



Münchausen by Proxy: altijd ziek en toch vol leven? Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Lise Dekkers
Sharyne Oerlemans
Kelly Segers
Eveliëns Smets

**Bachelor-na-bachelor in de
Pediatrie en Neonatologie**

Academiejaar 2014-2015
Campus Turnhout, Campus Blairon 800, BE-2300 Turnhout

VOORWOORD

Acht maanden lang hebben we intensief gewerkt aan deze bachelorproef in het kader van onze opleiding Bachelor-na-bachelor in de Pediatrie en Neonatologie aan Thomas More in Turnhout. Dit werk dienen we met succes te volbrengen om te kunnen afstuderen en zo het werkveld te kunnen betreden. Gezien onze grote interesse in de pediatrie vonden wij het logisch te opteren voor een thema in deze richting. Een werk rond 'Münchhausen by Proxy' is het geworden. Dit hebben we gekaderd binnen de pediatrie verpleegkunde in een ziekenhuissetting om zo tot een hulpmiddel te komen voor pediatrisch verpleegkundigen en andere geïnteresseerden.

Graag willen we onze dank betuigen aan alle betrokkenen die actief of passief hun bijdrage hebben geleverd aan deze bachelorproef. In de eerste plaats mevrouw Debbie Martens, zij was tijdens de hele periode onze promotor en heeft met veel geduld geantwoord op onze vragen en hierbij telkens ook suggesties aangereikt. Daarnaast willen we ook mevrouw Els Swolfs bedanken. Zij is coördinator in het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in Turnhout en heeft ons deskundig begeleid tijdens onze zoektocht naar informatie. Als laatste mogen we zeker onze eigen familie niet vergeten. Sommigen onder hen hebben ons deskundig advies en hulp kunnen verlenen bij het opstarten van een degelijke website, en zij waren er altijd voor ons wanneer het minder goed liep en we nood hadden aan een oppeppend gesprek.

Veel plezier tijdens het lezen van ons werk!

Turnhout, 3 mei 2015

SAMENVATTING

Münchausen by Proxy (MBP) is een vorm van kindermishandeling die vaak over het hoofd wordt gezien. Dit kan grote gevolgen hebben voor het mishandelde kind. Het is dan ook belangrijk om Münchausen by Proxy snel te herkennen en te behandelen. Met deze bachelorproef richten we ons in eerste instantie tot pediatrisch verpleegkundigen. Zij spelen namelijk een belangrijke rol bij het herkennen van MBP. (DePanfilis, 2006; Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

De alarmsignalen, de moeilijkheden bij het stellen van de diagnose en het al dan niet melden van kindermishandeling worden in deze bachelorproef besproken. En wat als de arts het vermoeden dat de verpleegkundige heeft, niet erkent? Verder wordt ook achtergrondinformatie omtrent Münchausen by Proxy, het belang van een goede samenwerking bij een vermoeden van MBP, de behandeling ervan, het wettelijk kader ... besproken. Tevens komen er enkele ethische vragen aan bod, zoals bijvoorbeeld camerabewaking bij het vermoeden van MBP.

De behandeling wat betreft Münchausen by Proxy is heel uiteenlopend, maar de veiligheid van het kind komt steeds op de eerste plaats. Soms wordt het kind (tijdelijk) uit het gezin gehaald. Naast het slachtoffer hebben ook de andere gezinsleden en de dader nood aan een langdurige therapeutische behandeling. Ook de toekomst van ouder en kind is iets wat niet vergeten mag worden. Hierbij wordt de link gelegd naar de ontwikkeling en eventuele broers en zussen. Ten slotte is er nog het wettelijk kader. Dit speelt een grote rol bij het vermoeden van MBP, maar ook rond de diagnosestelling wanneer het kind mogelijk gevaar loopt. Hierbij komt onder andere de Wet op jeugdbescherming aan bod, maar ook melding en beroepsgeheim en het Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling. (DePanfilis, 2006; Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

De voorbije jaren is er weinig literatuur verschenen omtrent Münchausen by Proxy. Het doel van deze bachelorproef is dan ook om meer bekendheid te creëren rond MBP. Door het ontwikkelen van een website omtrent MBP, met als doelgroep pediatrisch verpleegkundigen, willen we ervoor zorgen dat iedereen deze informatie eenvoudig kan raadplegen. Op deze website zal onder andere een duidelijk overzicht komen van alarmtekens waaraan een verpleegkundige Münchausen by Proxy kan herkennen. Natuurlijk kan deze website ook een handige leidraad zijn voor andere hulpverleners, leerkrachten en andere personen die in contact komen met kinderen. Via volgende link is de website terug te vinden: <http://munchausenbyproxy.wix.com/munchausenbyproxy>.

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	5
INHOUDSTAFEL	7
INLEIDING	9
METHODE	11
1 ALGEMEEN	13
1.1 WAT IS MÜNCHAUSEN BY PROXY?.....	13
1.1.1 <i>Algemene achtergrondinformatie</i>	13
1.1.2 <i>Leeftijd bij diagnosestelling</i>	13
1.1.3 <i>Samenwerking bij vermoeden van Münchausen by Proxy</i>	14
1.1.4 <i>Verschil Münchausen & Münchausen by Proxy</i>	14
1.2 GESCHIEDENIS.....	15
1.3 EPIDEMIOLOGIE & INCIDENTIE.....	15
1.4 HERKENNING VAN MÜNCHAUSEN BY PROXY	15
1.5 DOELGROEP EN DOELSTELLING BACHELORPROEF	17
1.6 WETTELIJK KADER ROND KINDERMISHANDELING	17
1.6.1 <i>Wetgeving</i>	17
1.6.2 <i>Melding en beroepsgeheim</i>	18
1.6.3 <i>Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling</i>	19
1.7 BEHANDELING.....	19
1.8 PROGNOSE	20
1.8.1 <i>Prognose voor de ‘dader’</i>	20
1.8.2 <i>Prognose voor het kind</i>	21
1.8.3 <i>Gevolgen voor het kind op langere termijn</i>	21
1.9 ETHISCHE ASPECTEN ROND MÜNCHAUSEN BY PROXY	21
2 VERMOEDEN EN HERKENNING	23
2.1 HOE KAN EEN PEDIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE HET SYNDROOM HERKENNEN OP DE EIGEN AFDELING?	23
2.1.1 <i>Uitingsmogelijkheden en inductie van symptomen</i>	23
2.1.2 <i>Lichamelijke symptomen</i>	23
2.1.3 <i>Psychosociale symptomen</i>	25
2.1.4 <i>Kenmerken van de dader</i>	25
2.1.5 <i>Kenmerken van de partner van de dader</i>	26
2.1.6 <i>Kenmerken van het kind</i>	26
2.1.7 <i>Het centraliseren van patiëntengegevens</i>	27
2.2 WAT ZIJN DE MOEILIKHEDEN/EVENTUELE PROBLEMEN OM DE DIAGNOSE TE STELLEN?	27
2.2.1 <i>Factoren specifiek gelinkt aan de pediatrisch verpleegkundige</i>	27
2.2.1.1 <i>Factoren die de verpleegkundige kunnen tegenhouden om een melding te doen</i>	27
2.2.1.2 <i>Factoren van de verpleegkundige die de diagnose bemoeilijken</i>	28
2.2.1.3 <i>Conclusie en aanbevelingen</i>	29
2.2.2 <i>Factoren gelinkt aan de dader</i>	29
2.2.3 <i>Factoren gelinkt aan de kinderarts</i>	30
2.2.4 <i>Factoren gelinkt aan de omgeving</i>	30
3 DIAGNOSESTELLING ROND MÜNCHAUSEN BY PROXY	33
3.1 DIAGNOSESTELLING.....	33
3.2 VERZAMELEN VAN BEWIJSMATERIAAL	34
3.2.1 <i>Nauwkeurige observatie en scheiding</i>	34
3.2.2 <i>Toxicologisch onderzoek</i>	34
3.2.3 <i>Verborgene camera</i>	34
3.2.4 <i>Scheiding ouder en kind</i>	35
3.2.5 <i>Blogs</i>	36
3.3 SPOEDGEVALLEN	36

4	BEHANDELING ROND MÜNCHAUSEN BY PROXY	41
4.1	INTERVENTIES OP KORTE TERMIJN.....	41
4.1.1	<i>Beveiliging van het kind</i>	41
4.1.2	<i>Confrontatie van de dader en andere ouder</i>	42
4.1.3	<i>Psychiatrisch onderzoek van de dader</i>	43
4.1.3.1	Psychiatrische stoornissen.....	43
4.1.3.2	Jeugd.....	43
4.1.3.3	Motieven.....	44
4.2	INTERVENTIES OP LANGE TERMIJN	44
4.2.1	<i>Therapeutische noden van het slachtoffer</i>	45
4.2.2	<i>Therapeutische noden van de 'dader'</i>	46
4.2.3	<i>Therapeutische noden van de gezinsleden/van het gezin</i>	47
4.3	ONDERSTEUNENDE INSTANTIES IN VLAANDEREN	48
4.3.1	<i>Agentschap Jongerenwelzijn</i>	48
4.3.2	<i>Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)</i>	48
4.3.3	<i>Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)</i>	48
4.3.4	<i>Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)</i>	49
4.3.5	<i>Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK)</i>	49
5	TOEKOMST NA MÜNCHAUSEN BY PROXY	51
5.1	IS ER NOG EEN TOEKOMST NA KINDERMISHANDELING?	51
5.1.1	<i>Het toekomstperspectief van het kind</i>	51
5.1.1.1	Algemeen.....	51
5.1.1.2	Hechting.....	52
5.1.1.3	Ontwikkeling.....	52
5.1.1.4	Opvolging.....	53
5.1.1.5	Kinderbescherming.....	53
5.1.2	<i>Het toekomstperspectief van de ouder</i>	54
5.1.3	<i>Vergeet het gezin niet</i>	55
5.2	RE-INTEGRATIE VAN HET KIND NAAR HET GEWONE LEVEN	55
5.2.1	<i>Hereniging gezin</i>	55
5.2.2	<i>School & kinderopvang</i>	56
6	VERPLEEGKUNDIGE AANDACHTSPUNTEN	57
6.1	ALGEMEEN	57
6.2	DE TAKEN VAN DE PEDIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE.....	57
6.3	WAT MAG/KAN EEN PEDIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE DOEN BIJ VERMOEDEN VAN MBP WANNEER DE ARTS DIT VERMOEDEN NIET ERKENT?	58
6.4	AANDACHTSPUNTEN BIJ DE DIAGNOSESTELLING.....	58
6.5	AANDACHTSPUNTEN BIJ DE BEHANDELING.....	59
6.6	AANDACHTSPUNTEN M.B.T. DE TOEKOMST	59
7	ONTWIKKELEN VAN EEN WEBSITE	61
DISCUSSIE	111	
DISCUSSIE M.B.T. DE PRAKTISCHE UITWERKING VAN DE WEBSITE	111	
BESLUIT	113	
LITERATUURLIJST	115	
BIJLAGEN	123	
BIJLAGE 1: INTERVIEW KIND IN NOOD – 30/03/2015	123	

INLEIDING

Münchausen by Proxy. We hebben het de laatste jaren regelmatig gehoord in de actualiteit. Zo ging er bijvoorbeeld eind 2014 een assisenproces door in België waarbij een moeder veroordeeld werd tot 18 jaar cel voor moord op haar zoontje. Zij vergiftigde haar zoontje al jaren om hem ziek te maken, met de dood tot gevolg. Begin april 2015 zagen we een aflevering op de Nederlandse televisie waarbij een vrouw getuigt hoe ze vroeger mishandeld werd door haar moeder die leed aan Münchausen by Proxy. Maar ook wereldwijd bekende verhalen zoals dat van de Amerikaanse Katy Bush, een moeder die haar achtjarig dochttertje al 40 operaties had laten ondergaan omdat ze de artsen zo heeft kunnen misleiden, zijn we nog niet vergeten. We hebben dus allemaal wel eens gehoord over Münchausen by Proxy, maar hoeveel weten we er echt over? Aangezien wij binnenkort zelf in het werkveld komen te staan en dergelijke situaties zelf zouden kunnen meemaken, wilden wij ons graag verdiepen in deze opmerkelijke aandoening.

Wat kunnen en mogen wij als pediatrisch verpleegkundigen doen bij een vermoeden van deze aandoening? Hoe kunnen we het herkennen? Wat zijn de gevolgen en vooruitzichten voor ouder en kind? Hoe gaat een diagnosestelling juist in zijn werk en een eventuele vervolging? Dit zijn een aantal van de vragen die wij onszelf stelden voor we hieraan begonnen, waarna we deze zijn gaan uitzoeken. Hieruit hebben we de centrale vraag voor onze bachelorproef kunnen opstellen. Münchausen by Proxy: Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Om tot onze bevindingen te komen, hebben we veel recente literatuur en leerstof doorzocht. Daarnaast zijn we ook binnen de praktijk van kindermishandeling te rade gegaan. Het is op die manier dat we tot dit resultaat gekomen zijn.

Het doel van onze bachelorproef is om onze bevindingen en resultaten op een toegankelijke manier over te brengen naar pediatrisch verpleegkundigen en daarnaast eventueel ook andere gezondheidsmedewerkers of gewoon geïnteresseerden. Vandaag de dag is niets zo toegankelijk als het internet, vandaar dat we op het idee kwamen om een website te bouwen omtrent Münchausen by Proxy. In de eerste plaats onderzoeken we dus wat deze aandoening juist inhoudt, om dan specifiek te komen tot hoe wij als pediatrisch verpleegkundigen een rol kunnen spelen in de bescherming van het kind in kwestie.

METHODE

Deze bachelorproef is tot stand gekomen door het gebruik van zeer veel verschillende wetenschappelijke artikelen, om op die manier tot een evidence-based werk te komen. Ieder heeft gezocht in databanken zoals 'Pubmed', 'Trip Database', 'ScienceDirect', 'Cochrane Library', 'Euroethics', 'SpringerLink', 'Limo' en nog vele anderen. Hierbij werd gebruik gemaakt van diverse zoektermen, MeSH terms en booleaanse operatoren. Enkele van deze zoektermen waren: 'Münchhausen by proxy syndrome', 'paediatric falsification syndrome', 'recognition', 'future', 'child abuse' en 'nurse'. Uiteraard zijn nog talloze andere zoektermen gebruikt om tot de benodigde informatie te komen. Bij het selecteren van deze informatie is steeds getracht om zo recent mogelijke artikelen te gebruiken, hierbij werd de grens van 2009-2010 in het achterhoofd gehouden. Op deze regel werd een uitzondering gemaakt indien het een erg interessante bron betrof of indien er geen recentere informatie over het thema te vinden was.

In het laatste stadium van de bachelorproef (mei 2015) werd opnieuw een uitgebreide zoektocht gedaan in de databanken aan de hand van de eerder gebruikte zoektermen. Zo werd gewaarborgd dat alle informatie in dit werk up-to-date is met de meest recente richtlijnen. Voor dit werk hebben we eveneens het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling geraadpleegd en zo meer informatie verkregen via een persoonlijk interview. Zij hebben eveneens een kritische blik geworpen op ons werk, deze feedback werd gebruikt om deze bachelorproef bij te schaven. Een verdere kritische inbreng werd geleverd door onze promotor, Debbie Martens, en uiteraard via vele discussies binnen de groep zelf.

1 ALGEMEEN

1.1 Wat is Münchausen by Proxy?

1.1.1 Algemene achtergrondinformatie

Münchausen by Proxy is een vorm van kindermishandeling. De term kindermishandeling omvat veel verschillende vormen van mishandeling. Zo kan er emotionele, seksuele, fysieke mishandeling of verwaarlozing voorkomen. Bij Münchausen by Proxy is er vooral sprake van fysieke kindermishandeling. (DePanfilis, 2006; Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2013)

Münchausen by Proxy is een psychiatrische aandoening waarbij de verzorger van een kind, meestal de moeder, schade veroorzaakt aan het kind. Soms kan het ook zijn dat de vader het kind mishandelt. In deze bachelorproef zullen we meestal spreken over een vrouwelijke dader, maar hierbij is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de rollen ook omgekeerd kunnen zijn, en de vader de dader kan zijn. De mishandeling begint vaak als het kind nog klein is, maar wordt pas op latere leeftijd ontdekt. De reden waarom een moeder haar kind mishandelt, is vaak om zelf aandacht te krijgen. Bij een vermoeden van kindermishandeling is het niet aangeraden om dit meteen met de ouders te bespreken. Het confrontatiegesprek met de ouder(s) dient goed te worden voorbereid. Indien men dat niet doet, kan men het kind in gevaar brengen. Wat tevens opvallend is, is dat veel verpleegkundigen en artsen vaak een vermoeden van Münchausen by Proxy toch niet durven melden. Dit wordt verder in de bachelorproef besproken. (Dye, Rondeau, Guido, Mason & O'Brien, 2013; Morrell & Tilley, 2012; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Wat de beste naam is voor deze psychiatrische aandoening, is een moeilijke beslissing. Dit staat uitgewerkt bij onderdeel 1.2 Geschiedenis. Gedurende deze bachelorproef gaan wij Münchausen by Proxy (MBP) gebruiken als beschrijving. (Bass & Glaser, 2014; Morrell & Tilley, 2012; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

1.1.2 Leeftijd bij diagnosestelling

Volgens de guideline (Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007) ligt de gemiddelde leeftijd van het kind bij de ontdekking van Münchausen by Proxy rond de twee jaar. Een andere guideline (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012) geeft dan weer een gemiddelde leeftijd van ongeveer vier jaar. Wat dus beduidend hoger is dan hiervoor. Nog een ander artikel (Morrell & Tilley, 2012) geeft drie jaar als een gemiddelde leeftijd van het kind bij diagnosestelling. Münchausen by Proxy kan echter ook voorkomen bij oudere kinderen. Maar bij deze groep kinderen moeten we eraan denken dat ze zichzelf ook ziek kunnen maken. Belangrijk is dus om bij oudere kinderen goed te kijken of er sprake is van Münchausen of van Münchausen by Proxy. Er zijn grote verschillen merkbaar in de leeftijd wanneer Münchausen by Proxy wordt herkend. (Morrell & Tilley, 2012; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

1.1.3 Samenwerking bij vermoeden van Münchausen by Proxy

Opvallend is het feit dat Münchausen by Proxy moeilijk te herkennen is. De ouders vertellen namelijk hun verhaal heel geloofwaardig. Door MBP krijgen de kinderen mogelijk overbodige medische verzorging en onderzoeken, wat tot schade kan leiden. Belangrijk is dus om Münchausen by Proxy zo snel mogelijk op te sporen. Een multidisciplinaire samenwerking tussen alle medewerkers, zoals artsen geestelijke gezondheidszorg en pediatrie, zorgt ervoor dat de diagnose het snelst kan worden gesteld. Wat ook voorkomt, is dat ouders naar verschillende artsen en ziekenhuizen gaan, wat het moeilijker maakt om Münchausen by Proxy te herkennen. Soms denkt men ook dat het om MBP gaat, maar is er toch sprake van een bepaalde aandoening bij het kind. Dat moet dan ook duidelijk worden meegedeeld aan alle leden van het multidisciplinair team. De herkenning van Münchausen by Proxy staat verder beschreven in onderdeel 1.4 Herkenning van Münchausen by Proxy. (Dye et al., 2013; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

1.1.4 Verschil Münchausen & Münchausen by Proxy

Münchausen by Proxy mag niet verward worden met Münchausen. Het is namelijk niet hetzelfde. Dat wordt duidelijk in onderstaande alinea.

