelen waar de melding over gaat en hoe het onderzoek van Veilig Thuis eruitziet.

Houd zelf de regie over het beloop van het gesprek.

- Het is belangrijk dat de vertrouwensarts allereerst de inhoud van het gemelde vermoeden KMdF deelt en toelicht, en vervolgens luistert naar de reacties en vragen van de ouder(s). Er moet aandacht zijn voor het feit dat ouders overvallen kunnen zijn door de melding, dan is het nodig om aan te sluiten bij wat zij hebben begrepen uit de gesprekken met de kinderarts(en)-melder en de inhoud van de melding.
- Aandacht voor het organiseren van de veiligheid gedurende het onderzoek. Benadruk dat de samenwerking met ouders hierbij cruciaal is.
- Heb aandacht voor de mogelijkheden voor ouders om met de vertrouwensarts/Veilig Thuis in het belang van hun kind samen te werken.
- Check of het beleid van Veilig Thuis duidelijk is, en is het duidelijk waar ouders wel of niet mee akkoord gaan. Ouders zijn en blijven verantwoordelijk voor wat er met hun kind gaande is en zijn de belangrijkste partij zijn bij het onderzoek.
- Licht toe wat de aard en de omvang van het onderzoek zal zijn en welke informatie van welke professional en organisatie nodig is om het vermoeden vast te stellen of weerleggen. Spreek af op welke manier met ouders de uitkomst zal worden besproken.
- Stel ouders op de hoogte indien nodig, wanneer en waarom het onderzoek vertraging oploopt.
- Stel ouders ervan op de hoogte dat je tijdens het beloop van het onderzoek door Veilig Thuis ook contact houdt met de kinderarts/melder.
- Licht toe wat de aard en de omvang van het onderzoek zal zijn en welke informatie van welke professional en organisatie nodig is om het vermoeden vast te stellen of weerleggen. Spreek af op welke manier met ouders de uitkomst zal worden besproken.
- Stel ouders op de hoogte indien nodig, wanneer en waarom het onderzoek vertraging oploopt.
- Wees je bewust van de doorgaans sterke eigen overtuiging bij ouders over wat er met het kind aan de hand is, of wat medisch onderzocht moet worden. Het is belangrijk om dit concreet te horen en daarnaast de conclusies van de behandelaar te plaatsen. De achtergronden over de opvattingen van de ouder(s) zijn belangrijk te horen. De verschillen tussen de opvattingen over de gezondheid van het kind(eren) tussen de melder en de ouder(s) zijn onderdeel van het onderzoek. Het is belangrijk dat ouders zich in de gesprekken met vertrouwensarts/Veilig Thuis zich hierover kunnen uitspreken en waar mogelijk hun belangen en redenen hierbij verwoorden. Culturele en religieuze aspecten in zienswijze over ziekte en gezondheid, maar ook het aanhangen van alternatieve denkwijzen hierin, is van belang, ook omdat een eventueel interventie hierop moet worden aangepast.
- Realiseer je daarnaast ook dat bij kindermishandeling onmacht en transgeneratiele problematiek een rol spelen.

- Blijf zo betrouwbaar mogelijk; doe wat je zegt en zeg wat doet, deed of gaat doen. In de communicatie kan wantrouwen ernstig de overhand nemen, juist bij KMdF.
- Blijf transparant naar ouders over de stappen die je zet. Houd er rekening mee dat dit ook, of met name, het geval kan zijn bij onderzoeken waarbij het vermoeden uiteindelijk wordt weerlegd. Ouders weten dan dat zij hun kind niets aandoen maar zien wel de gezondheidsklachten bij hun kind, waarover zij zich zorgen maken.
- Gedurende het onderzoek is het belangrijk dat de veiligheid van het kind geborgd is en blijft.

Stel het belang van het kind centraal gericht op gezondheid, veiligheid en optimale ontwikkelingskansen.

Maak bij de start afspraken over de vaak ongebruikelijk lange doorlooptijd van het onderzoek.

Houdt rekening met de impact van de conclusie op de ouders (als KMdF wordt bevestigd) en regel van tevoren passende opvang en/of hulpverlening die direct voor ouders beschikbaar is.

Na afronding van het onderzoek is een zorgvuldige terugkoppeling aan de kinderarts/melder noodzakelijk, over de conclusie van het onderzoek samen met de gemaakte vervolgspraken.

Overwegingen

Uitgangspunten bij communicatie

Communicatie is zorgvuldig en gelijkwaardig spreken, vragen, luisteren en observeren. Gesprekken zijn gebaseerd op transparantie, respect, openheid en samenwerking, gericht op verandering in het belang van het kind(eren) en het commitment resp. afspraken hierover.

De aandachtspunten voor communicatie bij de belangrijke onderwerpen en momenten in het proces, van een IP, een vermoeden KMdF en een onderzoek door Veilig Thuis, conclusies en overdracht bij KMdF zijn hieronder uitgewerkt met een apart deel voor de kinderarts en de vertrouwensarts, met verwijzing naar andere modules over de inhoud van de communicatie.

- a. In de samenwerking met ouder(s).
- b. Als de samenwerking niet meer mogelijk is.

LET OP:

1. De communicatie met de beide ouders kan afzonderlijk en gezamenlijk en zo nodig met andere familieleden respectievelijk met andere nauw bij het gezin betrokken personen plaats vinden. Dit wordt beschreven voor de kinderarts en de vertrouwensarts.
2. In het gesprek met ouders moet goed voor ogen gehouden worden dat doorgaans alleen één van de ouders de vermoedelijke pleger is. Het is mogelijk dat de andere ouder van niets weet en tijdens het gesprek voor het eerst met het vermoeden van kindermishandeling wordt geconfronteerd.
3. Het kind is in principe niet bij de oudergesprekken aanwezig, afhankelijk van de fase in het proces en de leeftijd. Het belang en de veiligheid van het kind staat centraal. Voor de aanbevelingen betreffende communicatie met het kind(eren) zie module Communicatie met het kind.

In de bijlage worden de aanbevelingen van een ouder als ervaringsdeskundige weergegeven.

Communicatie kinderarts met ouders

Vorbereiding en inhoud van het gesprek zullen verschillend zijn afhankelijk van het doel van het gesprek en de fase waarin het proces zich bevindt.

Specifieke aandachtspunten voor de kinderarts ten aanzien van de algemene voorbereiding van het gesprek (zowel bij IP en als bij vermoeden KMdF):

- Bereidt het gesprek zorgvuldig voor. Dat creëert de rust die nodig is tijdens het gesprek.
- Voer het gesprek bij voorkeur samen met een collega
- Denk aan eigen veiligheid, zoals dichterbij de deur zitten, de beveiliging vragen standby te zijn.
- Overweeg of het kind uit veiligheidsoverwegingen verplaatst moet worden voorafgaand aan het gesprek.
- Setting van het gesprek: welke ruimte, wie nemen deel aan het gesprek. Een andere ruimte dan gebruikelijk, of meer mensen dan gebruikelijk kan ouders bij aanvang al een ongemakkelijk gevoel geven.
- Bij de voorbereiding van het gesprek is het verstandig af te stemmen met de vertrouwensarts over de mate van vermoeden, de veiligheidsinschatting en hoe het gesprek met ouders te voeren. In (dreigende) crisissituaties kan ervoor gekozen worden het gesprek samen met vertrouwensarts te voeren. Dan kan ervoor gekozen worden de melding niet van tevoren met ouders te bespreken.
- Stem af welke bewoordingen worden gebruikt.
- Overweeg welke culturele aspecten een rol kunnen spelen.
- Aandacht voor de dynamiek tussen ouders en kind; zienswijze ouders vanuit eigen geschiedenis en ervaringen.
- Aandacht voor begeleiding van ouders en gezin in het hele proces, bijvoorbeeld door medisch maatschappelijk werk. Daarnaast kan ondersteuning uit het familie of vrienden netwerk veel betekenen.
- Voldoende voorbereiding met betrekking tot reacties ouders en daar voldoende ruimte aan geven.
- Aandacht voor mogelijke decompensatie van de ouder bij confrontatie; vraag of de consulent psychiatrie standby kan zijn.
- Vraag en bespreek op welke manier de ouders het gesprek verlaten, teruggaan naar hun kind, als daar sprake van is, geef zo nodig een advies hierover of begeleidt hen.

Inhoud van het gesprek bij een IP:

In de eerste fase is het doel de differentiaaldiagnose uit te werken van de symptomen en signalen. Bij de anamnese is het van belang in te gaan op de symptomen, met aandacht voor de beleving daarvan voor ouders en voor het kind, de eventuele discrepanties te signaleren en aandacht voor de beperkingen die dit oplevert in de context van gezin, school et cetera. Spreek ook met het kind apart. Hierbij kan zicht worden verkregen op de verschillen van inzicht tussen ouders en behandelaars wat betreft diagnostiek en behandeling (zie ook module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

De gesprekken bij IP die gericht zijn op samenwerking rondom herstel van het kind, kunnen als volgt worden omschreven:

De regiebehandelaar spreekt bij voorkeur samen met een collega de ouders en legt uit wat de huidige medische conditie is van het kind. Besproken wordt welke medische diagnoses zijn vastgesteld en wat dat

inhoudt. Daarnaast worden de symptomen en andere beperkingen besproken die niet medisch kunnen worden verklaard. Bijvoorbeeld chronische vermoeidheid en pijn worden uitgelegd volgens het biopsychosociaal model, waarbij medisch/lichamelijke maar ook psychologische en omgevings-/gezinsfactoren een rol kunnen spelen. Dit kan voor ouders moeilijk te accepteren zijn als ze sterk vasthouden aan hun eigen overtuigingen over de ziekte. Het is dan van belang hulp aan te bieden en een plan te maken om anders met de symptomen om te gaan (Glaser, 2019).

Vragen die tevens aan de orde kunnen komen zijn bijvoorbeeld:

- Vinden ouders dat hun kind de zorg krijgt die hij/zij nodig heeft (te veel/te weinig)? Zou dit schade met zich mee kunnen brengen?
- Wat doet dit met ouders?
- Wat doet dit traject niet alleen met ouders, maar met het hele gezin?

Inhoud van het gesprek als er vermoeden ontstaat op KMdF:

In de volgende fase, nadat uitslagen van testen bekend zijn en er sprake lijkt te zijn van een vermoeden van KMdF moet dit met respect en in openheid met ouders worden besproken vanuit zorg voor het kind.

Benoem de feitelijkheden en observaties die zijn vastgesteld en benoem de geobserveerde discrepanties en benoem dat er signalen zijn die (kunnen) leiden tot schade voor het kind. Zijn er objectieve meetresultaten of toxicologiebepalingen? Benoem de consensus in het behandelteam.

Daarbij is het aan te bevelen alle aspecten inclusief dilemma's en verschillen in zienswijze tussen ouders/verzorgers/gezagdragenden en behandelaars aan bod te laten komen. Dit met respect voor ieders rol en positie, gericht op verbetering en verandering van de gezondheid van het kind.

Benoem ook dat het om *vermoedens* gaat van een onveilige situatie; er is verder onderzoek nodig in het belang van het kind, maar de conclusies staan niet van tevoren vast. Bespreek zo mogelijk ook met ouders waarom bepaalde beslissingen worden genomen. Bijvoorbeeld als zorg, zoals voeding geven, moet worden overgenomen door de verpleging, aangezien dit voor ouders een heftige maatregel is.

Benoem ook dat je als arts en als ouders betrokkenheid van andere instanties nodig hebt om tot een gezamenlijke aanpak van de problemen te komen, omdat je er zonder anderen niet uit komt (KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023))).

Benoem de verschillende taken en verantwoordelijkheden van kinderarts en vertrouwensarts/Veilig Thuis en geef hier uitleg over.

Het hangt van de veiligheidsinschatting af of je op dat moment kunt bespreken dat je een melding gaat doen bij Veilig Thuis of dat je dat nog achterwege laat. Overleg dit van tevoren met de vertrouwensarts.

Bespreek de vervolgstappen zoveel mogelijk uit zorg en bescherming/veiligheid.

Bij het afronden van het gesprek is het van belang om gezamenlijke uitgangspunten en doelen te formuleren en het vervolg en verwachtingen en commitment vast te stellen.

Realiseer je dat ouders vaak alleen de volgende boodschap horen: *“Er waren meerdere artsen aanwezig tijdens dit gesprek en er werd duidelijk verteld dat de artsen zich zorgen maakten over ons zoontje maar niet goed konden achterhalen wat er aan de hand was. Ze wilden alles uitsluiten ook of wij als ouders een aandeel hadden in de zorgen over ons zoontje. Wat er precies allemaal is gezegd, is daarna een waas... Groot verdriet en angst bij ons als ouders”*. (Quote van een moeder die betrokken is geweest bij een vermoeden van KMdF)

Gesprek na afronding van het traject

Nadat er door de vertrouwensarts een terugkoppeling aan de kinderarts (melder) is gegeven over de uitkomst van het onderzoek door Veilig Thuis, zal de kinderarts daar in de poliklinische follow-up op terugkomen. Ouders hebben veel behoefte aan evaluatie. Het is belangrijk daarvoor open te staan.

Communicatie vertrouwensarts met ouders

Bij de vertrouwensartsen/Veilig Thuis is er veel ervaring met het communiceren met ouders tijdens het onderzoek naar een vermoeden van kindermishandeling.

In de huidige situatie is er ook enige specifieke ervaring en deskundigheid bij vertrouwensartsen omtrent gesprekken met ouders over een vermoeden van KMdF. Echter er is weinig beschreven over hoe deze gesprekken te voeren. Het beschrijven van specifieke aanbevelingen hiervoor gericht op zo goed mogelijk afstemmen en communiceren met de ouder(s) zou de uitkomst van de gesprekken, de samenwerking met ouders en het onderzoek kunnen verbeteren.

Tijdens alle communicatie over KMdF of een vermoeden hiervan is het doel de samenwerking met ouders tot stand te brengen en te houden; het onderzoek betreft immers hun kind(eren). Gedurende alle gesprekken over een vermoeden van KMdF is het belangrijk zich te blijven realiseren dat het om een vermoeden gaat, wat ook op basis van het onderzoek kan worden weerlegd.

Aandachtspunten voor de vertrouwensarts

In de gesprekken met ouder(s) staat het belang van de veiligheid en de gezondheid van het kind centraal zonder het belang van de ouder(s) voor het kind uit het oog te verliezen. Het is belangrijk dit uit te spreken en naar consensus te streven. De ouders zijn de belangrijkste gesprekspartners over de gezondheid van hun kind. Het vermoeden gaat hier immers over; in grote lijnen gaat dit over de vraag of het/de kind(eren) de medische zorg krijgt die het kind daadwerkelijk nodig heeft, en ook op welke wijze de gezondheidsproblemen bij het kind zijn ontstaan. In feite gaat de bemoeienis van de vertrouwensarts/Veilig Thuis over de vraag welke rol de ouder(s) hierin hebben. Het vermoeden stelt de basale zorg van een ouder(s) ter discussie, wat belangrijk is om je te realiseren. Het is belangrijk te benoemen dat de vertrouwensarts/Veilig Thuis beoordeelt, analyseert en vaststelt gericht op het tot stand brengen van veiligheid en herstel. Het is belangrijk om de gespreksvoering en de attitude hierop aan te passen. Het belang van het kind is de reden dat er een onderzoek is gestart naar het gemelde vermoeden van KMdF.

Doel en strekking van het eerste gesprek

Het doel van het eerste gesprek waarin de inhoud van de melding wordt besproken, is een gezamenlijk vertrekpunt te creëren. In de meeste gevallen zal dit gesprek gericht zijn op openheid over de inhoud van de melding, hun reactie hierop te horen, en de samenwerking tussen de ouder(s) en de vertrouwensarts/Veilig Thuis te verkrijgen. De ouders zijn hierbij de belangrijkste partij. Wat is hun visie op de

gezondheidsproblemen en de ontwikkeling van hun kind samen en afzonderlijk? Hoe is het voor hen om te merken dat hun ouderlijke zorg voor hun zieke kind ter discussie wordt gesteld? Is het mogelijk voor ouders om met de vertrouwensarts/Veilig Thuis in het belang van hun kind samen te werken? In de bejegening blijft het van belang voor hen voelbaar te houden dat zij verantwoordelijk zijn voor wat er met hun kind gaande is.