Münchausen by Proxy heeft volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5, uitgekomen in 2013, vier criteria. Bij de DSM IV, de vorige editie, waren deze kenmerken: zorgen voor opzettelijk lichamelijke of psychische symptomen bij een persoon waar men voor zorgt, motivatie van de dader, externe prikkels zijn afwezig en het gedrag van de dader komt niet door een andere mentale stoornis. Bij DSM 5 zijn deze criteria wat veranderd. Dat zie je op onderstaande afbeelding. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013)

<p>Panel 1. Diagnostic and Statistical Manual, fifth edition, criteria for factitious disorder imposed on another, code 300.19⁶ (International Classification of Diseases-10 code F68)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, in another; associated with identified deception 2 The individual presents another individual (victim) to others as ill, impaired, or injured. The perpetrator, not the victim, receives the diagnosis 3 The deceptive behaviour is evident even in the absence of obvious external rewards 4 The behaviour is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder

Figuur 1.1 Criteria Münchausen by Proxy DSM 5 (Bass & Glaser, 2014)

Münchausen daarentegen is een psychiatrische ziekte waarbij een persoon zichzelf ziek maakt en/of pijn doet om aandacht te krijgen. Dit komt het vaakst voor bij vrouwen tussen twintig en veertig jaar. Deze vrouwen zijn vaak ook personen met een medische opleiding, die al dan niet afgerond werd, zoals verpleegkundigen. We merken tevens dat Münchausen een gevolg kan zijn van Münchausen by Proxy. Een kind met Münchausen by Proxy heeft meer kans om later zelf Münchausen Syndroom te ontwikkelen. (Ferrara et al., 2014; Verber, 2010)

1.2 Geschiedenis

Münchausen is voor het eerst beschreven in 1951 door R. Asher. Hij heeft de naam Münchausen bedacht omdat de baron Karl Friedering von Münchausen graag verhalen vertelde over de avonturen die hij had meegemaakt. Münchausen by Proxy daarentegen is in 1977 voor het eerst beschreven door R. Meadow. Daarom werd dit syndroom toen ook het syndroom van Meadow genoemd. Deze woordkeuze wordt nu zo goed als niet meer gebruikt. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Morrell & Tilley, 2012; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

Momenteel wordt gezegd dat het woord Münchausen by Proxy als ongeschikt kan beschouwd worden omdat de focus niet ligt op het kind, maar wel op de psychiatrische stoornis van de verzorger van het kind. Daarom wordt Münchausen by Proxy ook factitious disorder by proxy of paediatric condition falsification genoemd. Volgens de laatste DSM 5 wordt Münchausen by Proxy nu beschreven als 'Factitious Disorder imposed on another'. We kunnen hieruit besluiten dat men er nog niet uit is wat de beste benaming is voor dit syndroom. Er is dus ook geen internationale benaming voor deze stoornis. (Bass & Glaser, 2014; Morrell & Tilley, 2012; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

1.3 Epidemiologie & incidentie

Over de epidemiologie en de incidentie van Münchausen by Proxy is niet zoveel gepubliceerd. Wel wordt er aangegeven dat MBP ondergediagnosticeerd wordt. De prevalentie van Münchausen by Proxy schommelt tussen 0,5 en 2 %. De incidentie is afhankelijk van de criteria die men gebruikt om Münchausen by Proxy te definiëren. Zo kan de incidentie variëren tussen de 0,5/100.000 en de 89/100.000. Hier moeten we wel de opmerking maken dat niet iedereen met MBP wordt gediagnosticeerd. De afbakening van MBP zorgt er ook voor dat er grote verschillen merkbaar zijn tussen de cijfers qua incidentie en prevalentie. (Bass & Glaser, 2014; Bass & Halligan, 2014; Morrell & Tilley, 2012; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

1.4 Herkenning van Münchausen by Proxy

Münchausen by proxy is een relatief zeldzame vorm van kindermishandeling, maar het is desondanks iets waar iedereen die met kinderen werkt op bedacht moet zijn: kinderartsen, huisartsen, leerkrachten en uiteraard pediatriesch verpleegkundigen. Een kind dat het slachtoffer is van MBP komt met grote regelmaat terecht in het ziekenhuis en daar zal het de verpleegkundige zijn die de meeste tijd met het kind en de ouders doorbrengt. (Bass & Glaser, 2014; Squires & Squires, 2010)

Er zijn veel verschillende uitingsmogelijkheden van dit syndroom. Bij de milde vorm kan de moeder (of iemand anders die voor het kind zorgt) symptomen verzinnen of aandikken met de bedoeling de hulpverlener te misleiden of aandacht te krijgen. Een meer ernstige vorm is het vervalsen van het dossier van het kind of knoeien met stalen. In het ergste geval worden symptomen bij het kind geïnduceerd om er zo bewust voor te zorgen dat het kind ziek/gewond wordt. Een moeder kan haar kind laten verhongeren omdat ze gelooft dat haar kind bepaalde voedingsallergieën heeft, of ze kan de zorgverlener doen geloven dat het kind een hematologische aandoening heeft omwille van veel blauwe plekken, terwijl ze die zelf heeft veroorzaakt. Ze kan haar kind verstikken en hem vervolgens laten opnemen voor apneu. Men moet bedacht zijn op de mogelijkheid van MBP indien het kind regelmatig op consultatie komt, in het ziekenhuis

belandt, onverklaarbare symptomen heeft of indien de gedane behandelingen niet het gewenste resultaat opleveren. Een teken waar zorgverleners alert voor moeten zijn is de moeder die symptomen bij het kind opnoemt, maar die alleen voorkomen als zij erbij is en door niemand bevestigd kunnen worden. De hulpverlener kan daarnaast ook geen bewijzen terugvinden, en er komen regelmatig nieuwe symptomen bij. Als uiteindelijk de diagnose waar de moeder op aanstuurt is uitgesloten, blijft deze toch vragen om meer, vaak invasieve, onderzoeken. (Bass & Glaser, 2014; Squires & Squires, 2010; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Het kind wordt in deze situatie gedwongen om mee te werken en om het verhaal van de verzorger te bevestigen. Hij of zij weet ook vaak niet wat er aan de hand is, want als mama zegt dat hij/zij ziek is, zal het wel waar zijn. Vaak hebben deze kinderen ook daadwerkelijk een echte ziekte. Er is dan al een excuus om vaak naar het ziekenhuis te moeten en school te missen. Schade aan het kind wordt dus zowel door onnodige onderzoeken als het missen van school en sociale isolatie veroorzaakt. (Chafetz & Dufrene, 2014; Clarke & Skokauskas, 2010)

Hulpverleners staan vaak voor een raadsel bij de presentatie van een kind dat slachtoffer is van een moeder met MBP. Het is niet duidelijk waar de symptomen vandaan komen en dus is men snel geneigd meer onderzoeken te doen, uit schrik een zeldzame diagnose te missen. Een groot probleem is dat hulpverleners afhankelijk zijn van het verhaal van de ouders. Ze zijn steeds geneigd om daarvan te vertrekken, wat ook logisch is, want de ouder kent zijn kind het beste. Bovendien is het moeilijk om de ouders te verdenken van mishandeling, zeker indien nadien blijkt dat ze toch verkeerd waren. Als de ouder in kwestie dreigt te veranderen van hulpverlener of van ziekenhuis indien er geen verder onderzoek zal plaatsvinden, is het voor de arts moeilijk te weigeren. Er mag niet teveel op de ouder vertrouwd worden, aangezien er dan vele en onnodige onderzoeken en behandelingen zullen worden uitgevoerd. Deze grens is echter zeer dun. De moeder lijkt door haar gedrag een betrokken en bezorgde moeder, wat ervoor zorgt dat hulpverleners niet snel geneigd zijn de oorzaak bij haar te leggen. Een groot alarmteken is wanneer iemand uit de omgeving van het kind, bijvoorbeeld een grootouder of leerkracht, uiting geeft van ongerustheid. In dit geval moet er zeker, liefst discreet, een onderzoek plaatsvinden. (Bass & Glaser, 2014; Clarke & Skokauskas, 2010; Squires & Squires, 2010)

Er bestaat discussie over wie de diagnose moet stellen, een psychiater of kinderarts. Het is een psychiatrische aandoening van de moeder die een grote invloed heeft op het kind, dus beide partijen zijn betrokken. Meestal wordt aangenomen dat de diagnose gesteld moet worden door een kinderarts, bijgestaan door een team van hulpverleners, en dat een psychiatrische evaluatie van de moeder hierbij aangeraden is. De diagnose wordt bemoeilijkt door het medische dossier. De verschillende ziekenhuizen sturen niet standaard informatie door naar elkaar, waardoor de moeder ongemerkt met haar kind naar verschillende instellingen kan gaan. Dit is uiteraard opgesteld i.v.m. de privacy van de patiënt, maar is in het geval van MBP nadelig voor het kind.

Belangrijk is dat van zodra er een vermoeden is van MBP, de hulpverlener alle mogelijke moeite moet doen om informatie te verzamelen ter bevestiging of ontkenning van dit vermoeden. Aangezien het kind veel verschillende hulpverleners te zien krijgt, is het raadzaam om met gezamenlijk te overleggen. Vooral verpleegkundigen kunnen hierbij erg nuttig zijn door hun ervaringen met het kind en de familie mee te delen. Zij hebben echter niet de autoriteit om de diagnose te stellen, dat is namelijk de taak van de arts. Bij twijfel kan videotoezicht een hulp bieden bij de diagnosestelling. Iemand in het team hebben die ervaring heeft met kindermishandeling is een meerwaarde voor een goede

diagnosestelling en om vals positieven uit te sluiten. Een compleet dossier van het kind in handen krijgen is essentieel, aangezien het kind vaak verschillende hulpverleners te zien krijgt waarbij er telkens een nieuw dossier wordt geopend. Samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen is dan ook noodzakelijk (Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; Squires & Squires, 2010).

1.5 Doelgroep en doelstelling bachelorproef

Deze bachelorproef met als thema Münchausen by Proxy richten we in eerste instantie tot verpleegkundigen op een kinderafdeling. We willen met ons werk een methode ontwikkelen waardoor verpleegkundigen en meer specifiek pediatrisch verpleegkundigen het syndroom MBP leren kennen. We willen ervoor zorgen dat deze verpleegkundigen een rol kunnen spelen in het herkennen van de symptomen, in de verdere diagnosestelling, behandeling, verwerking, enzovoort. Daarnaast willen we ook het wettelijk kader bekijken, zodat we weten wat kan en wat niet kan, en hoever we als pediatrisch verpleegkundigen voor 'ons' kind mogen gaan.

Met de methode die we na het onderzoeken van dit onderwerp tot stand gebracht hebben, willen we bereiken dat een geval van het syndroom van MBP zeker niet gemist kan worden en liefst zo vroeg mogelijk herkend wordt. Zo kunnen de kinderen in kwestie behoed worden voor nog ernstiger kwaad. Wij denken dat een verpleegkundige hierin een belangrijke rol zou kunnen spelen aangezien zij nauw betrokken is bij ouder en kind tijdens een ziekenhuisopname. Verpleegkundigen moeten zich bewust worden van wat het syndroom MBP inhoudt en van het kwaad dat hierdoor kan worden aangericht om op die manier erger te voorkomen. Het belang van het kind komt hierbij steeds op de eerste plaats!

1.6 Wettelijk kader rond kindermishandeling

1.6.1 Wetgeving

In Vlaanderen zal de Bijzondere Jeugdzorg tussenkomen wanneer er in een gezin sprake is van een problematische opvoedingssituatie (POS). Hieronder valt ook de mishandeling en het misbruik van kinderen. De Bijzondere Jeugdzorg kan in dergelijke gevallen bijsturen en kan zelfs ingrijpen in de voorrechten van het ouderlijk gezag (verplichte plaatsing, ontzetting uit het ouderlijk gezag ...). Vroeger maakte men hierbij gebruik van de Wet op de kindbescherming van 15 mei 1912, waarbij men toestaat dat ouders uit hun gezag ontzet worden en kinderen dus geplaatst zullen worden wanneer er sprake is van ernstige verwaarlozing of bijvoorbeeld zedenfeiten bij hun kinderen. Vanaf 1965 wordt er niet meer gesproken over kindbescherming maar over jeugdbescherming (Wet op de jeugdbescherming van 8 april 1965). Ook de kinderrechtbank wordt een jeugdrechtbank, voorgezeten door een jeugdrechter. Zij mogen tussenkomen bij delicten door minderjarigen, maar ook wanneer er sprake is van een gevaarsituatie, dit tot de leeftijd van 21 jaar. Hierbij kunnen maatregelen genomen worden ten aanzien van de minderjarigen alsook van de ouders. (Decock et al., 2011; Steenackers, 2012)

Naast deze jeugdrechtbanken bestaat er ook een buitengerechtelijke instantie, het jeugdbeschermingscomité. Zij zijn verantwoordelijk voor hulpverlening ten aanzien van minderjarigen in gevaar en staan in voor algemene preventie. Deze instantie werkt echter nog te vaak in de schaduw van de jeugdrechtbank waardoor er nog erg veel plaatsingen zijn en minder wordt gewerkt aan preventie en opvoedingsbijstand. (Decock et al., 2011)

De wetgeving rond jeugdbescherming wijzigt in de jaren die volgen op de wet van 1965 nog lichtelijk, maar blijft enkel focussen op bescherming van minderjarigen. De nieuwe wetgeving spreekt nu van bijzondere jeugdbijstand in plaats van jeugdbescherming. Men wil hier wijzen op hulp en ondersteuning van minderjarigen. Deze herstructurering dateert van 7 mei 2004. Men werkt hier aan een sector overschrijdende samenwerking. (Decock et al., 2011)

De jeugdrechter kan dus optreden in problematische opvoedingssituaties, wanneer de ouders hun ouderlijke plicht niet voldoende opnemen. Bij een geval van kindermishandeling kan de jeugdrechter de ouders (vader en/of moeder) ontzetten uit het ouderlijk gezag omdat deze de gezondheid en de veiligheid van het kind in gevaar brengen. Deze ouder(s) werd(en) hiervoor al veroordeeld tot een criminele of correctionele straf. (Decock et al., 2011)

Naast de jeugdrechtbank kan ook de strafrechtbank ingezet worden bij een geval van kindermishandeling. Er zijn geen specifieke wetten omtrent kindermishandeling voorzien in het Belgische strafwetboek omdat men zo kan straffen naarmate de ernst van de situatie. Men zal daarom verschillende vormen van mishandeling inpassen in bestaande strafwetten. Deze kunnen zijn: opzettelijk toebrengen van verwondingen of slagen (Sw. art. 398-401); opzettelijk toedienen van schadelijke stoffen (Sw. art. 402-405); het verlaten of in behoeftige toestand achterlaten (Sw. art. 423 & 424) en het opzettelijk onthouden van voedsel of verzorging (Sw. art. 425 & 426); onopzettelijk toebrengen van letsels (Sw. art. 418-422); schuldig verzuim (Sw. art. 422bis); of seksueel misbruik (Sw. art. 375).

In het kader van Münchhausen by Proxy zal er ook steeds een autopsie moeten gebeuren wanneer een baby of jong kind sterft. (Van de Voorde, Decorte, Tytgat & Cuypers, 2010; Steenackers, 2012)

1.6.2 Melding en beroepsgeheim

Het Vlaams ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en het ministerie van Justitie ondertekende op 30 maart 2010 het Protocol Kindermishandeling. Dit moet ervoor zorgen dat er meer samenwerking mogelijk wordt tussen justitie en welzijn en dit aan de hand van verschillende richtlijnen. Uit dit protocol is ook een stappenplan voor kindermishandeling voortgevloeid. Dit bestaat uit vijf stappen: 1) Informatie geven; 2) Advies verstrekken; 3) Melden; 4) Onderzoek en diagnose; 5) Zorgplan en opvolging, vervolging en strafuitvoering. (Ackermans, 2013; Dienst voor strafrechtelijk beleid, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015; Steenackers, 2012)

Hierna werd het protocol van Moed op 17 januari 2011 voorgesteld. Dankzij dit protocol werd een draaiboek voor hulpverleners opgesteld. Volgende voorwaarden voor het melden van kindermishandeling werden opgelegd (Ackermans, 2013):

- Er bestaat een ernstig, dreigend gevaar voor de psychische of fysieke integriteit van de minderjarige of kwetsbare persoon.
- Je bent niet in staat de integriteit van het slachtoffer of mogelijke andere slachtoffers zelf of met behulp van anderen te beschermen.
- Het is niet noodzakelijk dat je het slachtoffer zelf hebt onderzocht of door hem in vertrouwen bent genomen. Je kunt ook een melding doen bij de procureur des Konings wanneer je via een derde of via de dader kennis gekregen van de situatie.
- Je gaat informatie doorgeven met het doel de minderjarige te helpen en niet louter om de dader te straffen! (Ackermans, 2013)

De Belgische Wet zegt in Sw. art. 379 dat 'Eenieder die tot het beroepsgeheim gehouden is en die hierdoor kennis van een misdrijf gepleegd op een minderjarige kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd inzake schuldig hulpverzuim, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, op voorwaarde dat hij het slachtoffer heeft onderzocht of door het slachtoffer in vertrouwen werd genomen, er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokkene en hij deze integriteit zelf of met behulp van anderen niet kan beschermen.' (De Nauw, 2010; Steenackers, 2012).

Deze wet is dus veranderd in 2011 met het Protocol van Moed: men moet tegenwoordig het slachtoffer zelf niet hebben onderzocht, men mag ook melding maken van een feit dat door een derde werd toevertrouwd.