Vorbereiding van het eerste gesprek/meldingsgesprek

- De vertrouwensarts doet het eerste gesprek samen met een medewerker van Veilig Thuis wat maakt dat ook onderling een goede voorbereiding moet plaatsvinden voordat het gesprek begonnen wordt, niet alleen over woordgebruik en duiding maar ook over wie welke taak heeft ten aanzien van de ouders. Tijdens het gesprek is het regelmatig luisteren en oor hebben voor de reacties en emoties van de ouders belangrijk.
- Overweeg of culturele aspecten een rol kunnen spelen.
- Oriënteer je bij de behandelend arts en verpleegkundigen en eventueel andere betrokken professionals hoe de medische en mentale situatie is van het kind, voordat je in gesprek gaat met ouders.
- Afstemmen met de kinderarts/melder hoe het gemelde vermoeden en de onderbouwing van het vermoeden van KMdF is besproken met de ouders naast de tekst uit de melding om hier zo goed mogelijk bij aan te sluiten.
- Bereid de vervolgstappen en de scenario's voor ten aanzien van het organiseren van de veiligheid van het kind(eren) en het onderzoek naar het gemelde vermoeden. Zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan.
- Regel zo nodig van tevoren psychische opvang voor ouders na het gesprek. Zie module Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling.
- Bereid het vervolgcontact met ouders voor zodat dit een helder perspectief en vervolg biedt aan ouder(s).
- Als door Veilig Thuis wordt besloten te werken conform het handelingskader strafbare kindermishandeling wordt het gesprek beperkter van inhoud en kan het eerste gesprek worden voorbereid met externe justitiële partners als Openbaar Ministerie (OM), politie en de Raad voor de Kinderbescherming.

Belangrijk om de veiligheid van het kind/de kinderen in elk gesprek aan de orde te stellen, als ook hun mogelijk bedreigde ontwikkeling. Uiteindelijk hebben de ouders hierin een belangrijke rol en zijn zij verantwoordelijk, met ondersteuning van vrijwillige hulpverlening of hulpverlening in een gedwongen kader door middel van een civielrechtelijke maatregel. Alleen in zeer ernstige onveilige situaties kan de kinderrechter/Raad voor de Kinderbescherming andere ingrijpende besluiten nemen over het gezag van de ouders en over op de veiligheid gerichte maatregelen ten aanzien van de kinderen.

Inhoud van het eerste gesprek

Houd het gesprek beperkt in tijd zodat de boodschap overkomt. Structureer het gesprek door onder te verdelen waar de melding over gaat en hoe het onderzoek van Veilig Thuis eruitziet.

Houdt zelf de regie over het beloop van het gesprek.

- Het is belangrijk dat de vertrouwensarts allereerst de inhoud van het gemelde vermoeden KMdF deelt

en toelicht, en vervolgens luistert naar de reacties en vragen van de ouder(s). Er moet aandacht zijn voor het feit dat ouders overvallen kunnen zijn door de melding, dan is het nodig om aan te sluiten bij wat zij hebben begrepen uit de gesprekken met de kinderarts(en)-melder en de inhoud van de melding. In antwoord op de reacties en vragen van de ouder(s) kan uitgebreider aandacht besteed worden aan de onderbouwing van de kinderarts en de inschatting van de vertrouwensarts/Veilig Thuis.

- Aandacht voor het organiseren van de veiligheid gedurende het onderzoek. Benadruk dat de samenwerking met ouders hierbij cruciaal is.
- Is het mogelijk voor ouders om met de vertrouwensarts/Veilig Thuis in het belang van hun kind samen te werken?
- Is het beleid van Veilig Thuis duidelijk, en is het duidelijk waar ouders wel of niet mee akkoord gaan. Ouders zijn en blijven verantwoordelijk voor wat er met hun kind gaande is en zijn de belangrijkste partij zijn bij het onderzoek. Het is voor te stellen dat ouders aanvankelijk niet of juist wel overal mee akkoord gaan. Maar dat ze, na er in de eigen omgeving over hebben na kunnen denken, een andere mening hebben en hun wel of niet akkoord (deels) willen veranderen. Dit zou mogelijk moeten zijn. De betrokkenheid van Veilig Thuis overvalt ouders in eerste instantie.
- Licht toe wat de aard en de omvang van het onderzoek zal zijn en welke informatie van welke professional en organisatie nodig is om het vermoeden vast te stellen of te weerleggen. Spreek af op welke manier met ouders de uitkomst zal worden besproken. Laat ouders ook een partij aandragen waarvan zij vinden dat het belangrijk is dat deze ook als professional of organisatie wordt gehoord. Dit geeft ouders meer regie en (het gevoel van) een eerlijkere kans.
- Informeer ouders over de mogelijkheid dat het onderzoek vertraging oploopt en dat zij hiervan op de hoogte worden gesteld.
- Stel ouders ervan op de hoogte dat je tijdens het beloop van het onderzoek door Veilig Thuis ook contact houdt met de kinderarts/melder.
- Bij een vermoeden van KMdF is er doorgaans een sterke eigen overtuiging bij ouders over wat er met het kind aan de hand is, of wat medisch onderzocht moet worden. Het is belangrijk om dit concreet te horen en daarnaast de conclusies van de behandelaar te plaatsen. De achtergronden over de opvattingen van de ouder(s) zijn belangrijk te horen. De verschillen tussen de opvattingen over de gezondheid van het kind(eren) tussen de melder en de ouder(s) zijn onderdeel van het onderzoek. Om die reden zijn de reacties en vragen van ouders op alle aspecten van het gemelde vermoeden belangrijk. Het is belangrijk dat ouders in de gesprekken met vertrouwensarts/Veilig Thuis zich hierover kunnen uitspreken en waar mogelijk hun belangen en redenen hierbij verwoorden. Culturele en religieuze aspecten in zienswijze over ziekte en gezondheid, maar ook het aanhangen van alternatieve denkwijzen hierin, is van belang, ook omdat een eventuele interventie hierop moet worden aangepast.
- Bespreek ook dat bij kindermishandeling onmacht en transgenerationele problematiek een rol kan spelen.
- In de communicatie kan wantrouwen ernstig de overhand nemen, juist bij KMdF. Blijf zo betrouwbaar mogelijk; doe wat je zegt en zeg wat doet, deed of gaat doen. Blijf transparant naar ouders over de stappen die je zet. Houd er rekening mee dat dit ook, of met name, het geval kan zijn bij onderzoeken waarbij het vermoeden uiteindelijk wordt weerlegd. Ouders weten dan dat zij hun kind niets aandoen maar zien wel de gezondheidsklachten bij hun kind, waarover zij zich zorgen maken. Het blijft gedurende alle gesprekken met ouders belangrijk rekening te houden met gevoelens en emoties bij ouder(s).

- Ondertussen moet het onderzoek voortgang hebben om het vermoeden te kunnen toetsen aan de uitkomst van het onderzoek. Dit vraagt om tijd; belangrijk is dat de veiligheid van het kind gedurende het onderzoek geborgd is en blijft.

Vervolggesprekken tijdens en na het onderzoek

De vervolggesprekken met ouder(s) hebben eenzelfde strekking maar zullen meer gericht zijn op het bespreken van de informatie die opgehaald is en de uitkomst van het onderzoek. Het is belangrijk de ouders mee te nemen in het onderzoek en te vragen mee te denken over wat dit betekent voor de gezondheidsproblemen van hun kind. Het is behulpzaam om de gezondheidsproblemen van het kind en de onderzoeken die daarbij gedaan zijn aan de hand van een tijdlijn inzichtelijk te maken en dit in de gesprekken te gebruiken. Een tijdlijn kan patronen zichtbaar maken.

Elk gesprek vraagt om een goede voorbereiding wat en op welke manier de vertrouwensarts/Veilig Thuis inbrengt in het gesprek, zeker wanneer het vermoeden van KMdF wordt bevestigd. Voorafgaand aan dit gesprek moeten veiligheidsmaatregelen voor kind(eren) en ouders worden getroffen (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF).