In de praktijk is het zo dat er in België geen sprake is van meldingsplicht. Een arts die zich duidelijk zorgen maakt heeft wel hulpverleningsplicht, hij moet het kind in dit geval beschermen (art. 61 Code van geneeskundig plichtenleer). (Steenackers, 2012)

1.6.3 Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling

Naast de procureur des Konings kan (een vermoeden van) kindermishandeling ook gemeld worden bij het Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling. In elke Vlaamse provincie en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevindt zich een vertrouwenscentrum kindermishandeling (VK). Het VK bestaat uit een multidisciplinair team van een vertrouwensarts, maatschappelijke assistenten en psychologen, die instaan voor hulpverlening binnen een niet-justitieel kader. Dit centrum heeft een aantal specifieke taken zoals het geven van deskundig advies aan de melder, coördinatie en ondersteuning van de bestaande hulpverlening, gerichte diagnostiek van kindermishandeling, het opstarten van hulpverlening en het doorgeven van eigen deskundigheid en ervaring. Je kunt dus bijvoorbeeld als pediatrisch verpleegkundige je ongerustheid hier melden en men helpt je hierin zo goed mogelijk verder. Hier weet men wat te doen en de drempel is waarschijnlijk minder groot dan die van de procureur des Konings. In elke Vlaamse provincie en in het Brussels hoofdstedelijk gewest is een Vertrouwenscentrum Kindermishandeling werkzaam. De financiering gebeurt via Kind en Gezin. (Ackermans, 2013; Steenackers, 2012; Kind & Gezin, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.; E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015))

Dit vertrouwenscentrum zal dan uitmaken of het nodig is om deze verdenking over te maken aan de politie (procureur des Konings) na uitgebreide ondervraging van de getuigen en de verdachten. Er moet een heel traject afgelegd worden, vooraleer een gezinssituatie vanuit het VK bij de jeugdrechtbank terechtkomt, tenzij de situatie levensbedreigend is voor het kind. Het is dus met andere woorden niet altijd zo dat een situatie van kindermishandeling (en dus ook Münchhausen by Proxy) gerechtelijk vervolgd wordt. (E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015); Steenackers, 2012)

1.7 Behandeling

In een geval van Münchhausen by Proxy komt de bescherming van het kind op de eerste plaats. Het kind zal hulp nodig hebben om opnieuw normaal te kunnen functioneren, en de zogenaamde ziekte te kunnen plaatsen. De dader, meestal de moeder van het kind, zal het misbruik moeten erkennen. Ze zal hulp van buitenstaanders moeten ervaren. In sommige gevallen kan het noodzakelijk zijn om het kind te scheiden van de moeder. Hereniging kan later in bepaalde gevallen worden bereikt, maar is eerder zeldzaam. (Bass & Glaser, 2014; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Na de diagnose van Münchausen by Proxy, is het meestal verstandig om het kind in eerste instantie te scheiden van de 'dader'. Het weghalen van het kind kan ook helpen om de diagnose nog extra te ondersteunen, omdat de scheiding zal leiden tot het beëindigen van de symptomen bij het kind.

De andere kinderen die niet weggehaald worden bij de verzorger lopen ook een risico, doordat de verzorger kan overgaan tot mishandeling van één van de andere kinderen. (Dubois, Peremans, Denekens & Van Royen, 2001; van de Putte, Teeuw, Lukkassen & Russel, 2013)

De bescherming van het kind in gevallen van MBP is een gedeelde verantwoordelijkheid van de sociale zorg en de politie. Elk mogelijk bewijs van fysieke handelingen door de moeder vereist een bewaring door de politie.

Een aspect van bezorgdheid tijdens het onderzoek naar Münchausen by Proxy is de mogelijkheid dat de moeder erachter komt dat ze verdacht wordt vooraleer het kind bij haar weggehaald is. De moeder zou ernstige schade kunnen toebrengen aan het kind om te bewijzen dat het kind 'echt' ziek is. (Bass & Glaser, 2014; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Wanneer de diagnose gesteld is, zal de ouder onderzocht worden door een psychiater. Deze zal oordelen over de mentale toestand en persoonlijkheid van de dader, onderliggende redenen proberen te achterhalen, en het vermogen om te veranderen m.b.v. therapie nagaan. Op basis hiervan zal beslist worden of de ouder die de schade toebracht de zorg voor het kind al dan niet mag behouden. Ook andere broers en zussen kunnen gevaar lopen. In de meeste gevallen zullen de kinderen onder hoede van de andere ouder (indien gescheiden), grootouders of ander familielid onder voorwaarden, of in een pleeggezin worden geplaatst. (Bass & Glaser, 2014; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Afhankelijk van de opvoedingscapaciteit van de ouder in relatie met het kind in kwestie en de andere kinderen in het gezin, en daarnaast de reactie van de ouder op de aangeboden therapie zal het kind in sommige gevallen later kunnen terugkeren naar de moeder. In dit geval volgt een intensieve en langdurige behandeling op multidisciplinair vlak. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001)

Het is belangrijk om de hele familie te betrekken in de behandeling. Alle gezinsleden hebben een fout beeld wat betreft ziekte en gezondheid, en dit dient te worden aangepast. De therapeutische behandeling is erop gericht om de veiligheid van het slachtoffer en eventuele andere kinderen binnen het gezin te garanderen. (Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

1.8 Prognose

De prognose is afhankelijk van vele complexe factoren. In het algemeen is er een betere prognose wanneer de verzorger erkent dat de ziekte en symptomen door hem/haar veroorzaakt werden, en wanneer de verzorger bereid is om samen te werken met hulpverleners bij de therapie en behandeling. (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

1.8.1 Prognose voor de 'dader'

Münchausen by Proxy is moeilijk te behandelen en vereist meestal jaren therapie en ondersteuning, doordat mensen met het syndroom vaak terughoudend zijn om het

probleem te erkennen en vaak niet bereid zijn om een psychiatrische behandeling te ondergaan. (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

1.8.2 Prognose voor het kind

De ziekten en verwondingen die toegebracht worden aan het kind kunnen ernstige gevolgen hebben. We zien zowel fysieke, gedrags-, en emotionele gevolgen. Deze kinderen ondergaan meerdere onnodige ziekenhuisopnames, onderzoeken, tot zelfs operaties. Bij kinderen die slachtoffer zijn van Münchausen by Proxy, en hun broers en zussen, zien we een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

In sommige situaties zien we dat een slachtoffer op latere leeftijd zelf het Münchausen syndroom ontwikkelt. (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

1.8.3 Gevolgen voor het kind op langere termijn

Münchausen by Proxy heeft een groot effect op het kind en de toekomst voor de 'dader' en het kind. Bij MBP worden er zowel fysieke, gedrags-, en emotionele gevolgen gemeld door de slachtoffers van dit soort misbruik. De gevolgen voor het kind kunnen worden gegroepeerd binnen drie domeinen, namelijk fysieke, emotionele en gedragsproblemen. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001)

De gevolgen wat betreft de lichamelijke gezondheid kunnen ontstaan doordat het kind herhaaldelijk onderzoeken, procedures en behandelingen heeft ondergaan, mogelijk in combinatie met ziekenhuisopnames, die achteraf gezien onnodig waren. Münchausen by Proxy wordt geassocieerd met ernstige lichamelijke schade, en in sommige gevallen mortaliteit. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001)

Het dagelijks leven en functioneren van het kind wordt verstoord door periodes van afwezigheid op school, waardoor gebrekkig onderwijs; door weinig normale activiteiten zoals sport; door hulpmiddelen zoals een rolstoel en door sociaal isolement. (Bass & Glaser, 2014)

De psychische gezondheid van het kind is verstoord door een onveilige hechting tussen moeder en kind. Dit zou aan de basis kunnen liggen van Münchausen by Proxy. Het herstellen van deze hechting is moeilijk en soms zelfs onmogelijk. Het kind heeft een vertekend beeld van de eigen gezondheid, en kan angstig en bezorgd worden over de eigen gezondheidstoestand en kwetsbaarheid. Het kind kan in de war zijn over de eigen gezondheidstoestand doordat hij/zij zich niet ziek voelt, maar toch herhaaldelijk onderzocht en behandeld werd. Het kind kan hierdoor een somatoforme stoornis ontwikkelen, waarbij er lichamelijke klachten ontstaan waarvoor er geen fysiologische oorzaak gevonden wordt. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Jochems & Joostens, 2009)

1.9 Ethische aspecten rond Münchausen by Proxy

Spreken over Münchausen by Proxy en niet uitwijken over ethiek is onmogelijk. Daarom dit onderdeel over ethische aspecten omtrent MBP. Eerst en vooral is het melden van (een vermoeden van) MBP niet zo eenvoudig. Elke pediatische verpleegkundige kan ooit in zijn/haar leven voor deze beslissing staan. Ouders vinden het niet fijn als verpleegkundigen/artsen denken dat zij hun kind mishandelen. Dat is bijvoorbeeld een reden waarom verpleegkundigen wachten met melden van kindermishandeling. Andere redenen om een vermoeden van Münchausen by Proxy niet te melden zijn: sympathie voor de 'dader' en te weinig tijd om een vermoeden grondig te onderzoeken. Tevens is

geweten dat verschillende culturen andere opvattingen kunnen hebben rond opvoeding. Wat door de ene cultuur gezien kan worden als mishandeling wordt door de andere cultuur als een normaal onderdeel van de opvoeding beschouwd. Dat maakt de drempel tot het melden van kindermishandeling hoger. Toch is het belangrijk om elk vermoeden van MBP te melden. De veiligheid van het kind moet namelijk steeds voorop staan. Dat staat ook beschreven in de rechten van het kind. (Criddle, 2010; Feng, Chen, Fetzer, Feng & Lin, 2012; McCarthy, 2008; Petersen et al., 2014)

Eenmaal er een vermoeden van Münchausen by Proxy is, kan er gebruikt gemaakt worden van videobewaking en het nalezen van blogs. Gebruik maken van camera's is niet zo eenvoudig omdat dit tegen de privacy en de informed consent is. Ook het nalezen van blogs is tegen de privacy van de ouders en de professionaliteit van de hulpverleners. Wel kan dit helpen bij de diagnosestelling van Münchausen by Proxy. Zoals in deze alinea merkbaar is, is het nog steeds een ethisch dilemma om al dan niet blogs te lezen en/of camera's te installeren. (Bauer, 2004; Brown, Gonzalez, Wiester, Kelley & Feldman, 2014; Connelly, 2003; Fisher, 2011)

Als de diagnose gesteld is, kan de vraag gesteld worden of het kind moet weggehaald worden bij zijn/haar ouders of niet. Een kind weghalen bij het gezin is een tragische gebeurtenis en is dus alleen toegelaten als het in het belang van het kind is. Omwille van de veiligheid van het kind kan er besloten worden om het kind uit huis te halen. Het nadeel hiervan is dat het kind deze uithuisplaatsing kan zien als een straf. Ook kan er door deze uithuisplaatsing een probleem ontstaan in de hechting van het kind. Voor een kind is het beter indien hij/zij opgevangen kan worden door familieleden, bijvoorbeeld grootouders. Tevens is er de mogelijkheid om als geweldpleger zelf het huis (tijdelijk) te verlaten. Dat is ook beter voor de ontwikkeling van het kind. Zeker als de andere ouder een vertrouwenspersoon wordt voor hem/haar. Toch blijft de vraag: "Wat is het beste voor dit kind?" een ethisch vraagstuk. (Conn et al., 2013; Dye et al., 2013; Petersen et al., 2014; Wildeman & Emanuel, 2014)

2 VERMOEDEN EN HERKENNING

2.1 Hoe kan een pediatriesch verpleegkundige het syndroom herkennen op de eigen afdeling?

2.1.1 Uitingsmogelijkheden en inductie van symptomen

Het syndroom kan grofweg onderverdeeld worden in drie categorieën. Bij de mildste vorm van Münchausen by Proxy worden symptomen verzonnen of overdreven. Een voorbeeld hiervan is een kind dat soms milde hoofdpijn heeft maar waarbij dit symptoom tegenover een hulpverlener wordt omschreven als 'continue, ernstige hoofdpijn'. Het onthouden van een behandeling van een kind, bijvoorbeeld voorgeschreven medicatie niet toedienen, kan ook een uitingsvorm zijn. De matig ernstige vorm van MBP wordt gekenmerkt door het vervalsen van bewijsmateriaal. Dit kan gaan van knoeien met stalen, bijvoorbeeld bloed toevoegen aan een urinestaal, tot notities maken in het patiëntendossier terwijl men hier de autoriteit niet toe heeft. In het meest ernstige geval worden symptomen bij het slachtoffer geïnduceerd. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

De methoden om symptomen te induceren zijn eindeloos en een creatieve dader kan hier erg ver in gaan. Het kind kan vergiftigd worden door een overdosis van medicatie te geven of schadelijke stoffen zoals insuline toe te dienen. Infecties kunnen veroorzaakt worden door faeces op een wonde aan te brengen, onsteriele handelingen uit te voeren met een (centrale) katheter en op talloze andere manieren. De dader kan een kind laten opnemen in het ziekenhuis omwille van ernstige apneus terwijl het slachtoffer in feite verstikt wordt. Anorexie kan een teken zijn van zeer ernstige aandoeningen zoals kanker, maar kan eenvoudig geïnduceerd worden door het kind te onthouden van een normale voeding. Dit zijn maar enkele mogelijkheden en net omdat het syndroom zich op zoveel verschillende manieren kan uiten is de herkenning en het diagnosticeren ervan zo complex. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

2.1.2 Lichamelijke symptomen

De alarmsignalen van MBP kunnen zeer gevarieerd zijn. De symptomen overlappen deels met die van kindermishandeling, maar niet alle symptomen van MBP zijn van toepassing op die van kindermishandeling en omgekeerd. De tekenen die hier volgen kunnen bij allebei de gevallen gevonden worden. Blauwe plekken zijn een klassiek teken waarop hulpverleners bedacht zijn als ze een vermoeden hebben van mishandeling, bij MBP echter kunnen deze door de moeder verklaard worden als een aandoening waarbij het kind gemakkelijk hematomen ontwikkelt, zoals een stollingsstoornis. Een ALTE (apparent life-threatening event) kan een teken zijn dat het kind verstikt werd. Bij een kind dat een polysomnografisch onderzoek ondergaat kunnen op deze manier de resultaten beïnvloed worden. Vergiftiging is een klassiek teken van MBP, dit kan zowel met medicatie gebeuren als met toxische stoffen, bijvoorbeeld schoonmaakproducten, die het kind toegediend krijgt. Malnutritie kan wijzen op verwaarlozing maar kan eveneens opzettelijk gedaan worden om het kind te verzwakken en op die manier hulpverleners te kunnen misleiden. (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013)

De volgende alarmtekenen zijn enkel van toepassing op MBP en dienen steeds de aandacht te trekken. De gerapporteerde symptomen worden enkel geobserveerd door de ouder die met het kind naar de hulpverlener is gekomen en worden niet rechtstreeks

waargenomen door de hulpverlener zelf. De arts stelt vervolgens een behandeling op, waarop de conditie van het kind niet verbetert. Als één symptoom is verdwenen, duikt er wel een nieuw op. Kenmerkend is dat de toestand van het kind vaak verergert van zodra er van ontslag uit het ziekenhuis gesproken wordt, dit is vaak ook het moment waarop nieuwe symptomen verschijnen. Het kind heeft multiple symptomen die vaag en verwarrend zijn, de medisch logische diagnose lijkt nooit de juiste te zijn en de bijhorende behandeling levert niet het gewenste resultaat op. Er kunnen tegenstrijdigheden zijn tussen wat de hulpverlener hoort van de dader en wat hij zelf waarneemt. Een biologisch onlogische volgorde van gebeurtenissen, symptomen of laboresultaten is eveneens een alarmteken. (Bass & Glaser, 2014; Brink & Thackeray, 2012; Criddle, 2010; Dye et al., 2013; Lazenbatt, 2013; National Collaborating Centre for women's and Children's Health, 2013; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Squires & Squires, 2010)

Vaak voorkomende symptomen zijn bloedingen, stuipen, apneu, bewusteloosheid, diarree, overgeven, koorts, uitslag, allergie, astma, anorexie, voedingsproblemen en pijn. Apneu kan geïnduceerd worden door intoxicatie of verstikking. Intoxicatie kan eveneens leiden tot sufheid, lethargie, insulten, diarree en braken. Bloedingen kunnen geïnduceerd worden met orale anticoagulantia, exogeen bloed (zowel menselijk als dierlijk) kan aangebracht worden in urine, ontlasting en braaksel. Huidafwijkingen kunnen veroorzaakt worden door een intoxicatie met geneesmiddelen of het aanbrengen van bijtende stoffen op de huid. Elektrolytenveranderingen kunnen geïnduceerd worden door het toedienen van excessieve hoeveelheden zout of water via voeding, maagsonde of het infuus. Het kind krijgt vaak de diagnose 'failure to thrive' en is bleek, klein en mager voor zijn/haar leeftijd. Tijdens het klinisch onderzoek kan het kind overkomen als lethargisch. Verder wordt er vaak gebruik gemaakt van hulpmiddelen, bijvoorbeeld een rolstoel, waarvan men de nood ertoe niet zou verwachten van elke medische aandoening die het kind heeft. In extreme gevallen kan MBP al voorkomen tijdens de zwangerschap. Mogelijkheden hierbij zijn antepartum bloedingen, een valse vroegtijdige arbeid en soms wordt zelfs de arbeid opzettelijk prematuur in gang gezet. De kans dat dit bij een eerste kind opgemerkt wordt is zeer klein, de gynaecoloog of vroedvrouw kan er echter wel alert op zijn bij een volgende zwangerschap als de moeder reeds beticht is geweest van MBP. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Michiels, s.a.; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Squires & Squires, 2010)

De waakzaamheid moet steeds verhoogd zijn als het verhaal van verschillende verzorgers van het kind niet overeenstemt of indien een verhaal biologisch onwaarschijnlijk lijkt. Bijvoorbeeld een baby verliest volgens de moeder veel bloed maar uit het bloedresultaat komt geen anemie naar voor. Indien er objectieve bewijzen zijn van het verzinnen en/of vervalsen van symptomen, moet er onmiddellijk actie ondernomen worden. (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

Een handig ezelsbruggetje voor de vroegtijdige herkenning van MBP: IRREGULAR. (Dye et al., 2013)

- I: inconsistent medical history, clinical assessment, and laboratory findings
- R: recurrent/prolonged illness
- R: resistance to treatment
- E: emotional abnormalities
- G: growth and developmental delays
- U: unexplained symptoms
- L: lack of outside relationships
- A: asymptomatic in absence of perpetrator