Tenslotte hebben we bij een vermoeden van KMdF relatief vaak te maken met ouders met eigen (meerdere) geestelijke gezondheids(GGZ)-problemen, relatieproblemen en isolement; zich uitend in grote kwetsbaarheid en een defensieve houding naar zorg- en hulpverleners. Het blijft belangrijk te benadrukken dat de vertrouwensarts/Veilig Thuis het belang van het kind en de ondersteuning aan ouders vooropstelt ondanks dat de ouders dit anders kunnen ervaren. Voor ouders is dit een belangrijk aandachtspunt; het vermijden van gezichtsverlies zal de onveiligheid voor het kind juist verminderen.

Aandachtspunten bij vervolggesprekken

- Start elk gesprek met de vraag aan ouders hoe zij het vorige gesprek hebben ervaren en of er punten zijn waarop zij terug willen komen.
- Bespreek in de vervolggesprekken of ouder(s) vasthouden aan hun opvatting over welke zorg voor hun kind noodzakelijk is of dat er bereidheid is tot verandering.
- Vraag actief naar feedback op de getroffen maatregelen in het belang van het kind, de terugkoppeling van het informanten onderzoek et cetera.
- Vraag aan ouders hoe zij de inbreng van Veilig Thuis gehoord en begrepen hebben, onder andere door te verhelderen wat de vertrouwensarts/Veilig Thuis heeft bedoeld en op welke manier dit door de ouder(s) is gehoord.
- Vaak komen gedurende het onderzoek sterke emoties, kritiek, vragen en verwijten naar de vertrouwensarts/Veilig Thuis.
- Betrek ook andere zorgverleners/ vaste oppas en/of familie-vrienden die in het gezin betrokken zijn, en vraag ook hun visie en ervaring.
- "Gedrag en persoon" scheiden is belangrijk bij de gevoelde beschuldigingen die de vermoedens doorgaans oproepen; en juist de aandacht richten op herstel en verandering in samenwerking met de vertrouwensarts/Veilig Thuis.
- Heb aandacht voor ouders die zich overbelast voelen door de veelheid en de zwaarte van de onderwerpen; en dat zij de regie kunnen behouden.
- Toon respect voor wat wel lukt in de samenwerking met betrekking tot onderzoek; en blijf motiveren

tot openheid in het belang van hun/het kind.

- Indien er stappen zijn gezet door Veilig Thuis zonder de instemming of medeweten van de ouders geldt de verplichting hierover achteraf transparant te zijn; en daarnaast ook de aandacht voor wat dit voor ouders betekent.
- Transparantie is cruciaal met uitzondering van datgene wat tot grote onveiligheid leidt, blijf in een dergelijke situatie zorgvuldig en respectvol en heb ruimte en aandacht voor reacties en emoties.
- Bereid de uitkomst, conclusies, adviezen en vervolgstappen van het onderzoek goed voor. Deze zullen deels in samenwerking en deels van tevoren vastgesteld zijn. Dit moet met ouders (en kind) helder en respectvol worden besproken en onderbouwd, zoals bijvoorbeeld bij de inzet van hulpverleningstraject en/of een rechterlijke maatregel.
- In het geval dat het vermoeden wordt weerlegd is het afsluitingsgesprek zeer essentieel. Het is belangrijk ouders inzicht te geven in het verloop van het onderzoek en de onderbouwing van de conclusie. Ook als het vermoeden is verworpen, is het belangrijk toe te lichten hoe de zorgen uit de melding achteraf kunnen worden verklaard. Belangrijk is te erkennen wat de impact is op het gezin en hulp bij verwerking aan te bieden. Het is belangrijk om ouders handvatten en steun te bieden voor de toekomst. Na dit traject heerst er angst bij ouders. Het is niet de bedoeling dat zij zorgmijdend worden. Ze moeten er vertrouwen in hebben dat zij wel nog gewoon door kunnen gaan. En het moet voor ouders ook mogelijk zijn dat, mochten zij ooit nog eens een zorgverlener treffen die iets meldt of openlijk twijfels uitspreekt naar de ouders, ouders zelf met de vertrouwensarts/ Veilig Thuis contact op kunnen nemen hierover.
- Na het vaststellen van KMdF of een ernstig vermoeden daarvan volgt een langdurige follow-up. Dit vraagt om een zorgvuldige uitleg aan en begrip voor ouders. Zeker als blijkt dat de follow-up jarenlang noodzakelijk is. Bespreek wat deze belasting voor het gezin, incl. het evt. aanwezig netwerk, zal gaan betekenen.
- Geef aan de kinderarts /melder een zorgvuldige terugkoppeling van de resultaten van het onderzoek inclusief de vervolgstappen die zijn genomen.

Onderbouwing

Achtergrond

In de huidige situatie is er enige specifieke ervaring en deskundigheid omtrent gesprekken met ouders over een IP of een vermoeden van KMdF (Glaser, 2019). De gesprekken over IP zijn gericht op samenwerking rond herstel van het kind (Glaser, 2020).

Het gesprek over vermoedens van kindermishandeling is een verplicht onderdeel van de KNMG-meldcode (KNMG, 2023) (stap 3). Bij KMdF of een vermoeden hiervan kan dit complexer liggen. Enerzijds doordat de kinderarts/behandelaar bij KMdF of een vermoeden hiervan, nauw en soms langdurig betrokken kan zijn geweest en onderdeel kan zijn geworden van de dynamiek tussen de ouder(s)/verzorger(s)/gezagdragende(n) (vanaf hier samengevat onder ouders) en het kind. Hierbij kan er bij de behandelaar een sterk gevoel van verantwoordelijkheid zijn maar ook van falen als de behandelaar zich realiseert dat er mogelijk falsificatie speelt. Collegiale gesprekken, intervisie en samenwerking zijn hierbij belangrijk (zie module Specifieke aspecten binnen (behandel)team). Anderzijds zijn deze gesprekken complexer, omdat het gesprek over KMdF of een vermoeden hiervan kan leiden tot escalatie van de problematiek, wat het voor het kind nog onveiliger

kan maken. Beide situaties kunnen een knelpunt vormen in de communicatie. Het beschrijven van specifieke aanbevelingen gericht op communicatie met de ouder(s) over IP en/of (vermoedens van) KMdF zou de uitkomst van de gesprekken kunnen verbeteren.

Het is onvoldoende specifiek beschreven op welke wijze en op welk moment(en) gecommuniceerd kan worden met ouder(s) tijdens respectievelijk de IP, de diagnostische fase/work-up in de gezondheidszorg (zie module Medische work-up bij vermoeden van KMdF) en tijdens het onderzoek naar het vermoeden KMdF door Veilig Thuis (zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan), en wanneer de conclusie van het onderzoek wordt besproken (zie module Criteria voor het vaststellen van KMdF). De communicatie met ouder(s) moet zeer zorgvuldig en weloverwogen gebeuren waarbij de aandachtspunten nog onvoldoende in de literatuur beschreven zijn.

Een goede voorbereiding voor elk gesprek is een vereiste. De voorbereiding gaat over woordkeuze en terminologie, veiligheid, vertellen over de inhoud van de vermoedens (indien de veiligheid dit toelaat), en de vervolgstappen. Het is daarnaast zeer belangrijk om te luisteren naar en begrip te tonen voor de reacties van ouders die het vermoeden betreft, en de verantwoordelijkheid dragen voor het kind. De keuze al dan niet openheid te betrachten over het vermoeden en het vervolg hierop moet in elk van de bovengenoemde fasen worden afgewogen.

Wanneer er bij een gesprek te verwachten is dat er onveiligheid ten aanzien van de behandelaar kan ontstaan is het belangrijk passende maatregelen te treffen, zoals het betrekken van de beveiliging, zodat het gesprek met ouders met meer rust kan verlopen. Wanneer onveiligheid voor het kind dreigt is voorafgaand aan het gesprek een overleg met de vertrouwensarts/Veilig Thuis noodzakelijk.