- R: relapses frequent

2.1.3 Psychosociale symptomen

De psychosociale symptomen zijn beperkter dan de lichamelijke symptomen, maar er dient zeker de nodige aandacht aan geschonken te worden. De symptomen die door de 'dader' aan de hulpverlener worden gemeld (verzonnen of geïnduceerd) zullen veeleer lichamenlijk zijn. De psychosociale kenmerken die een hulpverlener kan waarnemen, zoals teruggetrokkenheid, kunnen echter wel een aanwijzing zijn dat er iets scheelt. Deze symptomen kunnen de manier zijn waarop het kind wil vertellen dat het zich niet goed in zijn/haar vel voelt. Het gedrag van het kind verandert regelmatig en beantwoordt niet aan wat men zou verwachten voor een kind van die leeftijd, het kind heeft vaak last van nachtmerries en stress en is teruggetrokken. De hulpverlener kan opmerken dat het kind niet actief gestimuleerd wordt om sociale contacten aan te gaan. Het kind mag vaak niet voor zichzelf spreken of er wordt gezegd dat hij/zij daar nog niet toe in staat is. De 'dader' wil ook steeds aanwezig zijn als er tegen het kind wordt gepraat. Van de andere richting uit komt het kind vaak erg beschermend over naar de 'dader' toe en zijn duidelijke grenzen in hun onderlinge relatie afwezig. Emotionele 'abnormaliteiten' die vaak aanwezig zijn bij een kind zijn hyperactiviteit, teruggetrokkenheid, immaturiteit, passiviteit, afhankelijkheid, scheidingsangst en onderworpenheid aan medische procedures en beslissingen. (Dye et al., 2013; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013)

2.1.4 Kenmerken van de dader

In veruit de meeste gevallen is de moeder de dader, daarom wordt er in het volgende stuk regelmatig naar de 'dader' gerefereerd als 'ze'. Het is duidelijk dat ook een vader, grootouder of andere verzorgende van het kind de rol van 'dader' op zich kan nemen. Over het algemeen heeft de dader veel medische kennis en vaak is er een link met een medisch beroep. Er wordt graag indruk gemaakt op het medische team door deze kennis te tonen. De dader praat veel met het alle leden van het medische team en wil een relatie ontwikkelen met hen. Meestal is ze heel vriendelijk, maar ze wordt agressief en gaat in de aanval als iemand het niet eens is met haar standpunt. Op dit punt volgen vaak dreigementen om elders 'betere zorg' voor haar kind te zoeken. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Dye et al., 2013; Lazenbatt, 2013)

De dader is ontevreden als een definitieve diagnose gesteld wordt en blijft zoeken naar een tweede en derde mening. Ze blijft vragen achter meer, vaak invasieve, onderzoeken en behandelingen, ondanks dat het kind volgens de hulpverlener goed geholpen is. Ze is niet opgelucht als er normale testresultaten zijn en voorspelt het hervallen van het kind. De dader wil graag dat het kind allerlei onderzoeken ondergaat die andere ouders alleen zouden goedkeuren indien het absoluut noodzakelijk is. Ze moedigt het medische team aan om procedures uit te voeren die pijnlijk zijn voor het kind. De dader blijft kalm ondanks dat het medische team nog geen verklaring heeft gevonden voor de ziekte van haar kind. (Criddle, 2010; Dye et al., 2013; Lazenbatt, 2013; Morrell & Tilley, 2012)

De dader wil het kind niet alleen laten, ze komt over als heel bezorgd en zorgt heel goed voor haar kind. Ze wordt vaak omschreven als 'de perfecte moeder'. De manier waarop de dader als kind zelf gehecht is, heeft veel invloed op hoe ze haar eigen kind gaat behandelen. Als de hulpverlener te weten komt dat de moeder een zeer heftige kindertijd gehad heeft, kan dit een aanwijzing zijn. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Squires & Squires, 2010)

Indien de vader de dader is, heeft deze meestal niet hetzelfde profiel als de vrouwelijke dader. De vader wil geen hechte relatie vormen met het team van hulpverleners. Hij is vaak veeleisend en gaat snel in conflict met de hulpverleners. Hij schept tegenover het team van hulpverleners vaak op over alles wat hij al bereikt heeft en komt minder bezorgd en zorgend over dan de vrouwelijke dader. (Lazenbatt, 2013; Morrell & Tilley, 2012)

Daders van de beide geslachten voelen zich op hun gemak in de ziekenhuissetting. Ze blijven kalm bij een slechte diagnose van hun kind en zijn gelukkig als er extra testen moeten gebeuren. Als het kind bijna bezweken is aan de symptomen zijn ze blij omdat ze hun kind 'gered' hebben door het tijdig te laten onderzoeken. Ze willen aandacht, sympathie, herkenning en admiratie. (Morrell & Tilley, 2012)

Een ezelsbruggetje voor het vroegtijdig herkennen van de dader: PATHOLOGIC. (Dye et al., 2013)

- P: psychiatric history
- A: attention seeking
- T: troubled marriage
- H: history of abuse/neglect
- O: overly involved in medical decisions
- L: lack of trauma resolution
- O: overly familiar relationship with health care providers
- G: gender predisposition towards female
- I: insincere emotional responses
- C: career in health care common

2.1.5 Kenmerken van de partner van de dader

De dader heeft vaak een slecht huwelijk met zijn/haar partner. Sommige ouders komen dichter bij elkaar door een ziek kind, een anders meer afwezige vader kan meer betrokken worden door een ziek kind. De partner, meestal de vader, is vaak afwezig (letterlijk of figuurlijk) en niet nauw betrokken bij het gezin. Hij wordt omschreven als 'minder intelligent' dan zijn partner en heeft een veeleer passieve rol. Sommige partners vermoeden echt niets, anderen geloven dat de moeder echt het beste voor heeft met haar kind. Eerder zeldzaam verdenkt een vader de moeder wel en probeert er verandering in te brengen, maar dit is meestal onsuccesvol. De meeste partners hebben hun twijfels bij het hele verhaal maar grijpen niet in. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Morrell & Tilley, 2012)

2.1.6 Kenmerken van het kind

Hier volgen enkel de kenmerken van het kind op het moment van mishandeling, de gevolgen van MBP worden elders besproken. Veel kinderen hebben een echte medische (psychische of fysieke) aandoening gehad of hebben deze nog op het moment dat ze het slachtoffer worden van MBP. Het kind heeft dan ook een voorgeschiedenis van veel contact met verschillende hulpverleners. Het is vaak van nature al een 'kwetsbaar' kind, bijvoorbeeld door prematuriteit of een ALTE in de anamnese. Het kind heeft een verstoord zelfbeeld, denkt dat het echt ziek is en is vaak angstig en ongerust over zijn eigen gezondheidstoestand. Het kind kan verward zijn omdat het zich niet echt ziek voelt maar toch met grote regelmaat onderzocht wordt. Meestal is het kind jonger dan 6 jaar, maar MBP komt ook nog voor bij veel oudere kinderen. Dan is het slachtoffer vaak (on)bewust mee betrokken in het 'complot' en speelt het daarom het verhaal mee. Zo

hoopt het kind goedkeuring en/of liefde te krijgen van de dader. Het kind 'speelt' de symptomen om zo meer aanvaarding te krijgen. Als het kind een dood broertje of zusje heeft met een gecompliceerde medische geschiedenis is dit een alarmteken. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Dye et al., 2013; Morrell & Tilley, 2012; Squires & Squires, 2010)

2.1.7 Het centraliseren van patiëntgegevens

Het centraliseren van patiëntgegevens zou de detectie van MBP veel eenvoudiger maken. Op die manier wordt duidelijk dat de dader al vaak van arts veranderd is en al diverse ziekenhuizen heeft bezocht met haar kind. Er zijn echter enkele hindernissen om dit te bereiken. De patiëntendossiers van diverse ziekenhuizen worden niet standaard gedeeld en er is vaak enkel een korte samenvatting beschikbaar voor inzage door een andere arts. Verder wordt er vaak gebruik gemaakt van standaard sjablonen die ingevuld moeten worden bij bijvoorbeeld een raadpleging op pediatrie of spoed. Hierbij is er weinig aandacht voor het vermelden van informatie die niet standaard gevraagd wordt. Elektronische dossiers kunnen massief zijn bij een kind dat chronisch ziek is en deze overlopen kost zeer veel tijd, wat er vaak niet is. Ten slotte kunnen bezorgdheden rond privacy voor de patiënt opduiken bij de vraag of een dossier ingekeken mag worden. Meestal is schriftelijke toestemming van de patiënt, of ouder(s) indien het gaat om een minderjarige, nodig om deze informatie te delen. (Lazenbatt, 2013; Morrell & Tilley, 2012; Squires & Squires, 2010)

In België bestaat het eHealth-Platform. Dit is een elektronisch patiëntendossier dat geopend mag worden door verschillende actoren in de gezondheidszorg met als doel de kwaliteit en continuïteit van de gezondheidszorgverstrekking te optimaliseren. Enkel gemachtigde zorgverleners krijgen toegang tot de persoonsgegevens waartoe ze toegang mogen hebben. Toegang is enkel mogelijk als een patiënt hiervoor toestemming (informed consent) heeft gegeven, hij of zij kan eveneens aangeven welke hulpverlener de gegevens mag inkijken en welke niet. Momenteel is het nog steeds noodzakelijk om toestemming te hebben van de ouders om het patiëntendossier in te kijken. Een arts die toch deze gegevens wil inkijken, kan een 'ice-breaking' procedure lanceren. Dit is een officiële aanvraag bij de afdeling Gezondheid van het Sectoraal Comité. Aangezien de arts de officiële diagnose van MBP moet stellen en dit geen bevoegdheid is van de verpleegkundige, kan ook enkel de arts (en de sociale dienst) zo'n aanvraag doen. Voorlopig is dit dus nog een hele procedure, wat vele hulpverleners tegenhoudt om die stap te zetten. Men kan wel concluderen dat het weigeren van het ondertekenen van zo'n consent door de ouders een reden is tot ongerustheid. (eHealth, 2014; Orde van Geneesheren, 2010)

2.2 Wat zijn de moeilijkheden/eventuele problemen om de diagnose te stellen?

2.2.1 Factoren specifiek gelinkt aan de pediatrisch verpleegkundige

2.2.1.1 Factoren die de verpleegkundige kunnen tegenhouden om een melding te doen

Angst is een factor die een grote rol kan spelen bij het al dan niet uiten van een vermoeden. Angst voor de eigen reputatie als hulpverlener en de angst zich te vergissen, kunnen ervoor zorgen dat men geneigd is te zwijgen. Verder kan iemand angst hebben voor de eigen veiligheid, een melding kan namelijk leiden tot woedende ouders. Ook kan mijn angst hebben voor mogelijke juridische gevolgen zoals een rechtszaak. Sowieso is

het maken van de keuze om wel of geen melding te doen psychologisch zwaar. Men moet kunnen leven met de gevolgen van de beslissing het al dan niet te melden. Niemand voelt zich comfortabel bij het melden van een vermoeden zonder 100 % zeker te zijn, anders zou de keuze snel gemaakt zijn, maar die zekerheid is moeilijk te bereiken. Uiteraard spelen ook het karakter, persoonlijke opvattingen en ervaringen van de hulpverlener een rol bij de keuze. Ten slotte kan het besef dat men als hulpverlener misleid is geweest en deels medeplichtig is aan de mishandeling psychologisch zwaar wegen. (Bass & Glaser, 2014; Francis et al., 2012; E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015); Lynne, Gifford, Evans & Rosch, 2015; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013; Squires & Squires, 2010; Terry, 2008)

Als de hulpverlener een melding doet, wordt de vertrouwensband met de ouders beschadigd. De verpleegkundige kan er moeite mee hebben om deze band in het gedrang te brengen en ze kan zodanig twijfelen dat ze haar eigen vaardigheden om de ouder-kind relatie te interpreteren in vraag gaat stellen. De context speelt ook een belangrijke rol. Men wordt getraind in het holistisch werken: dit houdt in dat men niet alleen naar het kind moet kijken, maar ook naar de hele context zoals ouders, brussen en dergelijke. Volgens de holistische werkwijze moeten al deze factoren mee in beschouwing worden genomen en zou het dus niet correct zijn om enkel op het kind te focussen. Het is bovendien niet altijd even simpel om de omgeving van het kind uit de beslissing te laten, zeker als de verpleegkundige om de één of andere reden sympathie kan opbrengen voor de handelingen van de dader. Door veel tijd door te brengen met de familie kan de empathie van de verpleegkundige wel eens sympathie voor de situatie met zich meebrengen. Ten slotte kunnen ethische bezwaren een belangrijke rol spelen in de beslissing. Voor sommige methoden, zoals video-onderzoek, is het noodzakelijk om de ouders te misleiden. Dit kan een hulpverlener ervan tegenhouden om zo'n onderzoek te willen starten. (Bass & Glaser, 2014; Francis et al., 2012; E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015); National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013; Squires & Squires, 2010; Terry, 2008)

De verpleegkundige heeft vaak een gebrek aan kennis omtrent herkenning, procedures van de instelling waar men werkt, wetgeving, etc. Ook een gebrek aan kennis over en vertrouwen in het systeem van crisisopvang en pleegzorg kan iemand tegenhouden een melding te doen. Er is vaak weinig vertrouwen in het systeem waar het kind en de familie in terecht komen na een melding: Welke toekomst hebben de ouders, en wat gebeurt er met het kind? De instanties die het overnemen van het ziekenhuis na het krijgen van een melding, houden bovendien degenen die de melding hebben gedaan niet op de hoogte. Zo horen de hulpverleners niets meer van hoe het verder is gegaan met het kind, waardoor ze minder geneigd zijn om snel terug een melding te doen. (Herendeen et al., 2014; Lynne et al., 2015)

Ten slotte zijn er nog verpleegkundigen die de verantwoordelijkheid liever op de arts afschuiven. Ze vinden dat die de taak heeft om kindermishandeling op te sporen en te melden. Soms weet een hulpverlener gewoon niet dat ze ook zelf actie kan ondernemen. Een verpleegkundige kan ook naar het andere uiterste neigen en zelf met de familie willen werken om het probleem op te lossen. Ze wil er geen hulp bij roepen van instanties met meer ervaring zoals een Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. (Francis et al., 2012; Herendeen et al., 2014; Lynne et al., 2015)

2.2.1.2 Factoren van de verpleegkundige die de diagnose bemoeilijken

Zoals reeds vermeld bij de herkenning van MBP, doen de ouders op een pediatrische afdeling zeer veel zelf. Dit bemoeilijkt het stellen van een diagnose, aangezien er met

bijvoorbeeld urinestalen kan geknoeid worden. Deze belemmering kan worden opgeheven als de verpleegkundige zelf het grootste deel van de verzorging van het kind op zich neemt. (Bass & Glaser, 2014; Kind in Nood Kempen (persoonlijk gesprek, 15 maart 2015); National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013; Squires & Squires, 2010; Terry, 2008)

In de meeste ziekenhuizen staat in een procedure dat indien een verpleegkundige een vermoeden heeft, deze hiermee naar de kinderarts moet stappen. Een verpleegkundige heeft niet altijd beschikking over het volledige medische dossier en kan al zeker geen dossiers opvragen bij andere ziekenhuizen. De arts heeft dus beschikking over meer gegevens en de verpleegkundige is deels afhankelijk van hem. Ten slotte is er vaak onduidelijkheid rond wie er nu melding moet doen van een vermoeden, de kennis hierover is beperkt. (Bass & Glaser, 2014; E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015); National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013; Squires & Squires, 2010; Terry, 2008)

2.2.1.3 Conclusie en aanbevelingen

Er zijn duidelijk diverse redenen waarom een pediatrisch verpleegkundige geen melding zou doen als ze een vermoeden heeft van MBP. Sommige bezwaren zouden kunnen opgeheven worden. Bijvoorbeeld de angst voor een rechtszaak zou kunnen getemperd worden als het ziekenhuis ondersteuning biedt aan zijn werknemers in zo'n situatie. Echter niet alle bezwaren kunnen weerlegd worden, hiervoor bestaat dan ook geen pasklaar antwoord. In onze groepsvisie is het duidelijk dat de veiligheid van het kind steeds voorop moet staan en dat er met andere woorden wél actie moet ondernomen worden als een hulpverlener een vermoeden heeft. De mogelijkheden die de verpleegkundige heeft, worden besproken onder punt 2.3.