Als in het beloop blijkt dat er zorgen bestaan over het induceren van ziekte door de ouders in een poging de dokters te overtuigen dat het kind echt ziek is schuift IP op naar een vermoeden van KMdF. Dit is ook het geval wanneer ouders niet positief reageren of niet meewerken aan een plan (revalidatieplan) om het kind beter te laten functioneren. De verwachting is dat bij het zorgvuldig vervolgen van het beloop van een IP een vermoeden van KMdF vroeger wordt gesignaleerd; en het gesprek over dit vermoeden eerder met betrokkenen kan worden gevoerd. Mogelijk doordat de arts al langer rekening houdt met het feit dat falsificatie zou kunnen spelen zonder dat er concrete signalen van schade bij het kind zijn gezien. Het vermoeden van KMdF zou dan de kinderarts wat minder kunnen overvallen. Daarnaast kan het ook lastig zijn voor de arts om naar de ouders toe op de eerdere hypotheses met betrekking tot de mogelijke onderliggende medische aandoening terug te komen en een beweging te maken richting vermoedens van falsificatie.

Tijdens alle communicatie over KMdF of een vermoeden hiervan is het doel de samenwerking met ouders in stand te houden. Belangrijk is ondertussen de veiligheid van het kind/de kinderen centraal te stellen, ook in het gesprek. Uiteindelijk zijn het de ouders die hiervoor de verantwoordelijkheid hebben, met vrijwillige hulpverlening of hulpverlening in een gedwongen kader door middel van een civielrechtelijke maatregel. In zeer ernstige situaties kan de kinderrechter/Raad voor de Kinderbescherming andere ingrijpende besluiten nemen ten aanzien van de veiligheid gericht op de plaatsing van en het gezag over de kinderen.

Tenslotte, gedurende alle gesprekken over een vermoeden van KMdF is het belangrijk zich te blijven realiseren dat het om een vermoeden gaat en dus ook kan worden weerlegd. Een open houding van de kinderarts, vertrouwensarts en andere professionals is belangrijk en zorgvuldig. Dit nodigt de ouder(s) uit tot openheid en samenwerking om het vermoeden te onderzoeken. Tenslotte heeft een gesprek over een vermoeden van kindermishandeling, en zeker KMdF, voor ouders kenmerken van een slecht nieuwsgesprek. Belangrijke uitgangspunten zijn; aansluiten bij ouders en hun emoties, hen respecteren in hun rol als ouder en openstaan respectievelijk luisteren naar hun reacties en vragen zodat zij zich gehoord en gerespecteerd voelen.

Tijdens alle gesprekken is het belangrijk om ouders goed te informeren over welke stappen worden gezet en in vervolgesprekken hierover terugkoppeling te geven. Goede communicatie hierover legt de basis voor samenwerking. Tegelijkertijd legt de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2023)) en het Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019 (Baeten, 2018) de (vertrouwens-)arts taken op, die moeten worden uitgevoerd wanneer er een vermoeden van KMdF aan de orde is. De ouders zullen al of niet instemmen met de stappen die moeten worden gezet. Uitleg over het doel van de stappen en de verantwoordelijkheid van de kinderarts in het belang van het kind kan helpend zijn. Met name de vertrouwensarts/Veilig Thuis heeft bevoegdheden om stappen te zetten waar ouders niet mee instemmen maar die toch noodzakelijk zijn. Ook dan blijft open en respectvolle communicatie van belang. De veiligheid van het kind is altijd de eerste prioriteit.

De communicatie met het kind heeft een aparte uitwerking gekregen en is beschreven in module Communicatie met het kind.

In de bijlage Adviezen van een moeder aan betrokken professionals (zij was betrokken bij een vermoeden van KMdF) zijn een aantal aanbevelingen opgenomen bedoeld voor kinderartsen, en vertrouwensartsen.

Samenvatting literatuur

Glaser (2019) described how pediatricians can manage cases of perplexing presentations (PP) and factitious or induced illness (FI). Distinctions between the two conditions are made, as well as alerting signs a pediatrician should look out for. The article then discusses how to respond to these situations by highlighting the child's current state of health and sharing this information with the family. Depending on how the family responds, either a rehabilitation plan or a referral to child protective service can be initiated.

Glaser (2020) outlined the dynamics of FI, expanding its definition, and identifying early warning signs. The article asserts that caregivers' actions are driven by a desire for attention or misguided beliefs about their child's health, leading to discrepancies in reported and observed symptoms. It advocates for multidisciplinary rehabilitation and monitoring, emphasizing child protection when necessary, particularly if caregivers resist supportive measures.

Results

Glaser (2019) described that the first step in the process is that all involved specialists agree on the situation and that one physician (typically a pediatrician) takes the lead in the conversation. Together with one or more colleagues, they should inform the family of the current medical situation of the child, without judgment or

disputing symptoms to the child. The physician may for instance explain that a particular symptom is not life threatening, does not need urgent treatment and that further opinions and investigations would be counter-productive and harmful. The physician can also acknowledge that this is a departure from the previous medical approach to the child, which may not be well received by the parents if have been very anxious or had strongly held beliefs about their child's state of health. The child and family will be offered assistance to function better alongside symptoms. Once the parents agree to this plan, it can be given to the child, age-appropriately. If in the course of the assessment there are concerns that this approach might lead the parent(s) to induce illness in the child in an effort to convince doctors of the seriousness of the child's reported symptoms, then the threshold for making a safeguarding referral has been reached and the child probably needs to be in a safe place such as an inpatient admission. They find difficulty in enabling their child to function and cope better with any health difficulties which the child may have and are likely to continue to be motivated by the underlying needs described earlier. This is now a persistent and unresolved PP and the child is at risk of harm. A referral to child protective services is indicated and the family will be informed about this.

In the UK, there are two ways a child can be eligible to be referred. The first is to show that the current care may lead to significant harm through either direct mistreatment that harms or is likely to harm the child, or through a neglectful approach that impairs the child's health and development. In cases where FII is suspected, the focus often shifts to finding evidence of mistreatment, such as inaccurate reports from caregivers, acts of deception, or induced illness. Proving this can be challenging, especially when deliberate deception is not evident. The second and more preferred approach is to collect evidence of impairing of the child's current functioning, which can be attributed to the parents' unwillingness or inability to participate in the new treatment plan to allow their child to rehabilitate. In the event a caregiver is being recognised as an unreliable source of information, the child should be taken to doctors with a different caregiver who has been shown to be objective.

Glaser (2020) highlighted that finding a consensus of FII will need to be reported to child protective services, in order to ensure future protection, and restoring the child to better functioning. The actual harm is caused by psychological maltreatment, physical abuse and/or medical or other neglect, and the term FII may or may not need to be used in the referral. This referral and the reasons for it, can be communicated to the family. In other jurisdictions, the family's acceptance of the professional consensus and agreement to participating in a rehabilitation plan will not necessitate referral to child protective and law enforcement services. However, if the caregiver(s) denies deception, disagrees with the consensus feedback, disputes the conclusions, requests more investigations, seeks further medical opinions, continues to seek a diagnosis, declines the rehabilitation plan or the rehabilitation is not proceeding fully, a referral to child protective services is indicated. The caregivers will be told about the referral. Without the involvement of child protective services, the child is likely to continue to be harmed.

Zoeken en selecteren

A systematic review of the literature was performed to answer the following question:

1. How and when can the medical professional have a conversation with parents/guardians/authorities during the diagnostic phase/work-up about the suspicion of pediatric condition falsification (PCF) and

the decision to involve Veilig Thuis?

2. How and when can the Veilig Thuis confidential doctor discuss the concerns regarding PCF with parents/guardians/authorities?

P:	Parents/guardians/authorities of a child in whom pediatric condition falsification is suspected or has been established
I:	Communication, conversation
C:	None
O:	Increase the understanding and cooperation of and with patient/client

Relevant outcome measures

The guideline development group considered Increase the understanding and cooperation of and with patient/client as a critical outcome measure for decision making.

A priori, the working group did not define the outcome measures listed above but used the definitions used in the studies.

The working group did not define a minimal clinically (patient) important difference.

Search and select (Methods)

The databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) were searched with relevant search terms until October 24th, 2023. The detailed search strategy is depicted under the tab Methods. The systematic literature search resulted in 72 hits. Studies were selected based on the following criteria: systematic review or meta-analysis, case-control or cohort studies, and guidelines. Thirteen studies were initially selected based on title and abstract screening. After reading the full text, eleven studies were excluded (see the table with reasons for exclusion under the tab Methods), and two studies were included.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

Baeten P. (2018). Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019. 2018. Beschikbaar van: https://veiligthuis.nl/wp-content/uploads/2018/12/Veiligthuis-interactief-protocol_v3.pdf.