Enkele aanbevelingen kunnen gehaald worden uit de factoren die een verpleegkundige kan tegenhouden om een melding te doen. Gebruik maken van een instrument voor screening van MBP of kindermishandeling in het algemeen zou het gemakkelijker maken om dit te herkennen. De kennis omtrent MBP moet vergroot worden, waardoor de hulpverlener meer zelfvertrouwen zal krijgen. Men zal meer geneigd zijn om een melding te doen als men het gevoel heeft professioneel competent te zijn en te weten waarover men spreekt. De kennis over het systeem waar het kind en de familie in terecht zullen komen na een melding moet vergroten, zodat het vertrouwen hierin kan toenemen. Als dit systeem diegene die de melding heeft gedaan nadien op de hoogte houdt, versterkt dit opnieuw het vertrouwen en vergroot de kans dat men in de toekomst opnieuw een melding zal doen. De hulpverlener moet steun ondervinden bij het doen van de melding. Als men een team van collega's achter zich heeft staan, zorgt dit voor meer zelfzekerheid dan wanneer men alleen staat. Men moet serieus genomen worden bij het doen van een melding, anders is het zeer ontmoedigend om dit in de toekomst nogmaals te doen. Men moet dus weten dat er gevolg wordt gegeven aan de geleverde inspanning. Tenslotte moet er gefocust worden op het uiteindelijke doel, namelijk het beschermen van het kind. De hulpverlener moet zichzelf kunnen zien als de eerste stap tot een beter leven voor het kind. (Francis et al., 2012; Herendeen et al., 2014; Lynne et al., 2015)

2.2.2 Factoren gelinkt aan de dader

De continue aanwezigheid van de dader bij het kind creëert een barrière om met het kind te praten. Het kind kan niet openlijk praten en/of vragen stellen die anders wel wantrouwen zouden oproepen bij de hulpverleners. Dit brengt moeilijkheden met zich mee naar het stellen van de diagnose toe. (Terry, 2004)

2.2.3 Factoren gelinkt aan de kinderarts

Diverse redenen die reeds besproken zijn bij 2.2.1 zijn eveneens van toepassing op de kinderarts. De factoren die hier aan bod komen, horen specifiek bij de arts. Een kinderarts is het gewend om steeds te werken met het verhaal van de ouders en hier op te vertrouwen voor het stellen van een diagnose. Het kind kan het vaak zelf niet vertellen, dus de ouders zijn de enige getuigen van sommige symptomen, bijvoorbeeld apneu, die de arts niet steeds rechtstreeks kan waarnemen. De arts is dus afhankelijk van de ouders, wat bij MBP vaak resulteert in dramatische gevolgen zoals onnodige onderzoeken en behandelingen. Zoals reeds eerder vermeld, worden hulpverleners niet getraind om het verhaal van de familie in twijfel te trekken en het is dan ook oncomfortabel om een ouder niet te geloven en hem/haar te verdenken van MBP. De logische reactie van elke arts is verder blijven zoeken achter een medische verklaring voor de ziekte van het kind. De arts kan angst hebben om een zeldzame diagnose te missen of kan het kind gaan zien als een medische uitdaging. Hij/zij zal niet snel toegeven en tegen de ouders zeggen 'ik weet het niet' en blijft dus verder zoeken naar een medische verklaring. (Bass & Glaser, 2014; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013)

Bij een vermoeden van MBP moet de arts actie ondernemen en dossiers opvragen bij diverse zorginstellingen om een overzicht te krijgen van de voorgeschiedenis van het kind. Het doornemen van dit dossier is zeer tijdrovend en tijd is nu eenmaal iets dat een arts altijd tekort heeft. Verder is er steeds meer specialisatie in de gezondheidszorg. Het kind ziet diverse artsen met verschillende specialisaties, zodat geen enkele arts nog een overzicht heeft van de totaalzorg die het kind al gekregen heeft. Dit maakt dat het kind door veel diverse hulpverleners kan gezien zijn zonder dat het iemand opvalt dat het patroon onrustwekkend is. Dit probleem kan verholpen worden met een elektronisch dossier, reeds besproken in 2.1.7, maar ook daar zijn nog barrières die overwonnen moeten worden. (Bass & Glaser, 2014)

Angst om de eigen reputatie en integriteit, het willen vermijden van klachten en rechtszaken, en onzekerheid over het juiste moment om een vermoeden te uiten zijn factoren die een hulpverlener zeker kunnen tegenhouden om een melding te doen. Door die onzekerheid wordt er vaak veel te lang geluisterd naar de vraag van de dader om extra onderzoeken te doen. Geen enkele arts wil zijn/haar professionaliteit in twijfel getrokken hebben en dus wordt er vaak geen melding gedaan indien men niet volledig zeker is. (Bass & Glaser, 2014; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2013; Terry, 2004)

De algemene richtlijn die een arts kan hanteren is: 'Doe ik dit omdat ik vind dat het nodig is of omdat de familie wil dat ik dit doe?'. Door zichzelf dit af te vragen kan vaak al geprobeerd worden om extra schade aan het kind te voorkomen. (Squires & Squires, 2010)

2.2.4 Factoren gelinkt aan de omgeving

Iedereen die voor het kind zorgt, kan in principe een melding doen van een vermoeden. Dit kan bijvoorbeeld een leerkracht zijn, een leider uit de jeugdbeweging, een hulpverlener of een familielid. Zeker bij familie is dit zeer gecompliceerd. Een verontruste grootmoeder kan afzien van het doen van een melding uit angst dat ze nadien haar kleinkind niet meer te zien zal krijgen. Een leerkracht kan schrik hebben voor zijn/haar reputatie. Ook deze bezwaren zouden minder zwaar moeten doorwegen dan de veiligheid

van het kind, maar dit wordt in praktijk niet steeds toegepast. (E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015))

3 DIAGNOSESTELLING ROND MÜNCHAUSEN BY PROXY

Het stellen van een diagnose Münchausen by Proxy is niet eenvoudig. Alertheid van het medisch en paramedisch personeel en de durf om dit fenomeen te onderkennen zijn van groot belang. De dader komt in het ziekenhuis en spreekt over verschillende bizarre symptomen waardoor artsen met de handen in het haar zitten. Het is zo dat deze 'symptomen' verdwijnen op het moment dat dader en kind van elkaar gescheiden worden. Wanneer er dus een vermoeden is van MBP, maar de dader dit ontkent, moet er beslist worden hoe men dit vermoeden gaat bevestigen of ontkennen. Wat kunnen we doen opdat de veiligheid van het kind gewaarborgd wordt? Wanneer we de dader laten begaan om hem of haar zo op heterdaad te kunnen betrappen, is het kind uiteraard nog niet veilig. Maar hoe kunnen we er dan voor zorgen dat de dader gepakt wordt? Dit is duidelijk een groot vraagstuk, ook ethisch gezien. (Brink & Flackeray, 2012; Van de Voorde et al., 2010)

3.1 Diagnosestelling

Bij een vermoeden van MBP in het ziekenhuis wordt meestal de raad van de behandelende arts gevraagd nadat bijvoorbeeld verpleegkundigen of andere gezondheidsmedewerkers met deze vaststelling komen. Deze arts kan op zijn beurt weer advies vragen bij een arts gespecialiseerd in kindermishandeling, aangezien de diagnose zo moeilijk te stellen is. Deze tweede arts is ook minder betrokken bij het gezin in kwestie, waardoor deze meer objectief kan oordelen. De arts kan zichzelf drie vragen stellen:

- 1) Zijn de geschiedenis en de symptomen van het kind geloofwaardig?
- 2) Krijgt het kind onnodige en schadelijke of mogelijk schadelijke medische zorgen?
- 3) Zo ja, wie lokt de behandeling uit?

Indien uit de antwoorden hierop blijkt dat er toch iets mis is in deze situatie, gaat men dit verder onderzoeken. Men gaat zich in de eerste plaats verder verdiepen in het medisch dossier. Wanneer echter in verschillende medische settings hulp werd gezocht, zal dit volledige dossier niet gemakkelijk te vinden zijn. Belangrijk is dat men bij het opmaken van de medische dossiers zo gedetailleerd mogelijk beschrijft wat er gebeurt of gebeurd is. Dit is een taak voor de verpleegkundige! Zij moeten bijvoorbeeld in een periode van apneu beschrijven of zij aanwezig waren op het moment van een apneu of dat een ouder vertelde dat er zich een apneu heeft voorgedaan. Wanneer dit telkens opnieuw nadien verteld werd, kan dit een alarmbel doen rinkelen bij verdiepen in het dossier. Daarnaast worden ook de medische dossiers van eventuele brussen bekeken. Eventuele politiedossiers, getuigenissen vanuit de school van het kind en andere settings buiten het ziekenhuis moeten verzameld worden. (Dye et al., 2013; Flaherty & MacMillan, 2013)

Wanneer het vermoeden na het doorzoeken van de medische dossiers enkel nog versterkt wordt, is het raadzaam voor de arts om naar een professionele instantie zoals het Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling te stappen met dit vermoeden. Zij weten wat te doen en zullen het onderzoek verder overnemen. (E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015))

3.2 Verzamelen van bewijsmateriaal

3.2.1 Nauwkeurige observatie en scheiding

Om na een vermoeden te komen tot een effectieve diagnose van Münchausen by Proxy, staan er in de literatuur verschillende mogelijke methoden beschreven. Er bestaan drie mogelijkheden die regelmatig terugkomen in de literatuur. Een ouder die in het ziekenhuis verdacht wordt van MBP, kan tijdelijk een bezoekersverbod opgelegd krijgen. Dit is echter afhankelijk van de ernst van de verdenking en de feiten. Het kind in kwestie wordt ook nauwkeurig in de gaten gehouden. Ook dit verschilt van het bestaande risico, alsook van de dienst waar het kind opgenomen werd. Zo zal de observatie maximaal zijn door de gezondheidstoestand van het kind. Wanneer er echter een vermoeden van mishandeling bestaat op een pediatrie afdeling en de vermoedelijke dader nog bij het kind verblijft, zal de observatie ook worden opgedreven. Deze beslissingen zijn dus afhankelijk van de feiten en zullen door de arts worden bepaald. (Postlethwaite, 2010; Dye, 2013; Fisher, 2011)

3.2.2 Toxicologisch onderzoek

Een tweede optie is dat wanneer er een vermoeden bestaat van MBP met gebruik van bijvoorbeeld medicatie om een ziektebeeld of symptoom te veinzen, er een toxicologisch onderzoek wordt uitgevoerd om bewijzen te kunnen leveren. Belangrijk hierbij is dat ook de medische dossiers van andere gezinsleden gekend zijn, zodat men weet welke middelen binnen handbereik liggen voor de dader. (Postlethwaite, 2010; Brink & Thackeray, 2012)

3.2.3 Verborgene camera

Het derde voorstel is het plaatsen van verborgene camera in de ziekenhuiskamer van het kind. Dit is echter een optie die goed moet worden overwogen, aangezien hieraan ook ethische vragen verbonden zijn. De vraag of dit ethisch wel verantwoord is, moet men goed in het achterhoofd houden. Deze optie kan enkel overwogen worden wanneer er echt geen andere mogelijkheid is om te komen tot bewijzen, maar het vermoeden toch erg groot is. Men drukt erop dat het belangrijk is het kind niet onnodig aan dreigend gevaar bloot te stellen. Toch is er af en toe geen andere mogelijkheid om bewijzen te verzamelen en moet men dit risico toch nemen. Dit is het geval bij het plaatsen van verborgene camera's in de ziekenhuiskamer van het kind. Doch zal men dit altijd erg gecontroleerd en zo veilig mogelijk toepassen, met kennis van zaken. (Postlethwaite, 2010)

Het plaatsen van een verborgene camera komt nog verschillende malen voor in de literatuur omtrent MBP. Het artikel van Flaherty & MacMillan (2013) bijvoorbeeld overweegt deze mogelijkheid. Men stelt voor om in de ziekenhuiskamer een verborgene camera te plaatsen zodat men het gedrag en de interactie van ouder en kind goed kan bestuderen. Het grootste vraagteken hierbij is uiteraard of men iemands privacy zodanig mag schenden. Ook bij Connely et al. (2003) ligt het subject privacy zeer gevoelig. Het is wel zo dat men in het ziekenhuis sowieso niet veel privacy heeft, maar het plaatsen van een camera is toch nog een ander niveau. Daarnaast is een camerabeeld misschien niet altijd even goed te interpreteren. Hiervoor is een goede training van het personeel nodig, zodanig dat niemand valselijk beschuldigd wordt. Verder hangt hieraan ook een serieus kostenplaatje. Een tweede vraagteken wordt geplaatst bij de veiligheid van het kind. Wordt deze net wel of net niet gewaarborgd door het plaatsen van een camera? Sommigen verwachten dat de ouders zullen stoppen wanneer ze weet hebben van een

camera, anderen oordelen dan weer dat men bij het plaatsen van een camera eigenlijk wacht op een volgende zet van de dader om die op heterdaad te kunnen betrappen. Dit zorgt er natuurlijk voor dat het kind niet veilig is als de ouder wel kan blijven verder doen. (Flaherty & MacMillan, 2013; Connely, 2003)

Bauer et al. (2004) stellen ook dat de ouder bij thuiskomst opnieuw zal toeslaan wanneer dit in het ziekenhuis niet kon door camerabewaking, zij zijn dus contra gemelde camerabewaking. In hun artikel komt duidelijk naar voor dat zij de veiligheid van het kind steeds willen garanderen. Dit argument contra videobewaking geeft ook Fisher (2011) aan in zijn artikel. Hij stelt hierbij ook dat we niet te veel gefocust mogen zijn op het pakken van de dader, maar we in de eerste plaats denken aan het waarborgen van de veiligheid van het kind in kwestie. Daarom is het volgens hem beter om het kind meteen van de vermoedelijke dader weg te nemen dan camera's te plaatsen.

Camerabeelden geven volgens hem dan ook maar weinig bewijs en het principe is erg gevaarlijk. Daarnaast is er ook het feit dat de vermoedelijke dader zijn vertrouwen in het ziekenhuis en artsen wel eens zou kunnen verliezen wanneer deze ontdekt dat hij of zij lange tijd gefilmd werd. Wanneer de diagnose van MBP dan echt gesteld kan worden, is de dader misschien niet meer bereid om de voorgestelde hulpverlening te geloven en op te volgen. Anderzijds is de ouder-arts relatie al voor het plaatsen van de camera's een ongezonde relatie. Het lijkt namelijk dat arts en ouder beiden antwoorden zoeken bij de symptomen van het kind, maar eigenlijk houdt de ouder opzettelijk informatie achter voor de arts zodanig dat deze geen antwoord zal vinden. De ouder staat centraal, niet het kind. In dit opzicht kan de relatie niet erger worden, de ouder heeft geen verantwoordelijkheidsgevoel en denkt enkel aan zichzelf. Waarom zouden we dan geen camera's plaatsen zodanig dat het kind hier vanaf geraakt? Het zou ook kunnen dat de ouder na ontdekken van de camerabewaking, beseft dat hij of zij hulp nodig heeft en zichzelf aangeeft. Daarom zou het ook niet slecht zijn om te kiezen voor camerabewaking en dit ook meteen te melden aan de ouders. (Bauer, 2004; Connely, 2003; Fisher, 2011; Brown, et al., 2014)

Tijdens het interview met Kind in Nood hebben we getoetst of het plaatsen van camera's in realiteit ook al werd gebruikt. Zij hadden echter nog geen situatie gezien waarin dit het geval was. Zij zelf zullen deze mogelijkheid niet voorstellen, het zou wel kunnen dat het parket dit voorstelt. We moeten ons echter bewust zijn van de mogelijk kwalijke gevolgen voor het kind. De veiligheid kan danig in het gedrang komen en we schenden de privacy van het gezin. Toch zaken om bij stil te staan. (E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015))

3.2.4 Scheiding ouder en kind

Zou het niet beter zijn om in de plaats van het gebruiken van camera's, een scheiding van ouder en kind voor te stellen? De vermoedelijke dader wordt dan een contactverbod opgelegd, enkel indien er een onafhankelijke derde aanwezig is, mag de ouder zijn kind bezoeken. Zo ziet men ook meteen of de symptomen stoppen en dus een vermoeden bevestigd wordt, of de symptomen blijven en het vermoeden dus ontkracht wordt. Of dit alles ethisch aanvaardbaar is, blijft natuurlijk een vraagteken. Kunnen we zomaar ouder en kind van elkaar scheiden? Een kind begrijpt niet wat er gebeurt en een gezin wordt op zijn kop gezet. Natuurlijk primeert de veiligheid van een kind boven alles, dus wanneer de veiligheid niet kan worden gewaarborgd bij de eigen ouder(s), is een scheiding waarschijnlijk de beste optie. Maar wat als dit vermoeden dan toch foutief blijkt te zijn? Het kind zal misschien zijn moeder of vader nooit opnieuw durven vertrouwen. In het artikel van Dye et al. (2013) acht men het dan ook zeer belangrijk dat familie snel terug

herenigd moet worden vanaf het moment dat veiligheid en monitoring verzekerd zijn, zodat de banden niet geschaad kunnen worden.

3.2.5 Blogs

Er is nog een andere methode waardoor we een diagnose zouden kunnen stellen. Het lezen van internet blogs bij een vermoeden van MBP zou een meerwaarde kunnen zijn. De dader blogt namelijk graag en hierin komen enkele opvallende zaken terug. Zo gaat de dader altijd de nadruk leggen op de ernst van de situatie en vaak al spreken over de nakende dood van het kind. Vaak heeft ze ook al palliatieve zorginstellingen en instanties zoals Make a Wish gecontacteerd. De dader doet alles om medelijden te verkrijgen en de situatie zo erg mogelijk te laten uitschijnen. Daarom vraagt de dader ook vaak om donaties voor zijn of haar kind. Is het ethisch gezien in orde om als arts op zoek te gaan naar deze blogs en hieruit een conclusie te trekken? Uiteraard wordt de privacy geschonden, de ouder weet ook niet dat de arts meeleest. Anderzijds kan er wel waardevolle informatie te vinden zijn, waardoor we dan weer de veiligheid van het kind kunnen verzekeren omdat een diagnose dan niet veraf is. Is het wel professioneel om op deze manier tot een diagnose te komen? Wanneer er een sterk vermoeden is van MBP kan de arts deze methode wel gebruiken als extra bewijsmateriaal, maar het mag geen gewoonte worden om telkens alle blogs te gaan opzoeken, dit zou wel onprofessioneel worden. Ook zouden bloggers, wanneer zij dit te weten komen, niet meer zo over hun gevoelens durven bloggen. Zij zouden veel terughoudender zijn terwijl bloggen niet verboden is. (Brown et al., 2014)

Ethisch gezien is het stellen van een diagnose door middel van camerabewaking, lezen van blogs of scheiding van ouder en kind dus niet eenvoudig. Aan elk argument pro of contra hangt wel een 'maar' vast. Het is en blijft dus erg moeilijk om de diagnose Münchhausen by Proxy vast te stellen, voornamelijk omdat het ethisch nooit volledig in orde kan zijn. In de eerste plaats is het van belang het medisch dossier grondig te bestuderen en een instantie als Kind in Nood te raadplegen. Als de vermoedelijke dader toch niet bekend maar het vermoeden blijft, kunnen we nadenken over zaken als videobewaking, scheiding van ouder en kind, enzovoort. Maar in de eerste plaats passen we uiteraard best de minst ingrijpende maatregelen toe. (E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015))

3.3 Spoedgevallen

De dader komt met zijn of haar kind vaak eerst terecht op een spoedgevallendienst. De verpleegkundigen en artsen die hier werken zijn dus vaak de eerste die geconfronteerd worden met de verhalen van de dader. Zij moeten dus erg alert zijn en bedacht zijn op de verschillende verdachte signalen. Uiteraard is het erg moeilijk om dit in eerste instantie nog maar te gaan vermoeden, aangezien we altijd willen uitgaan van de beste bedoelingen van ouders. Wanneer deze dan erg ongerust met hun jong kind aankomen op spoed, vallen signalen waarschijnlijk zelfs niet op. Daarom hebben Brink en Thackeray (2012) in hun artikel omtrent MBP verschillende aandachtspunten opgesomd waarbij er bij verpleegkundigen en artsen op de dienst spoedgevallen een belletje zou moeten gaan rinkelen. Ook Teeuw et al. (2011) hebben een aantal zaken waar men aandacht voor moet hebben op spoedgevallen om eventuele mishandeling op te sporen. Op deze dienst kan het vermoeden ontstaan van MBP waarna verder onderzoek kan worden opgestart. Zij zijn dus belangrijke getuigen die absoluut alert moeten zijn!

Volgens Brink & Thackeray (2012) zijn er vier grote groepen van presentaties waarbij men Münchhausen by Proxy kan overwegen.