Glaser D, Davis P. For debate: Forty years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 2: Management of perplexing presentations including FII. Arch Dis Child. 2019 Jan;104(1):7-11. doi: 10.1136/archdischild-2016-311326. Epub 2018 Apr 4. PMID: 29618483.

Glaser D. Fabricated or induced illness: From "Munchausen by proxy" to child and family-oriented action. Child Abuse Negl. 2020 Oct;108:104649. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104649. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32805620.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG; 2023. Beschikbaar van: <https://knmg-meldcode.maglr.com/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/cover>

Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling

Uitgangsvraag

Met welke vraagstellingen moeten kind(eren) en ouder(s) verwezen worden nadat kindermishandeling door falsificatie (KMdF) is vastgesteld of een ernstig vermoeden hiervan?

Aanbeveling

Verwijs voor diagnostiek en behandeling gericht op herstel en het voorkomen van herhaling naar aan te wijzen kindermishandeling door falsificatie (KMdF) expertiseteams.

De voorbereiding voorafgaand aan de inzet van intensieve hulpverlening kost tijd, neem die tijd.

Bouw in je netwerk een samenwerkingsverband op voor de noodzakelijke hulpverlening zoals een KMdF expertise team.

De vertrouwensarts dient betrokken te blijven bij de uitvoering en besluitvorming na overdracht aan Raad voor de Kinderbescherming of de jeugdbescherming.

Overwegingen

Wanneer KMdF is vastgesteld is de schade voor het kind groot op verschillende gebieden van de kinderlijke ontwikkeling en is er in veel gevallen sprake van een lange(re) periode van ernstige incidenten en patronen gericht op falsificatie van de gezondheid van het kind(eren).

Het organiseren van hulpverlening heeft tot doel de KMdF te doen stoppen, met of zonder een civielrechtelijk kader. Wanneer een strafrechtelijk onderzoek gaande is in combinatie met ontkenning door ouder(s) is inzet van de in deze module beschreven hulpverlening niet of slechts beperkt mogelijk en zal moeten worden afgewacht welke hulpverlening kan worden opgelegd door de rechtbank in het kader van een strafonderzoek.

In deze module hebben wij besloten een beschrijving te doen van de noodzakelijke hulpverlening voor deze ernstige vorm van kindermishandeling. Wij realiseren ons dat de behandeling van deze vorm van kindermishandeling om een geestelijke gezondheidszorg(GGZ-)aanbod vraagt wat (vrijwel) niet bestaat. Vertrouwensartsen en kinderartsen zijn dus niet in staat om alle aanbevelingen van deze module volledig op te volgen. Vaak zal de noodzakelijke hulpverlening per casus moeten worden georganiseerd. Desondanks hebben wij gemeend de behandeling wel te beschrijven om een stap verder te komen door in gesprek te gaan met GGZ over een landelijk dekkend integraal aanbod.

Inhoud hulpverlening

- De hulpverlening dient te bestaan uit diagnostiek en behandeling van het hele gezin waarbij aandacht moet zijn voor het slachtoffer(s), de pleger en eventueel andere kinderen. Hierbij is betrokken de GGZ kind- en volwassen, de kinderarts (follow-up) met wie regelmatig overleg en afstemming is over het verloop, en de vertrouwensarts/Veilig Thuis en/of jeugdbescherming. Deze nauwe samenwerking vormt

een belangrijke basis voor het verloop van de hulpverlening.

- Voor het kind is de behandeling primair gericht op herstel, onder andere van trauma, zelfbeeld, vertrouwen, aandachts- en emotieregulatie, herkennen van lichamelijke signalen en het normaliseren van het dagelijks leven waarin gezondheid en gezond gedrag voor het kind centraal staan. De verwijzing naar GGZ voor het (de) kind(eren) is belangrijk en gericht op traumaverwerking, herstel, ontwikkelingsachterstanden en de veranderde situatie voor het kind, met betrekking tot de eigen conditie en gezondheid en de vaak veranderde gezinssituatie. Werk hierin samen met het “tweede milieu” van het kind, zoals de kinderopvang, de school en de jeugdarts. De kinderarts kan hierbij een belangrijke rol hebben.

De betrokkenheid van een kinderarts bij de follow-up (zie [module Follow-up](#)) is een voorwaarde voor de inzet en het slagen van de specialistische GGZ-behandeling. De kinderarts heeft de taak recidieven te signaleren en het centraal stellen van gezondheid en gezond gedrag in nauwe samenwerking met de vertrouwensarts/Veilig Thuis en/of Jeugdbeschermer. Het lijkt zaak altijd een tweesporenbeleid ten aanzien van soma en psyche te blijven voeren.

- Voor de ouder(s) is diagnostiek van de onderliggende psychodynamische patronen naast psychiatrische diagnostiek belangrijk, maar ook wat betreft de pleger de erkenning van de eigen rol. Zelfinzicht, de gewetensfuncties, en de mate van reflectie op eigen handelen van de pleger zijn leidend voor de inzet van behandeling. In veel gevallen is er aanleiding om psychopathologie bij de ouder(s) te veronderstellen. De GGZ-diagnostiek is noodzakelijk bij de pleger en de niet-mishandelende ouder; mede gericht op de interactie met hun kind(eren); gevolgd door een mentaliserende behandeling, hetgeen moet leiden tot het voorkomen van een recidive. Dit vanwege het grote risico op herhaling. In sommige casus kan gezinsbehandeling, gericht op herstel en normaliseren van de onderlinge relaties binnen het gezin, naast individuele behandeling geïndiceerd zijn. Een GGZ-team bestaat bij voorkeur uit een kinder- en jeugdpsychiater en volwassen psychiater, een klinisch psycholoog-psychotherapeut met deskundigheid op het terrein van kind(eren), ouders en gezinssystemen.

Voorwaarden voorafgaand aan verwijzen ouders en kind(eren) naar GGZ

- Bij alle verwijzingen naar GGZ voor ouders moet er voorafgaand met de ouder(s) overeengekomen zijn dat zij akkoord gaan met verwijzing naar GGZ-behandeling. De mate van erkenning bij de toegebrachte kindermishandeling door ouder(s) is hierbij bepalend. In de gesprekken met ouder(s) moet het voorafgaand aan de therapie duidelijk worden of er overeenkomst is over de verwijzing naar GGZ gebaseerd op een voldoende mate van erkenning. Indien er geen erkenning is bij de pleger wat betreft KMdF is het de vraag of behandeling zinvol is en moeten justitiële maatregelen worden overwogen en ingezet.
- Naast de erkenning is het noodzakelijk dat ouder(s) voorafgaand aan de behandeling de zekerheid geven over het uitblijven van nieuwe incidenten met betrekking tot falsificatie. Hierover moeten zeer goede afspraken met ouder(s) worden gemaakt en vastgelegd. Tevens dienen deze goed gemonitord te worden door Veilig Thuis of de jeugdbeschermer. De beschermende maatregelen worden vastgesteld door de vertrouwensarts/Veilig Thuis en/of de Jeugdbeschermer. De beschermende maatregelen dienen daadwerkelijk te worden uitgevoerd zodat de veiligheid van het (de) kind(eren) gewaarborgd blijft en er geen KMdF meer kan plaatsvinden. De opvolging van de ingezette maatregelen moet worden vervolgd door de vertrouwensarts/Veilig Thuis en/of de Jeugdbescherming. De maatregel kan inhouden dat de pleger uit huis geplaatst wordt, meestal met inschakeling van een

steunend/beschermend netwerk uit de naaste omgeving in het gezin ter ondersteuning van de niet-mishandelende ouder. Ook kan de maatregel inhouden dat het (de) kind(eren) uit huis worden geplaatst en er omgang onder toezicht is. Indien er ondanks de afspraken toch KMdF plaatsvindt, moet de behandeling of het voortzetten hiervan worden heroverwogen en met de ouder(s) besproken worden. In sommige gevallen (van KMdF) zal definitieve scheiding van de pleger ten opzichte van het kind overwogen moeten worden indien dit de enige manier is om het kind te beschermen, hulpverlening wordt afgehouden en er een volledige ontkenning is van KMdF bij de pleger.

Samenwerking organiseren

Regelmatige overleggen zijn noodzakelijk waarbij ouder(s), alle betrokken behandelaren en vertrouwensarts/Veilig Thuis en/of Jeugdbescherming aanwezig zijn. Het doel hiervan is het verloop en de resultaten van de behandeling van het kind(eren) en de ouder(s) te bespreken en op elkaar af te stemmen. Daarnaast is het belangrijk steeds de stand van zaken met betrekking tot de thuissituatie en alle betrokken gezinsleden en de beschermende maatregelen te bespreken. Ook wanneer kind(eren) uit huis zijn geplaatst.

Het kan zinvol zijn om andere partijen een keer te betrekken zoals de huisarts, personen uit het netwerk van het gezin betrokken, soms als onderdeel van de beschermende maatregelen, of ook de jeugdarts en/of leerkracht.

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Er kan geen algemene aanpak gegeven worden omdat op maat werken cruciaal is voor welzijn en veiligheid van alle betrokkenen: kind, ouders, gezin en hulpverleners.

Het is noodzakelijk gezien de complexiteit bij KMdF dat er binnen de GGZ-expertisecentra worden georganiseerd die de diagnostiek en behandeling integraal (zowel gezinsgericht als individueel) kunnen bieden.

Onderbouwing

Achtergrond

Het is onduidelijk naar wie, wanneer, met welke vraagstelling en op welke voorwaarden kind(eren) en ouder(s) verwezen moeten worden respectievelijk verwezen kunnen worden voor diagnostiek en behandeling gericht op herstel en voorkomen van herhaling. De verwijzing heeft tot doel het herstel van de gevolgen bij het kind en voorkomen van herhaling van de KMdF door behandeling van ouder(s) en kind(eren).

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Follow-up

Uitgangsvraag

1. Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten gedurende de follow-up van kind en gezin?
2. Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten in de samenwerking van de ketenpartners, gezondheidszorg en hulpverlening gedurende de follow-up van kind en gezin?

Aanbeveling

Monitor kind en gezin langdurig na vaststelling van kindermishandeling door falsificatie (KMdF). Dit betekent dat ook de vertrouwensarts langer betrokken blijft dan de wettelijke monitoringstermijn.

Maak samenwerkingsafspraken met alle (medisch) professionals die betrokken zijn bij het kind en het gezin en neem deze op in het veiligheids- en herstelplan van Veilig Thuis.

Zorg dat er een gedeelde en gedragen visie is, onderliggend aan de samenwerking tussen deze professionals.

Zorg voor een coördinerend kinderarts die langdurig betrokken blijft en betrek deze bij alle medische zorg, zoals bij alle verwijzingen, behandelingen en medicatie. Zorg voor betrokkenheid van de huisarts en werk met de huisarts samen. Het behandelteam is verantwoordelijk voor het coördineren van de follow-up.

Blijf als vertrouwensarts in contact met het OM en politie gedurende het beloop van het strafrechtelijk onderzoek. Een wederzijdse up-date is noodzakelijk om veiligheid te kunnen blijven borgen.

Blijf als vertrouwensarts in contact met Raad voor de Kinderbescherming, jeugdbescherming en sociaal wijkteam en indien nodig de coördinerend kinderarts.

Zorg dat kind en ouders leren dat het kind gezond(er) is. Professionele ondersteuning zal op maat nodig zoals zijn bijvoorbeeld bij eten na sondevoeding of kinderpsycholoog bij angst of trauma, en ouders (zie [module Verwijzing voor \(kinder\)psychiatrische behandeling](#)).

Betrek de jeugdgezondheidszorg bij monitoring op school en samenwerking met ketenpartners.

Zorg ervoor dat kinderen weer naar school gaan en andere sociale activiteiten zoals sportclub, hobbyclub en bijvoorbeeld kinderfeestje hervatten. Betrek de jeugdgezondheidszorg hierbij.

Betrek een andere volwassene uit de omgeving van het kind bij het veiligheids- en herstelplan als een van de ouder(s) blijft geloven in het ziek(er) zijn van het kind. Neem deze afspraken op in de samenwerkingsafspraken.

Betrek altijd de vertrouwensarts als de jeugdbescherming of sociaal wijkteam betrokken is of wordt. Er is geen medische expertise aanwezig bij jeugdbescherming en sociaal wijkteam.

Bouw de monitoring pas af als er voldoende vertrouwen is in commitment aan de gemaakte afspraken en betrek ook hierbij het netwerk.

Overwegingen

Algemene aandachtspunten

In de afspraken die Veilig Thuis maakt met het gezin dient te worden opgenomen dat alle (medisch) professionals die betrokken zijn bij het veiligheids- en herstelplan voor het kind en ouders, met elkaar kunnen overleggen en elkaar tussentijds kunnen informeren. Het is noodzakelijk om transparant te zijn over de inhoud van de overleggen naar ouders en, afhankelijk van de leeftijd, het kind. In situaties waar de veiligheid van het kind onvoldoende kan worden geborgd kan hier tijdelijk van worden afgezien (zie module Juridische en medisch-ethische aspecten).

Multidisciplinaire overleggen (MDO's) tussen de bovengenoemde partijen zijn noodzakelijk voor het slagen van de hulpverlening. Aanvankelijk zal dit hoogfrequent zijn; bijvoorbeeld tweewekelijks, later met langere tussenpozen.

Dit betekent voor Veilig Thuis dat er sprake is van een langdurige monitoring waarbij de vertrouwensarts een belangrijke rol heeft. Deze langdurige monitoring wijkt af van de wettelijke monitoringstermijn (zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan).

Aandachtspunten kind (zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan)

- Uitleg aan het kind dat het kind gezond/gezonder is, houdt in dat het kind beseft dat hierdoor eerdere beperkingen niet meer nodig zijn. Voorbeelden hiervan zijn: een kind dat normaal kan eten nadat het eerder volledige sondevoeding had, of een kind dat niet meer vermoeid is en daardoor geen gebruik meer maakt van een rolstoel. Overweeg dit te doen in combinatie met een kindergeneeskundig of -psychiatrisch onderzoek. Helpend is een op maat gemaakt kinderboekje (zie module Communicatie met het kind).
- Uitleg aan andere kinderen uit het gezin en/of klasgenoten.
- Terug naar school. Vaak is er verzuim geweest of aanpassingen (lesrooster, niet mee gymmen). Samenwerking met de jeugdarts is hierbij belangrijk.
- Deelname aan sociale activiteiten, denk aan sport, hobby, kinderfeestjes.
- Bij kinderen met langdurige voedingsproblemen in de voorgeschiedenis is het aan te raden om de eetmomenten te begeleiden door een professional, zoals van Infant Mental Health.

Aandachtspunten ouders (zie ook module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan)

- De begeleiding van ouders is in principe gericht op gedragsverandering en de onderliggende problematiek (zie module Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling).
- Gedrag van het kind anders leren zien. Dit is noodzakelijk omdat ouders het gedrag van hun kind mogelijk steeds medisch/ziek ervaren hebben. Denk bijvoorbeeld aan een kind dat moe uit school komt na een gewone schooldag.
- Het is belangrijk dat ouders en de omgeving ervaren en leren dat hun kind gezond is respectievelijk minder ziek is. De uitgangssituatie is veranderd van een ziek kind, naar een gezond of minder ziek/beperkt kind.

- In afstemming met de huisarts onderzoeken wat ouders samen en individueel nodig hebben.
- Indien één van de ouders het kind blijft zien als ziek of zieker, dan moeten afspraken gemaakt worden wanneer en of deze ouder alleen de zorg kan dragen voor het kind. Een afspraak kan zijn dat deze ouder altijd samen met een andere volwassene bij het kind is. Dat betekent dat deze volwassene ook deel uitmaakt van het veiligheidsplan en aansluit bij besprekingen met ketenpartners en ouders. Het kan zijn dat deze afspraak langdurig noodzakelijk is, aangezien de neiging tot falsificeren kan blijven bestaan. Indien er sprake is van bovenstaande situatie, moet overwogen worden of deze afspraak voor alle kinderen uit het gezin moet gelden. Ook moet er aandacht zijn voor ouders om het gedrag te veranderen. Het is noodzakelijk dat de vertrouwensarts van Veilig Thuis betrokken blijft voor het opstellen van veiligheidsafspraken en het proces rondom veiligheid en het aanpassen van veiligheidsafspraken totdat er sprake is van een stabiele situatie en ketenpartners dusdanig op de hoogte zijn van de gezinsdynamiek en signalen herkennen van falsificatie. Wanneer er geen erkenning is bij ouders dat zij een aandeel hebben gehad in het ziekzijn, zal de neiging tot falsificeren langdurig bestaan.