1) Vele en/of vreemde diagnoses

De ouder komt op de dienst spoedgevallen met verschillende verschijnselen en diagnoses die ooit gesteld werden in andere instellingen. Deze diagnoses leiden meestal tot aandoeningen die meestal niet of zeer weinig voorkomen bij kinderen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een kind zich toont met anemie, anurie, galstenen, bepaalde bloedingen, enzovoort. Dit vraagt voor verder onderzoek met het doorzoeken van de ziektegeschiedenis bovenaan de lijst, aangezien vaak al verschillende ziekenhuizen en artsen werden geraadpleegd.

2) Geen overeenkomst tussen wat er verteld wordt en wat men werkelijk ziet

De verhalen die de dader vertelt zorgen voor verwarring omdat de arts dit niet bevestigd ziet na lichamelijk onderzoek van het kind. De dader raakt hierdoor gefrustreerd en kan zich zelfs boos maken, om toch geloofwaardig over te komen. Een voorbeeld hiervan is een moeder die zich zorgen maakt over verschillende epileptische aanvallen, meerdere malen per dag, bij haar kind van elf maanden. Het kind kan dus zelf nog niet getuigen en er wordt een EEG scan gemaakt. Hier vindt men geen abnormale activiteit in de hersenen dus de arts vindt dat hij een gezond kind voor zich heeft. De moeder blijft beweren dat het kind nood heeft aan medicatie voor de epilepsieaanvallen ...

3) Terugkerende, ernstige symptomen die plots opkomen

In dit geval zal de dader zelf producten, bijvoorbeeld medicatie, zout of huishoudproducten, toedienen aan het kind om zo bepaalde ziektebeelden te creëren. In tegenstelling tot de vorige groep ziet de arts dit keer wel bewijzen van wat de moeder vertelt. De symptomen komen echter erg plots, waarbij het kind van gewoon gezond naar plots heel erg ziek gaat in enkele uren tijd. Het kind keert ook telkens opnieuw terug naar het ziekenhuis met dezelfde symptomen waarvoor het eigenlijk vorige keer goed behandeld was. Zo kan het bijvoorbeeld dat een kind binnen komt met extreem lage suikerwaarden. Een kind dat wordt opgenomen met erg trillende ledematen, waarna een glycemie van 35 mg/dl wordt vastgesteld. Het kind krijgt een dosis glucose en de glycemie normaliseert waarna het kind mag vertrekken. Enkele dagen later komt het kind opnieuw binnen met net dezelfde symptomen en een nog lagere suikerwaarde. Nu vindt de arts dit al minder vanzelfsprekend en gaat hij verder op onderzoek. Hij komt te weten dat de moeder lijdt aan diabetes type 1 en wil daarom het insulinegehalte gaan bepalen. Dit is extreem hoog en het blijkt uit de resultaten dat het van buitenaf werd toegediend. Oorzaak achterhaald dus ...

4) Afwijkende laboresultaten die niet genegeerd mogen worden

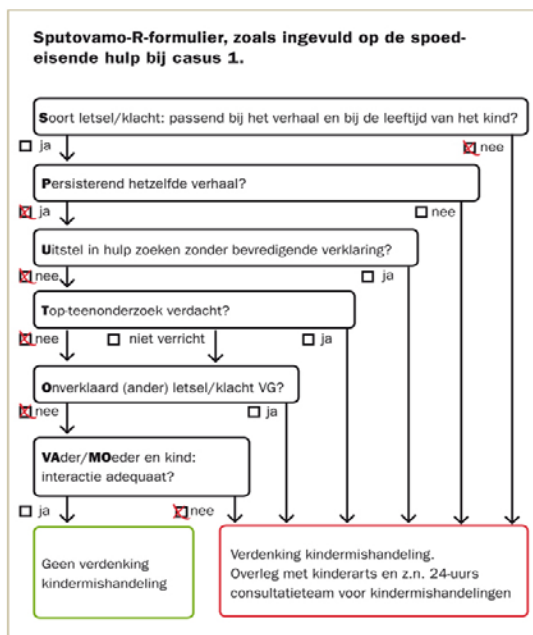
De laatste groep is die waarbij men absoluut geen indicatie vindt die de oorzaak kan zijn van een probleem bij een kind. Men doet verschillende testen en vindt geen reden voor de symptomen. Opnieuw een voorbeeld: een moeder komt binnen met haar kind dat na de geboorte erg veel gewicht verliest. Telkens stabiliseert dit opnieuw na een opname van enkele dagen, maar later wordt het kind toch weer binnengebracht met hetzelfde probleem. Men doet opnieuw verschillende testen: levertesten, zweettest, echocardiogram, elektrolyten, enzovoort. Op het eerste zicht ziet men geen afwijkende resultaten, dus geen reden voor gewichtsverlies. Wanneer een verpleegkundige de moeder van het kind 'betrap' bij de ijskast met de flesvoedingen, begint men te denken aan kwaadopzet. Men ontdekt dat zij de pap telkens opnieuw verdunt, zodanig dat het kind erg weinig calorieën binnenkrijgt. Nadien bekijkt de arts opnieuw de resultaten van het urinestaal, waar nu wel opvalt dat er een erg lage sedimentatiegraad is in de urine van het kind. Dit leek eerst onbelangrijk te zijn, maar wanneer men dit eerder gezien zou

hebben, wist men meteen dat er iets aan de hand moest zijn met de voeding. Elke waarde is dus belangrijk, zeker wanneer er maar erg moeilijk tot een diagnose kan worden gekomen!

Het artikel van Teeuw et al. (2011) raadpleegt een screeningsmethode die bestaat uit zes categorieën. Deze methode werd opgesteld om kindermishandeling in het algemeen op te sporen, maar kan zeker ook toegepast worden om MBP te herkennen.

1) De SPUTOVAMO checklist

Deze lijst is te zien op onderstaande afbeelding. Er worden een aantal zaken opgesomd waar men dan met 'ja' of 'nee' op moet antwoorden. Dit maakt dat men verplicht is stil te staan bij wat men anders over het hoofd zou kunnen zien. Het SPUTOVAMO-formulier hieronder toont een voorbeeld.



Figuur 3.1 SPUTOVAMO-formulier (Medisch Contact, 2011)

2) Alle eerdere (spoed)dossiers doorzoeken

Zoals eerder al aangegeven is het belangrijk de volledige medische voorgeschiedenis te kennen. Dit kan men op de dienst spoedgevallen al eens doorzoeken wanneer er uit de checklist een verdachte situatie komt.

3) Doorverwijzen van kinderen die eerder al contact hadden met sociale dienst, psychiatrie, kinderbescherming

Men neemt aan dat kinderen die al verschillende contacten in het ziekenhuis hebben gehad voor eerdere problemen, zoals een sociale dienst, een risicogroep zijn voor het bestaan van mishandeling. Zij moeten dus extra in het oog gehouden worden.

4) Grondige lichamelijke inspectie

Het is belangrijk dat men zeker niets over het hoofd ziet, er kan namelijk erg veel gemist worden.

5) Doorverwijzen van kinderen van ouders die zich al toonden met alcoholintoxicatie, psychiatrische aandoeningen, enzovoort

Alcoholintoxicatie en drugszaken zijn niet van toepassing bij Münchausen by Proxy. Psychiatrische aandoeningen dan weer wel. Men moet hier dus bedacht op zijn en het dossier van de vermoedelijke dader niet over het hoofd zien.

- 6) Zwangeren op de spoed die zich melden met drugproblemen, psychosociale problemen ...

Dit om te voorkomen dat er in de toekomst sprake zou zijn van een kindermishandeling. Men kan het probleem al bestrijden voor het er is wanneer men bij dergelijke risicosituaties al ingrijpt. Dit is ook niet zozeer van toepassing bij MBP, maar hier ook weer wel bedacht zijn op de psychosociale problemen van een toekomstige moeder.

Deze manier van werken bij een vermoeden van Münchausen by Proxy zorgt er volgens Teeuw et al. (2011) voor dat dit vroegtijdig gediagnosticeerd kan worden en verder leed voor het kind bespaard kan blijven.

Brink & Thackeray (2012) laten blijken dat verpleegkundigen en artsen die deze groepen in het achterhoofd houden beter een situatie van mishandeling zoals MBP herkennen. Teeuw et al. (2011) gebruiken een interventie waarbij verschillende stappen moeten worden doorlopen, zoals een checklist, het doorzoeken van de ziektegeschiedenis van moeder en kind enzovoort. Louwers et al. (2009) echter, onderzoeken in hun artikel verschillende interventies op een spoedgevallendienst, en zij zien geen bewijzen dat deze interventies de detectie van een mishandeling zouden verhogen. Wat men ook toepast, de dader zal steeds kunnen verbloemen wat er aan de hand is. Geen enkele interventie kan hierbij helpen.

Wanneer een arts of verpleegkundige op spoedgevallen één van deze situaties voor zich krijgt, is het dus belangrijk dat men even stilstaat bij de differentiaaldiagnose van MBP. Wanneer men deze diagnose in het achterhoofd houdt, kan veel schade bij het kind voorkomen worden waardoor de veiligheid van het kind dus beter gegarandeerd wordt. (Brink & Thackeray, 2012; Louwers et al., 2009; Teeuw et al., 2011)

4 BEHANDELING ROND MÜNCHAUSEN BY PROXY

Niet enkel de diagnose van Münchausen by Proxy, maar ook de behandeling is zeer complex. Er bestaat geen standaard therapie voor MBP. Wanneer de diagnose MBP is gesteld, moet de hulpverlening zo snel mogelijk op gang komen. De veiligheid van het kind komt hierbij steeds op de eerste plaats. Indien de dader en partner nog niet op de hoogte zijn van de diagnose, zullen ze worden geconfronteerd met de feiten. Afhankelijk van de reactie van de ouders zal het kind beschermd moeten worden. Om de veiligheid van het kind te garanderen zal het kind in eerste instantie vaak gescheiden worden van de dader. Het weghalen van het kind zal de diagnose MBP ook ondersteunen doordat scheiding zal leiden tot beëindiging van symptomen bij het kind. De dader zal onderworpen worden aan een psychiatrisch onderzoek. De psychiater zal oordelen over de mentale toestand en persoonlijkheid van de dader, haar motieven en het vermogen om te veranderen met behulp van therapie. Op basis hiervan wordt beslist of de dader de zorg voor het kind mag behouden. Indien de dader erkent dat de ziekte en symptomen door haar toedoen veroorzaakt werden, en indien ze bereid is om therapie te volgen, is er een betere prognose. Een intensieve en langdurige behandeling op multidisciplinair vlak is noodzakelijk. Zowel het kind als de dader, maar ook het gezin zullen worden opgevolgd. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

Hieronder worden de interventies op korte en lange termijn uitgebreid besproken die genomen moeten worden nadat de diagnose Münchausen by Proxy is gesteld.

4.1 Interventies op korte termijn

Nadat de diagnose Münchausen by Proxy is gesteld, zal men allereerst voor de veiligheid van het kind moeten zorgen. De dader en andere ouder zullen met de feiten worden geconfronteerd. Daarnaast gebeurt er een psychiatrisch onderzoek van de dader en wordt de behandeling gestart indien de dader de falsificatie kan erkennen. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Michiels, s.a.; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

4.1.1 Beveiliging van het kind

Het kind moet beschermd worden om nieuw geïnduceerde symptomen door toedoen van de dader te vermijden. Na de confrontatie van de dader met de diagnose loopt het kind mogelijk extra risico. Om de veiligheid van het kind te waarborgen, zal de dader verwijderd gehouden worden van het kind. Overgaan tot een dramatische breuk tussen dader en kind is niet steeds nodig, maar aangezien het gevaar op herval groot is, wordt dit echter in veel situaties wel aanbevolen. Het zorgen voor een tijdelijk opvangmilieu voor het kind is dan ook een realistische beschermende maatregel in afwachting van het psychiatrisch onderzoek van de dader. (Adriaenssens, 2011; Bass & Glaser, 2014; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.)

Men moet erop bedacht zijn dat ook de broers en zussen van het slachtoffer mogelijk ook gevaar lopen. Bij uithuisplaatsing van het slachtoffer kan de dader overgaan op het mishandelen van een ander kind in het gezin. Daarom worden, naast het slachtoffer, ook de andere kinderen soms gescheiden van de dader. (Bass & Glaser, 2014; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

Er zijn verschillende opties om het kind te scheiden van de dader. Een eerste mogelijkheid is dat de dader zelf vrijwillig tijdelijk het huis uitgaat. Dit zal echter enkel gebeuren indien de dader erkent dat er een probleem is. Het voordeel van deze optie is dat het kind in de eigen vertrouwde omgeving kan blijven. Ook andere kinderen binnen het gezin lopen dan geen gevaar. Wanneer deze optie uitgesloten is, zal het kind uit huis geplaatst worden. Het kind kan onder voorwaarden tijdelijk opgevangen worden door een ander familielid, bijvoorbeeld door de vader indien de ouders gescheiden zijn of door de grootouders. Duidelijke afspraken rond eventueel bezoekrecht van de dader zijn hierbij essentieel. Bijvoorbeeld enkel onder toezicht van een derde of in een neutrale bezoekersruimte, etc. Een laatste mogelijkheid is dat het kind (tijdelijk) geplaatst wordt in een pleeggezin. Het wettelijk kader rond uithuisplaatsing werd reeds besproken in 1.6 Wettelijk kader rond kindermishandeling. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015); Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

Münchhausen by Proxy gaat vaak gepaard met ernstige lichamelijke schade doordat het kind onderzoeken, procedures, behandelingen en in sommige gevallen zelfs operaties heeft ondergaan die niet nodig waren. In de periode rond de diagnosestelling heeft het kind vaak lichamelijke klachten of problemen veroorzaakt door toedoen van de dader. Het is dan ook nodig het kind de nodige zorgen te bieden zodat er zo min mogelijk blijvende schade ontstaat. In veel gevallen is er ook sprake van failure to thrive. Door een verhoogde inname van voedingsstoffen zal men de groeiachterstand trachten weg te werken. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

4.1.2 Confrontatie van de dader en andere ouder

De confrontatie gebeurt door de behandelende kinderarts en in aanwezigheid van een psychiater, en dient zorgvuldig te worden voorbereid. Ook de vertrouwensarts of huisarts kan hierbij eventueel aanwezig zijn. De dader en partner worden zo snel mogelijk na de diagnose, indien dit nog niet gebeurd is bij het vermoeden, geconfronteerd met de bevindingen. Men kan ervoor kiezen eerst de dader, meestal de moeder, alleen te confronteren en nadien de andere ouder op de hoogte te brengen, of de ouders samen confronteren. Hieromtrent bestaat geen consensus. De vader valt bij het confrontatiegesprek meestal uit de lucht. Hij weet helemaal van niets. In eerste instantie ontkent deze de diagnose MBP, maar later gaat hij vaak actief op zoek naar oplossingen. De vader kiest er meestal voor de relatie met de partner te behouden, net als een behoud van de gezinsstructuur. (Adriaenssens, 2011; Dubois et al., 2001; van de Putte et al., 2013)

Het confrontatiegesprek mag niet beschuldigend verlopen. De aanwezige artsen dienen zich begrijpend en ondersteunend op te stellen, en zich te richten op de toekomst. In het gesprek wordt de diagnose medegedeeld en onderbouwd, de hulpverlening wordt bespreekbaar gemaakt, er wordt uitleg gegeven over de gevaren van de handelwijze van de moeder en de schade voor het kind en er worden ten slotte verdere afspraken gemaakt. Daders kunnen op verschillende manieren reageren, namelijk opgelucht, ontkennend of met decompensatie. In het laatste geval is er een risico op depressie, psychose en/of suicide van de dader. Om aangepaste ondersteuning en hulp te kunnen bieden aan de ouders is het dan ook van belang dat de psychiater de reactie en het gedrag van beide ouders tijdens het gesprek evalueert. Indien nodig zal directe psychiatrische zorg worden opgestart, bijvoorbeeld bij zelfmoordgedachten van de dader. Indien de dader de diagnose MBP erkent en bereid is therapie te volgen, is er een betere

prognose. Wanneer de dader de feiten ontkent, loopt het kind gevaar en dienen maatregelen worden genomen om de veiligheid van het kind te garanderen. (Adriaenssens, 2011; Dubois et al., 2001; van de Putte et al., 2013)

4.1.3 Psychiatrisch onderzoek van de dader

Münchausen by Proxy is een aandoening die recidiveert en niet noodzakelijkerwijs eindigt als de dader geconfronteerd wordt. Om de veiligheid van het kind te garanderen, zal de dader een psychiatrisch onderzoek moeten ondergaan. De psychiater zal de mentale toestand en persoonlijkheid van de dader, haar motieven en het vermogen om te veranderen met behulp van therapie evalueren. Aan de hand van het psychiatrisch onderzoek wordt beslist of de dader de zorg voor het kind in eerste instantie al dan niet mag behouden. Als de dader de diagnose erkent en als ze bereid is om therapie te volgen, is er een goede prognose. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

Vooraleer het kind ontslagen wordt uit het ziekenhuis zal er een multidisciplinair overleg moeten plaatsvinden met betrokken hulpverleners van binnen en buiten het ziekenhuis. Dit team kan bestaan uit een kinderarts, psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker, gedragsdeskundige, pedagoog, verpleegkundige van de kinderafdeling/spoed, de vertrouwensarts en/of de huisarts. Het verdere beleid m.b.t. de hulpverlening aan het gezin zal in dit multidisciplinair overleg bepaald worden. De bevindingen van de psychiater die de dader onderzocht heeft, zullen onder andere mee bepalen of het kind al dan niet gescheiden dient te worden van de dader en op welke wijze dit bekomen zal worden. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Landsmeer-Beker, Smit & Affourtit, 2011)

4.1.3.1 Psychiatrische stoornissen

Er is geen consistentie bij de identificatie van psychiatrische stoornissen bij de dader. Wel is er een algemene overeenstemming dat psychose meestal niet aanwezig is. De literatuur is echter tegenstrijdig en onvolledig wat betreft andere diagnoses. Sommige studies documenteren een lage incidentie van persoonlijkheidsstoornissen zoals borderline, terwijl volgens andere onderzoeken bijna alle daders aan een persoonlijkheidsstoornis lijden. Daarnaast worden in verschillende studies depressie, emotionele stoornissen en drugsverslaving beschreven. De achtergrond van de dader zou ook een rol spelen. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van emotioneel, fysiek of seksueel misbruik, maar dit is niet altijd het geval. Soms is er geen sprake van een onderliggende psychiatrische stoornis, maar tracht de dader medische aandacht te krijgen. Gevoelens van eenzaamheid en isolatie staan vaak centraal. (Byard, 2014; Dubois et al., 2001; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.)

Bij observatie van de moeder-kind interactie gedraagt de dader zich als een voorbeeldige ouder met een schijnbaar warme, koesterende, liefhebbende en verzorgende relatie met het kind. Het lijkt een goede ouder, terwijl ze tegelijkertijd manipulatief is en ernstige schade toebrengt aan het kind. (Michiels, s.a.; van de Putte et al., 2013)

4.1.3.2 Jeugd

De dader heeft vaak een traumatische jeugd gehad, bijvoorbeeld ernstige emotionele verwaarlozing, lichamelijk geweld, seksueel misbruik of een vroege dood van ouder(s). Hierdoor was de dader als kind zelf onveilig gehecht met haar moeder. Dit heeft veel

invloed op hoe ze haar eigen kind gaat behandelen. De dader kan tijdens deze traumatische periode een positieve ervaring met de gezondheidszorg gehad hebben, wat de reden is om in het heden de oplossing van problemen opnieuw binnen de gezondheidszorg te zoeken. De dader heeft zelf een uitgebreide medische voorgeschiedenis en heeft ook vaak het Münchausen Syndroom. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Lange, 2006; Michiels, s.a.; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.)

4.1.3.3 Motieven

Het motief van de dader is niet relevant voor het stellen van de diagnose van Münchausen by Proxy, maar het is wel van belang om de prognose, de welwillendheid van de dader om vrijwillig therapie te volgen, en het effect van behandeling van de dader te kunnen inschatten. Het motief is ook bepalend voor de behandeling.

Bij Münchausen by Proxy is de moeder zich wel bewust van haar gedrag ten opzichte van haar kind, maar ze is zich niet bewust van de motieven voor dit gedrag. Het kind is voor de moeder slechts een verlengstuk van zichzelf en het veroorzaken van symptomen bij het kind wordt door dezelfde motieven ingegeven als het induceren van symptomen bij zichzelf. Er zijn veel onderliggende motieven mogelijk: de wens om de artsen te slim af te zijn, het verwerven van privileges bij behandelingen, het verwerven van financieel voordeel, het vermijden van zelfdestructieve gevoelens en handelingen, hunkeren naar het krijgen van medische aandacht via haar zieke kind, relatieproblemen omzeilen door alle aandacht op het kind te centreren, etc. Uiteindelijk komt het voor de dader steeds neer op 'winst door de ziekte van het kind'. (Adriaenssens, 2011; Dubois et al., 2001; Michiels, s.a.; van de Putte et al., 2013)

4.2 Interventies op lange termijn

Om de veiligheid van het kind te garanderen zal het kind na het confrontatiegesprek in eerste instantie vaak gescheiden worden van de dader. Afhankelijk van de opvoedingscapaciteit van de dader in relatie met het slachtoffer en de andere kinderen in het gezin, en daarnaast de reactie van de dader op de aangeboden therapie, zullen het slachtoffer en de dader terug herenigd kunnen worden. Er volgt dan een intensieve en langdurige begeleiding op multidisciplinair vlak. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Münchausen by Proxy is heel complex. Er bestaat dan ook geen standaardtherapie. De interventies op lange termijn zijn dan ook heel divers. De veiligheid van het kind primeert. De prognose is afhankelijk van vele complexe factoren. Zo is een gunstige prognose wanneer de dader erkent dat de ziekte en symptomen door haar werden veroorzaakt, en wanneer ze bereid is om langdurige therapie te volgen. MBP beïnvloedt het hele gezin. Wat betreft de behandeling van MBP moeten niet enkel het slachtoffer en de dader worden betrokken, maar ook de partner en andere kinderen binnen het gezin. Langdurige behandeling en opvolging is cruciaal voor de algemene gezondheid van alle betrokkenen, om recidief te vermijden, en om te zorgen voor een langdurige beveiliging van het kind. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Michiels, s.a.; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

De multidisciplinaire hulpverlening bij MBP dient door één persoon te worden gecoördineerd. De therapie is ondersteunend, intensief en kan jaren duren. Afhankelijk van de ernst van de mishandeling verloopt de behandeling residentieel of ambulante. De instanties die hierbij kunnen ondersteunen, staan beschreven in 4.3 Ondersteunende

instanties in Vlaanderen. Bij MBP kan de huisarts een centrale rol spelen. Het is ook mogelijk dat bijvoorbeeld de kinderarts deze rol op zich neemt. De huisarts kan het gezin in de toekomst mee opvolgen en het beleid ondersteunen en coördineren. Door een langdurige en regelmatige actieve opvolging kunnen problemen of eventuele crisissituaties binnen het gezin tijdig herkend worden. De huisarts kan ondersteund worden of samenwerken met andere diensten zoals het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. (Dubois et al., 2001; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.)

Hieronder worden de therapeutische noden van het slachtoffer van MBP, de dader en het gezin besproken.

4.2.1 Therapeutische noden van het slachtoffer

Münchausen by Proxy kan ernstige gevolgen voor het kind met zich meebrengen. De kinderpsychiater zal de ontwikkeling en het gedrag van het kind evalueren. Er worden zowel fysieke, gedrags-, en emotionele gevolgen gemeld. Behandeling van het slachtoffer is noodzakelijk, zeker als het gaat om oudere kinderen. De emotionele problemen kunnen zich uiten in eetstoornissen, stress, angststoornissen, nachtmerries, posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie, het ontstaan van Münchausen syndroom bij jongeren, etc. Soms ontstaan er gedragsproblemen zoals agressie. Daarnaast kan het kind een ontwikkelingsachterstand hebben en gebrekkige sociale vaardigheden. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in asociaal gedrag of teruggetrokkenheid. Dit wordt verder besproken in onderdeel 5.1.1.3 Ontwikkeling. In de vorm van individuele of groepstherapie zal hulp aangeboden worden bij het verminderen van gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Voor traumabehandeling kan gebruikt gemaakt worden van EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), CGT (cognitieve gedragstherapie) of individuele speltherapie. EMDR wordt gebruikt bij kinderen die een PTSS hebben. Hierbij concentreert het kind zich via oogbewegingen op het angstige beeld en de negatieve gedachten en emoties die daarbij gepaard gaan, en vervolgens worden hiervoor positieve gedachten in de plaats gesteld. (Bass & Glaser, 2014; Berger, ten Berge & Geurts, 2004; Dubois et al., 2001; Dye et al., 2013; Landsmeer-Beker, Smit & Affourtit, 2011; Mutsaers, 2008; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.; van de Putte et al., 2013)

Kinderen van wie het dagelijks leven en functioneren nadelig werd beïnvloed door MBP, zullen een actieve rehabilitatie nodig hebben. Het dagelijks leven werd onder andere verstoord door periodes van afwezigheid op school, sociale isolatie, gebrek aan relaties met leeftijdsgenoten en weinig normale activiteiten zoals sport. Het kind heeft hulp nodig om opnieuw normaal te kunnen functioneren. (Bass & Glaser, 2014; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Het kind zal vaak gedurende lange tijd in behandeling blijven. Pas wanneer het kind zich veilig voelt, zal er een vertrouwensband kunnen ontstaan met de hulpverlener en kan het hulpverleningsproces op gang komen. Veiligheid vormt dan ook de basis om verder te kunnen in de begeleiding. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Dye et al., 2013; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; van de Putte et al., 2013)

Het kind is zich niet bewust van de mishandeling. Hij of zij wordt slachtoffer doordat het in de rol van zieke wordt geduwd en onderworpen wordt aan onnodige onderzoeken, procedures, ziekenhuisopnames en behandelingen. Het kind gelooft dat het echt ziek is en werkt coöperatief mee. Aangepast aan de leeftijd van het kind dient de rol van de dader in het veroorzaken van klachten eerlijk te worden verduidelijkt door de kinderpsychiater. Oudere kinderen kunnen zich schuldig en medeplichtig voelen, en

sommige kinderen kunnen moeilijk accepteren dat de ziekte werd veroorzaakt door toedoen van de ouder. Het kind heeft een vertekend beeld van de eigen gezondheid en kan angstig en bezorgd zijn over de eigen gezondheidstoestand. Het kind zal psychotherapie en emotionele ondersteuning nodig hebben om de zogenaamde ziekte te kunnen plaatsen. Het kind moet ontdekken dat de mishandelingen niet persoonlijk gericht waren, maar meestal voortvloeien uit het verleden van de dader. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

4.2.2 Therapeutische noden van de 'dader'

Het behandelen van Münchausen by Proxy is moeilijk omdat de dader vaak terughoudend is om het probleem te erkennen en niet altijd bereid is om een psychiatrische behandeling te ondergaan. MBP vereist dan ook jaren van therapie en ondersteuning. Het behandelen van de 'dader' is noodzakelijk. Men moet aandacht hebben voor eventuele persoonlijkheidsstoornissen of andere psychiatrische aandoeningen waaraan de dader lijdt, en deze op gepaste wijze behandelen. Daarnaast is er in de periode rond het stellen van de diagnose een verhoogd risico voor suïcide. De dader kan een nieuw gezin stichten. Ook deze kinderen lopen een risico om slachtoffer te worden van MBP. (Bass & Glaser, 2014; Byard, 2014; Dubois et al., 2001; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; van de Putte et al., 2013)

Bij MBP zijn moeder en kind verwickeld in een pathologische symbiotische relatie. Aan de ene kant is er een verstikkende liefde door een moeder die niet van de zijde van haar kind wijkt en aan de andere kant zijn er levensbedreigende en mutilerende manipulaties. De hulpverlening heeft als doel het kind te beschermen en de moeder te behandelen zodat zij geen bedreiging meer vormt voor het kind. Langdurige behandeling en opvolging is dan ook essentieel bij Münchausen by Proxy. (Adriaenssens, 2011; van de Putte et al., 2013)

De dader zal het misbruik moeten erkennen en de hulp van buitenstaanders moeten aanvaarden. In sommige situaties kan de dader tijdens het confrontatiegesprek de diagnose MBP ontkennen. Dit is een normale reactie. De dader zal dan echter in één van de gesprekken volgend op het confrontatiegesprek de feiten moeten erkennen. Pas dan kan de behandeling van de dader op gang komen. De dader dient te worden aangesproken op haar verantwoordelijkheden als ouder. Het is belangrijk dat de dader haar verantwoordelijkheid erkent voor de nadelige gevolgen voor het kind. Het al dan niet erkennen heeft een grote invloed op de prognose en de bereidheid om samen te werken met professionele hulpverleners op lange termijn. In sommige gevallen kan het noodzakelijk zijn om het kind te scheiden van de moeder. Hereniging kan later in bepaalde gevallen worden bereikt. Het doel van de therapie is dat de moeder de verantwoordelijkheid voor haar gedrag opneemt, inzicht krijgt in het ontstaan van dit gedrag en een manier om dat in de toekomst te vermijden. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Indien er bij de dader een ernstige persoonlijkheidsstoornis aan de basis ligt van MBP worden de behandelingsmogelijkheden laag ingeschat. In het beste geval kan door blijvende opvolging en ondersteuning vermeden worden dat de dader nood heeft aan het induceren van ziekte bij het kind. (Dubois et al., 2001)

4.2.3 Therapeutische noden van de gezinsleden/van het gezin

De diagnose MBP is ingrijpend voor heel het gezin. Heel het gezin dient dan ook te worden betrokken in de behandeling. Alle gezinsleden hebben een fout beeld wat betreft ziekte en gezondheid en dit dient te worden aangepast. De behandeling is erop gericht om de veiligheid van het slachtoffer en eventuele andere kinderen binnen het gezin te garanderen. (Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Kinderen zijn vaak verdrietig en boos als ze worden gescheiden van de dader. Vaak geven ze de dokters de schuld. Het is dan ook belangrijk dat hulpverleners een vertrouwensband creëren met de betrokkenen. De kinderpsychiater zal aan het slachtoffer zelf, maar ook zijn broers en zussen een eerlijke uitleg moeten geven omtrent de acties van de dader, en indien van toepassing, de redenen van een eventuele scheiding met de dader. De kinderen zullen emotionele ondersteuning nodig hebben voor het mogelijke verlies van de zorgrelatie met hun ouder. Daarnaast worden broers en zussen van het slachtoffer vaak relatief verwaarloosd doordat de moeder enkel aandacht had voor het 'zieke' kind. Ze kunnen zich uitgesloten en boos voelen. Hulpverleners moeten aandacht schenken aan deze gevoelens. (Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001)

De relatie tussen de mishandelende ouder en echtgenoot is vaak afstandelijk bij MBP. De andere ouder, vaak de vader, is weinig betrokken bij de opvoeding. Men spreekt van een afwezige, passieve vader. Hij zal individuele hulp nodig hebben bij het verwerken van het feit dat zijn kind mishandeld werd, en eventuele schuldgevoelens doordat hij niks in de gaten had. Wanneer het slachtoffer en dader herenigd worden, kan de vader de rol op zich nemen om te zorgen voor de veiligheid van het kind. De vader zal hierbij alle steun en hulp kunnen gebruiken om van passieve en afwezige ouder te veranderen in een betrokken vader die zorgt voor ouderlijke bescherming. Ook zal er gewerkt worden aan de verbetering van de relatie tussen de ouders. (Bass & Glaser, 2014; Berger, ten Berge & Geurts, 2004; Dubois et al., 2001; van de Putte et al., 2013)

De gezinsgerichte behandeling is gericht op herstel van de gezinsrelaties en het creëren van een veilige en stabiele leefomgeving voor het kind. Volgens het ecologische verklaringsmodel van Belsky wordt kindermishandeling beschouwd als een opvoedingsprobleem. Kindermishandeling is het resultaat van een interactie van risicofactoren op individueel en omgevingsniveau, die onvoldoende worden gecompenseerd door beschermende factoren. Risicofactoren kunnen kind-, ouder- of omgevingsgebonden zijn en kunnen de draaglast verhogen. Een voorbeeld van een oudergebonden risicofactor is een voorgeschiedenis van kindermishandeling. Ook bij het kind kunnen enkele factoren het risico op mishandeling doen toenemen, bijvoorbeeld een ongewenste zwangerschap of moeilijkheden bij de geboorte. Omgevingsfactoren zoals financiële problemen, sociaal isolement en het ontbreken van emotionele en praktische steun uit het sociaal netwerk vergroten het risico op kindermishandeling. Beschermende factoren zijn sociale steun, een ondersteunende partner, het bewust zijn van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan op het eigen handelen in de opvoeding. Deze factoren verhogen de draagkracht. Het is belangrijk om te werken aan het opzetten van een ondersteunend sociaal netwerk waarop het gezin kan terugvallen in moeilijke periodes. Ook individuele en relatietherapie zijn zinvol omdat ze beschermend kunnen werken. Daarnaast moeten de pedagogische vaardigheden van de ouders worden vergroot door middel van individuele en/of groepsbehandeling, bijvoorbeeld ouder-kind interactie therapie. Hierbij wordt ouders aangeleerd om passend te reageren bij het ontwikkelingsniveau van het kind. (Berger, ten Berge & Geurts, 2004; Kind en Gezin, 2010; Mutsaers, 2008; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.; Wiznitzer, 2001)

4.3 Ondersteunende instanties in Vlaanderen

Integrale Jeugdhulp van de Vlaamse Overheid organiseert een divers jeugdhulpaanbod in Vlaanderen. Hieronder een kort overzicht van de sectoren die ingeschakeld kunnen worden bij de ondersteuning en behandeling van Münchhausen by Proxy. Het doorverwijzen van het gezin naar dergelijke instanties gebeurt door de arts. (Vlaamse overheid, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015)

4.3.1 Agentschap Jongerenwelzijn

Agentschap Jongerenwelzijn is een sector voor kinderen van 0 tot 18 jaar. Het staat in voor de organisatie Bijzondere Jeugdzorg, waaronder crisisjeugdhulp aan huis. Er is een centraal permanent crisismeldpunt waarmee professionelen steeds contact kunnen opnemen. Het Agentschap Jongerenwelzijn kan de aanmelder ondersteunen en advies geven. Indien nodig kan crisisinterventie, crisisbegeleiding en/of crisisopvang worden ingeschakeld. Crisisinterventie houdt in dat hulpverleners aan huis of in het ziekenhuis komen om de crisis in te schatten. Ze zorgen voor het instellen van de veiligheid en bieden korte en intensieve hulp van maximum drie dagen. Daarnaast organiseert het Agentschap Jongerenwelzijn ook crisisbegeleiding aan huis. Dit is een intensieve begeleiding aan huis gedurende maximum 28 dagen en dit drie tot vijf keer per week. En ten slotte zorgen ze voor crisisopvang gedurende maximum zeven dagen. (Integrale jeugdhulp, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015)

4.3.2 Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)

Bij het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk kunnen volwassenen terecht voor advies, informatie en praktische hulp bij onder andere persoonlijke problemen, financiële problemen, problemen in het gezin, etc. Verdere begeleiding bij allerlei problemen kan zo nodig worden opgestart. Daarnaast bieden ze ook crisishulp voor volwassenen. Hierbij is zorgen voor de veiligheid prioritair. Het CAW kan zorgen voor begeleiding en opvang. Ook het Jongeren Advies Centrum (JAC) is een onderdeel van het CAW. Hier kunnen jongeren tussen 12 en 25 jaar terecht met al hun vragen. (Centrum voor Algemeen Welzijn, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015)

De voornaamste zaken waarvoor de dader met MBP en het gezin bij het CAW terecht kunnen, zijn crisishulp bij het risico op suicide van de dader, begeleiding bij gezins- en relatieproblemen en begeleiding wat betreft de opvoeding.