Aandachtspunten betrokken (medisch) professionals (zie ook module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan)

- Eén coördinerend kinderarts die het kind langdurig volgt, bij voorkeur een kinderarts sociale pediatrie.
- Indien er alleen sub specialisten betrokken zijn, is het dringend te adviseren dat een coördinerend kinderarts wordt betrokken.
- Alle verwijzingen (door jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisarts, kinderarts, sub-specialist) worden voorgelegd aan de coördinerend kinderarts en de huisarts. Huisarts en kinderarts dienen onderling te overleggen, en zo nodig met een vertrouwensarts (zie module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan).
- Er worden geen herhaalrecepten voorgeschreven in de dienst of door een niet behandelend (kinder)arts. Hetzelfde geldt voor de Huisartsenspoedpost (zie module Follow up) en de spoedeisende hulp. Daarnaast is het raadzaam geen verandering in medisch behandelplan aan te brengen, tenzij medisch noodzakelijk. Na het consult wordt de coördinerend kinderarts en huisarts geïnformeerd.
- De JGZ is betrokken bij de overleggen met ketenpartners. De JGZ heeft zicht op het verzuim, de reden van verzuim, functioneren van het kind op school (bewegen, gedrag, sociaal emotioneel et cetera).
 - Indien er sprake is van verzuim wordt de JGZ hierover door de leerkracht geïnformeerd. De jeugdarts kan met medeweten aan ouders, contact opnemen met de behandelend arts.
 - Indien er door ouders verzoeken worden gedaan aan school waarbij het kind mogelijk beperkt wordt, wordt direct de jeugdarts betrokken. De jeugdarts stemt af met de betrokken kinderarts/huisarts.
- Betrokkenheid sociaal wijkteam doorgaans ter ondersteuning van de gezinssituatie. Echter het sociaal wijkteam kan geen overdrachtspartij zijn aangezien zij niet over medische expertise beschikken.
- Indien er betrokkenheid is vanuit de jeugdbescherming is het noodzakelijk om samenwerkingsafspraken te maken aangezien een jeugdbeschermingsmaatregel vanuit een ondertoezichtstelling werkt en een ander wettelijk kader heeft. Net als het sociaal wijkteam hebben de Raad voor de Kinderbescherming en de jeugdbescherming geen medische expertise binnen hun organisatie.

- De rol van de vertrouwensarts blijft noodzakelijk gedurende de betrokkenheid van Raad voor de Kinderbescherming en/of jeugdbescherming. De jeugdbeschermer dient met medeweten van ouders wel regelmatig te worden geïnformeerd.
- Als er sprake is van een strafrechtelijk onderzoek, blijft afstemming met Openbaar Ministerie (OM)/politie noodzakelijk wanneer dit consequenties heeft voor de veiligheid van het kind/kinderen.
- Ondanks dat sociaal wijkteam, Raad voor de Kinderbescherming en/of jeugdbescherming betrokken zijn, blijft de betrokkenheid van de vertrouwensarts noodzakelijk om veiligheidsafspraken op te stellen, aan te passen of te verscherpen. De vertrouwensarts neemt deel aan de frequente multidisciplinaire overleggen met ketenpartners en ouders. De betrokkenheid van de vertrouwensarts is noodzakelijk vanwege de medische kennis, kennis van het Veilig Thuis dossier en kennis van KMdF totdat er sprake is van een stabiele situatie en ketenpartners dusdanig op de hoogte zijn van de gezinsdynamiek en het herkennen van (medische)signalen van falsificatie. Wanneer er geen erkenning is bij ouders dat zij een aandeel hebben gehad in het ziek zijn, zal de neiging tot falsificeren blijven bestaan. De vertrouwensarts houdt het contact met het OM in het kader van een strafrechtelijk onderzoek voor het borgen van veiligheid. De vertrouwensarts blijft in samenwerking met sociaal wijkteam en/of Raad voor de Kinderbescherming en/of jeugdbescherming en indien noodzakelijk de coördinerend kinderarts.

Afbouw van monitoring (Zie ook module Onderzoek en opstellen van een veiligheidsplan en module Verwijzing voor (kinder)psychiatrische behandeling).

Om de frequentie van de MDO's tussen alle betrokken professionals en de direct betrokkenen (ouders, kinderen) te kunnen afbouwen moet er vertrouwen zijn opgebouwd in de intentie van ouders tot verandering en commitment aan de gemaakte afspraken. Afstemming met de GGZ, indien deze betrokken is bij de behandeling, is van belang om het inzicht en de motivatie van ouders te kunnen wegen bij de afbouw van de follow up momenten. Betrokkenheid van het informele netwerk dat medeverantwoordelijk wordt gemaakt voor de veiligheid van het kind/de kinderen kan hierbij van grote meerwaarde zijn. Als zij de visie onderschrijven en een signaleringsplan kunnen hanteren kunnen zij signaleren en daarnaast voor het betreffende kind een goede vertrouwenspersoon zijn.

Onderbouwing

Achtergrond

Nadat vastgesteld is dat er sprake is van kindermishandeling door falsificatie (KMdF) of wanneer er na onderzoek een vermoeden is blijven bestaan, zijn samenwerkingsafspraken noodzakelijk over de follow-up van het kind en gezin. Hierbij zijn de volgende partijen betrokken: Raad voor de kinderbescherming, jeugdbescherming, OM, politie, (jeugd)gezondheidszorg, hulpverlening en ouders en afhankelijk van de leeftijd het kind. De follow-up is primair gericht op het borgen van de veiligheid en de gezondheid van het kind en op het proces richting herstel bij het kind van de gevolgen van de (vermoedelijke) KMdF. Voor dit onderdeel van de follow-up is langdurige betrokkenheid van een vaste coördinerende kinderarts noodzakelijk. Daarnaast is de follow-up gericht op de gedragsverandering bij ouder(s) en de aanwezige onderliggende problematiek.

Het kind blijkt minder ziek te zijn of helemaal gezond verklaard, waardoor voor het gezin en de directe omgeving van kind en ouders een nieuwe situatie is ontstaan; hierbij is de betrokkenheid van eerdergenoemde coördinerende kinderarts, hulpverlening en ondersteuning noodzakelijk. Observatie van het

gedrag van het kind en de ouders gericht op de verandering naar gezond en normaal. Maar ook aandacht voor nieuwe signalen of vermoedens die kunnen wijzen op KMdF of Inconsistente Presentatie (IP). De neiging tot falsificeren kan immers langdurig bestaan. Zicht op alle kinderen uit het gezin is nodig omdat er een risico is dat het falsificeren wordt gericht op één van de andere kinderen in het gezin (inclusief een toekomstig kind).

Alle relevante (medische) professionals die betrokken zijn bij het kind en het gezin rondom de beschermingsafspraken worden gevraagd om langdurig zorg te dragen en toe te zien op het welzijn van het kind en de hulpverlening aan kind en ouders. Hiervoor is het nodig dat er een gedeelde en gedragen visie is onderliggend aan de samenwerking. De professionals uit het sociaal domein dienen vanuit een ander perspectief aan te sluiten. Het is belangrijk om in het team afspraken te maken wie voor welk deel van de hulpverlening de passende zorg kan bieden waarbij de onderlinge afstemming belangrijk is.

Zoeken en selecteren

No systematic literature analysis was performed for this question, because the question is specific to the Dutch situation and cannot be investigated systematically. Recommendations from the scientific literature (including international guidelines) have been incorporated into this module as well as input from an invitational conference with collaboration partners, experts and experts in the field of law and medical ethics.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-01-2025

Laatst geautoriseerd : 27-01-2025

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.