4.3.3 Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) begeleidt kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met ernstige psychische en/of psychiatrische problemen. Mensen kunnen er enkel terecht na doorverwijzing. Hulpverlening gebeurt via consultaties en begeleidingsmomenten door een team van psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers. Het CGG organiseert twee soorten hulpverlening. Als eerste biedt het CGG medisch-psychiatrisch hulp voor diagnostisering door een psychiater, en indien nodig schrijft deze tevens medicatie voor. En daarnaast is er psychotherapeutische hulp waarbij een psycholoog of andere hulpverlener een reeks gesprekken heeft met de cliënt. In geval van Münchhausen by Proxy kan de dader bij het CGG terecht voor individuele psychotherapie. (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015; Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015)

4.3.4 Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)

Bij het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG), erkend en gesubsidieerd door Kind en Gezin, kunnen gezinnen met kinderen tot en met 12 jaar terecht voor hulp bij moeilijkheden bij de opvoeding. Bijvoorbeeld bij gedragsproblemen van het kind of psychische problemen van een ouder. Het CKG biedt verschillende vormen van hulpverlening. Een eerste vorm is mobiele begeleiding waarbij een begeleider aan huis komt en persoonlijk aangepaste hulp biedt aan het gezin. Het CKG organiseert ook ambulante pedagogische trainingen in groep, waarbij ouders samen met andere ouders trainingen kunnen volgen in ouderlijke vaardigheden. Ook is ambulante opvang gedurende korte tijd mogelijk. Hierbij verblijft een kind gedurende een deel van de dag of nacht in het centrum in huiselijke sfeer, alleen of samen met een ouder. Hier kan er intensief gewerkt worden met het kind en de ouder. En ten slotte organiseert het CKG tijdelijk een residentiële opvang en begeleiding in een leefgroep. (Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015)

4.3.5 Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK)

Hulpverleners kunnen bij het vertrouwenscentrum kindermishandeling, ook wel Kind in Nood genoemd, terecht voor advies, hulp, concrete bijstand of voor de coördinatie van de hulpverlening. Nadat er een melding binnenkomt, gaat het VK een inschatting maken van de situatie om zo een zicht te krijgen op de omvang en de ernst van het probleem. Het doel van het vertrouwenscentrum kindermishandeling is door hulpverlening de levensomstandigheden van het kind te verbeteren door het aanbieden van zowel een kind-, dader- als een gezinsgerichte behandeling. Het VK gaat in gesprek met alle betrokkenen en legt contact met alle professionele hulpverleners om zo de coördinatie van de zorg te organiseren. Het VK biedt een kortdurende begeleiding onder de vorm van verkennende en ondersteunende gesprekken. Indien nodig verwijst het VK door naar hulpverleners die langdurige therapie bieden. (Kind & Gezin, 2015; Steunpunt Jeugdhulp, 2015; Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, s.a.)

5 TOEKOMST NA MÜNCHAUSEN BY PROXY

5.1 Is er nog een toekomst na kindermishandeling?

Kijkend naar de toekomst van het kind, is het vanzelfsprekend om het kind een veilige en goede toekomst te bieden. Om dat te kunnen doen, moet een verpleegkundige aandacht hebben voor bepaalde zaken, zoals veiligheid van het kind. In dit onderdeel wordt besproken waar een verpleegkundige op moet letten in verband met de toekomst van het kind. Algemene informatie over de toekomst van het kind en zijn/haar omgeving staan er tevens beschreven. (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Bass & Glaser, 2014)

5.1.1 Het toekomstperspectief van het kind

5.1.1.1 Algemeen

De prognose van het kind is afhankelijk van meerdere factoren. Deze factoren zijn onder andere: geeft de ouder toe dat er sprake is van Münchausen by Proxy, wil hij/zij hieraan werken, is er een goede samenwerking met andere instanties, etc. Een mogelijkheid qua behandeling, is het kind weghalen bij zijn/haar ouders. Tevens is er de optie om als ouder het gezin (tijdelijk) te verlaten. Of er hierna een hereniging mogelijk is, is afhankelijk van hoe de ouder reageert op de behandeling. (Bass & Glaser, 2014; Conn et al., 2013; Petersen et al., 2014; Schreier, 2004)

Hulpverleners trachten het kind een goede toekomst te bezorgen door onder andere morbiditeit te voorkomen. Dat is beter dan bijkomende problemen te behandelen of te genezen. Als een kind opgroeit, is het belangrijk dat hij of zij zich gaat hechten aan zijn of haar ouders. Bij deze hechting kunnen er problemen ontstaan. Dit wordt verder uitgewerkt in onderdeel 5.1.1.2 Hechting. MBP zorgt er tevens voor dat het kind meer kans heeft op psychische, emotionele, sociale & gedragsproblemen, vroegtijdig overlijden, etc. Hier moet een verpleegkundige rekening mee houden. Dit wordt verder besproken in het onderdeel 5.1.1.3 Ontwikkeling. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Klepper, Herninghaus, Wurthmann & Voit, 2008; Korbin & Krugman, 2013; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012)

Ouders die zelf mishandeld zijn als kind hebben later meer kans om hun eigen kind te mishandelen. Dat wordt ook wel de intergenerationele overdracht genoemd en kan gedeeltelijk verklaard worden door functionele en structurele veranderingen van de hersenen. Tevens kan dat verklaard worden door de hechting van het kind. Belangrijk is dus om tijdens een anamnese en opname van een kind na te kijken of de ouder een voorgeschiedenis van mishandeling heeft. Dat vergroot namelijk de kans dat hij of zij het kind mishandelt. In de literatuur bestaan hier wel tegenstrijdige meningen over. Sommige auteurs beweren dat er geen intergenerationele overdracht is, maar dat mishandeling in deze groep sneller opgespoord wordt. Socio-demografische aspecten kunnen tevens de kans op mishandeling verhogen. Deze zijn onder andere: laag familiaal inkomen, depressies, jonge leeftijd ouders ... Natuurlijk is het niet zo dat wanneer aan deze risicofactoren voldaan is, er sprake is van kindermishandeling. Het risico erop wordt er alleen door vergroot. De meeste ouders (ongeveer 66 %) die als kind mishandeld werden, mishandelen hun eigen kind namelijk niet. Afhankelijk van onderzoek tot onderzoek varieert dit percentage wel. (Dixon, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2005; Korbin & Krugman, 2013; Romero-Martinez, Figueiredo & Moya-Albiol, 2014; Timmer & Urquiza, 2013; Widom, Czaja & DuMont, 2015)

5.1.1.2 Hechting

Zoals hierboven reeds kort aangehaald, is het belangrijk dat er een goede hechting is tussen ouder en kind. Een veilige hechting zorgt ervoor dat kinderen empathisch zijn, minder angst hebben, betere sociale relaties hebben, etc. Belangrijk voor een veilige hechting is een veilige basis. Door MBP kan deze hechting verstoord zijn. Bij deze kinderen is er thuis mogelijks sprake geweest van bijvoorbeeld agressie of afwijzing. Door kindermishandeling kan er een onveilige hechting ontstaan. Wat hiervan de gevolgen zijn, wordt hieronder verder besproken. (Bass & Glaser, 2014; Davis et al., 2014; Frederick & Goddard, 2008; Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, 2007; Petersen et al., 2014; Romero-Martinez et al., 2014; Savage, 2014)

Als een kind onveilig gehecht is, heeft het in de toekomst meer kans op fysische symptomen zoals pijn, en onverklaarde medische symptomen. Als deze kinderen ouder worden, is het opvallend dat ze meer problemen hebben met het aangaan van relaties. Ze hebben met andere woorden problemen om vrienden te maken en deze te behouden. Als ze vrienden maken, is dat vooral op praktisch in plaats van emotioneel vlak. Ook is er de mogelijkheid dat mishandelde kinderen later als volwassene heel angstig zijn om bijvoorbeeld een persoon te verliezen. Belangrijk is dus om ervoor te zorgen dat het kind veilig gehecht is. Zo kunnen deze bijkomende problemen voorkomen worden. Als een kind uit huis wordt geplaatst (vb. pleegzorg) kan dat nadelig zijn voor de hechting van dat kind. Kinderen die geplaatst worden in pleegzorg of in een andere instelling hebben namelijk meer problemen met het sociaal functioneren later. Net zoals kinderen van wie de ouders vaak ruzie maken. Deze kinderen zijn namelijk getuige van intrafamiliaal geweld. (Bass & Glaser, 2014; Davis et al., 2014; Frederick & Goddard, 2008; Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, 2007; Petersen et al., 2014; Savage, 2014)

5.1.1.3 Ontwikkeling

Bij de diagnosestelling van Münchausen by Proxy is het mogelijk dat het kind een achterstand of probleem heeft bij de ontwikkeling. Uit onderzoek blijkt dat 25 % van de kinderen gediagnosticeerd is met failure to thrive (onvoldoende gewichtstoename) bij de diagnosestelling. Belangrijk is om als verpleegkundige te zorgen dat het kind een gezond gewicht heeft. Een goede gezondheid is namelijk belangrijk voor het kind. Ook hebben kinderen die slachtoffer zijn van MBP, zoals reeds vermeld, een verhoogde kans op gedrags- en emotionele problemen. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Hurlburt, Nguyen, Reid, Webster-Stratton & Zhang, 2013; Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, 2006; Marchand, Deneyer & Vandenplas, 2012; Mash, Frazier, Nowacki, Worley & Goldfarb, 2011; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011)

Op een pediatrie afdeling in het ziekenhuis worden soms kinderen opgenomen met een vermoeden van mishandeling. Belangrijk is dan om als verpleegkundige te letten op de ontwikkeling van het kind. Is er sprake van een normale ontwikkeling bij dat kind? Zo niet, bespreek dit dan in een multidisciplinair teamoverleg. Zo kan er eventueel therapie opgestart worden zodat het kind zich normaal gaat ontwikkelen. Een kind dat mishandeld werd, moet zijn/haar gewicht bijvoorbeeld inhalen. Merk je als verpleegkundige gedragsproblemen bij dit kind, dan weet je wat aan de basis hiervan ligt. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Hurlburt et al., 2013; Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, 2006; Marchand et al., 2012; Mash et al., 2011; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011)

Tevens kunnen er op een pediatrische afdeling kinderen komen met een voorgeschiedenis van mishandeling. Zoals hierboven te lezen was, heeft MBP een invloed op de ontwikkeling van het kind. De veerkracht of het herstellingsvermogen van het kind bepaalt de schade die het oploopt. Uit onderzoek blijkt ook dat een kind jonger dan vijf meer kans heeft op gedragsproblemen in vergelijking met oudere kinderen.

7,3 % van de kinderen ontwikkelt door MBP lange termijn of permanente problemen zoals sociale isolatie. Dit kan ontstaan door hechtingsproblemen. Tevens hebben de kinderen in de toekomst meer risico een psychisch probleem te ontwikkelen en/of ziek te worden (vb. Münchausen syndroom). Als kinderen mishandeld werden, hebben ze later meer kans op agressie, angst, depressie, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), posttraumatisch stressstoornis, dissociatie, etc. Ook is geweten dat ongeveer 6 % van de kinderen sterft door MBP. Hierbij wel de opmerking dat dit percentage varieert van onderzoek tot onderzoek. Hoe jonger het kind, hoe meer kans er is op een overlijden. Dit omwille van de kwetsbaarheid van een jong kind. Belangrijk is dus om deze toch wel hoge morbiditeit en mortaliteit te vermijden! (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Marchand et al., 2012; Gezondheidsraad, 2011; Gilbert et al., 2009; Korbin & Krugman, 2013; Lowell, Renk & Adgate, 2014; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011; Woodruff & Lee, 2011)

Op volwassen leeftijd kunnen personen die mishandeld werden nog steeds problemen ondervinden van deze mishandeling. Angststoornissen, sociale problemen, verslavingsproblemen, obesitas, astma ... komen in deze populatie meer voor. Vaak wordt de link dan niet gelegd tussen deze problemen en de voorgeschiedenis van mishandeling. Bij de behandeling van deze klachten bij volwassenen is het belangrijk om de veiligheid van deze persoon te waarborgen. Daarnaast is het belangrijk om de trauma gerelateerde problemen aan te pakken. Dit kan door middel van gesprekken met een psychiater, psychiatrische opname, etc. (Bass & Glaser, 2014; Gezondheidszorg, 2011; Lowell et al., 2014)

5.1.1.4 Opvolging

Een goede opvolging is prioritair om een kind een gezonde toekomst te bieden. Als het kind ontslagen wordt uit het ziekenhuis is het belangrijk dat er een multidisciplinaire opvolging volgt. Het kind moet steeds langdurig worden opgevolgd. Soms is het nodig om de kinderbescherming in te schakelen en/of het kind tijdelijk te plaatsen in een ander gezin. Hierbij de opmerking dat pleegzorg ook nadelen met zich meebrengt. Dat staat verder beschreven bij het onderdeel 5.1.1.5 Kinderbescherming. (Conn et al., 2013; Hurlburt et al., 2013; Petersen et al., 2014; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012; Skellern, 2015; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Als het kind veilig is en er is opvolging voorzien op lange termijn, dan kan het kind terug naar huis gaan. Belangrijk is dan wel te kijken naar het welzijn van het kind. Dat moet op de tweede plaats staan, na de veiligheid. Bij de opvolging van het kind is het tevens belangrijk om de kans op intergenerationele overdracht te verkleinen. Zorg voor emotionele ondersteuning, psychotherapie, stabiele relaties en een goede thuisomgeving. (Dixon et al., 2005; Dye et al., 2013; Skellern, 2015; Widom, Czaja & DuMont, 2015)

5.1.1.5 Kinderbescherming

De kinderbescherming speelt een belangrijke rol bij Münchausen by Proxy. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat er neurologische gevolgen kunnen zijn bij mishandeling. Door deze onderzoeken is de noodzaak van kinderbescherming duidelijk geworden. Wat

in deze onderzoeken ook duidelijk is geworden, is dat kinderartsen ingelicht moeten worden over kindermishandeling. (Bass & Glaser, 2014; Conn et al., 2013; Skellern, 2015; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; Winokur, Holtan & Batchelder, 2014)

De kinderbescherming kan bijvoorbeeld (tijdelijk) een pleeggezin inschakelen voor het kind. Onderzoeken naar de gevolgen van pleegzorg zijn er nog niet veel gebeurd. Wat wel geweten is, is dat tussen 1990 en 2000 het aantal kinderen dat geplaatst werd in een pleeggezin toenam. Vanaf 2000 is dat aantal gedaald. Kinderen worden vanaf dan ook vaker geplaatst bij familieleden. Op deze manier hebben de kinderen minder gedrags-, mentale problemen ... Als kinderen geplaatst worden in de pleegzorg, kan er een probleem ontstaan in de hechting. Kinderen ervaren pleegzorg vaak als een straf. Natuurlijk zijn er tevens voordelen van pleegzorg voor het kind. Zo kan de veiligheid van het kind gewaarborgd worden. In plaats van het kind uit huis te halen, kan de ouder die het kind mishandeld heeft (tijdelijk) het huis verlaten. (Bass & Glaser, 2014; Conn et al., 2013; Skellern, 2015; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; Winokur et al., 2014)

5.1.2 Het toekomstperspectief van de ouder

Indien Münchausen by Proxy in een gezin is vastgesteld, dan kan de geweldpleger er enerzijds voor kiezen om (tijdelijk) zelf het huis te verlaten. Op deze manier wordt het kind niet uit huis gezet, wat voordelig is voor het kind. Zo ervaart een kind dit niet als een straf. Een uithuisplaatsing ervaart een kind namelijk niet als bescherming. De ouder kan tijdens de periode van uithuisplaatsing in therapie gaan en zo wordt verdere mishandeling vermeden. Anderzijds kan er een huisverbod voor de dader worden opgelegd in België, maar dat is nog steeds een discussiepunt. Nochtans is op 1 januari 2013 de Wet tijdelijk huisverbod in werking getreden. Volgens deze wet is de uithuisplaatsing van de geweldpleger de beste, maar een ingrijpende, oplossing. De procureur des Konings beslist of een uithuisplaatsing (maximum tien dagen) nodig is. Na deze tien dagen, beslist de vrederechter of dit huisverbod dan stopt of wordt verlengd (voor maximum drie maanden). Wordt het huisverbod geschonden door de geweldpleger, dan kan er een gevangenisstraf en/of geldboete volgen. (Geraerts, 2014; Heps & De Hondt, 2010)

Zoals hierboven reeds vermeld is er een kans dat de ouder hervalt en het kind terug begint te mishandelen. Er is geweten dat tot 37 % van de ouders hervalt als hun gezin terug samen is en dat moet voorkomen worden. Als hulpverlener is het belangrijk om ervoor te zorgen dat dat niet gebeurt. Dit kan men onder andere doen door ouder-kind interactie therapie. Door deze therapie reageren ouders positiever op het gedrag van het kind. Ook worden er discipline technieken aangeleerd aan de ouders. Op deze manier kunnen ouders gepast reageren op ongepast gedrag van hun kind. Als de dader erkent dat ze het kind mishandeld heeft, dan is dat positief voor de toekomst van het kind. Indien de ouder zich verantwoordelijk stelt voor datgene wat gebeurd is, is dat tevens positief voor de outcome van het kind. (Bass & Glaser, 2014; Conn et al., 2013; Criddle, 2010; Flaherty, MacMillan & Committee on Child Abuse and Neglect, 2013; Hakman, Chaffin, Funderburk & Silovsky, 2009; Schreier, 2004)

Tijdens de behandeling van de dader is het belangrijk om na te gaan waarom ze deze mishandeling gepleegd heeft. Is ze misschien ook als kind mishandeld geweest? Is er sprake van een persoonlijkheidsproblematiek ...? MBP kan ook ontstaan doordat de ouder te bezorgd is over de gezondheid van het kind. (Dixon et al., 2005; Pankratz, 2006; Pollmann, 2008)

5.1.3 Vergeet het gezin niet

Een diagnose van Münchausen by Proxy is ingrijpend voor heel het gezin. Daarom gaat deze vorm van kindermishandeling vaak gepaard met een uiteenvallen van het gezin. Om dit te voorkomen, is het belangrijk om na een diagnose van kindermishandeling heel het gezin te behandelen. Kijk tijdens deze behandeling ook of er familiekwesaties in het gezin zijn. Indien aanwezig, moeten deze behandeld worden. (Klepper et al., 2008; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Belangrijk is dus om steeds naar heel het gezin te kijken na een diagnose van MBP. Het is namelijk geweten dat broers en zussen (brussen) van deze mishandelde kinderen meer kans hebben om zelf mishandeld te worden. Deze brussen hebben het vaak ook moeilijk met het feit dat vroeger alle aandacht naar het kind dat mishandeld werd ging. Brussen kunnen hierbij gevoelens zoals boosheid ervaren. Tevens kunnen ze zich uitgesloten voelen. Daarom is het geen overbodige luxe om deze kinderen te behandelen. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Klepper et al., 2008; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007)

Bij Münchausen by Proxy is er steeds sprake van één ouder die het kind mishandelt. Zoals eerder vermeld, is dit vaak de moeder. De andere ouder, meestal de vader, is vaak afstandelijk, emotioneel niet geëngageerd en machteloos. Meestal zijn deze vaders ook veel weg van huis en bezoeken ze hun kind niet vaak in het ziekenhuis. Tevens willen de meeste vaders niet inzien dat de moeder hun kind mishandelde. Natuurlijk is dat niet steeds het geval. De vader kan zich schuldig voelen omdat hij deze kindermishandeling over het hoofd heeft gezien. Eenmaal de diagnose gesteld is, is het belangrijk om de vader te ondersteunen. Dit omdat hij meestal de belangrijkste persoon wordt voor het kind. Het kind heeft namelijk een vertrouwenspersoon nodig. (Bass & Glaser, 2014; Criddle, 2010; Klepper et al., 2008)

5.2 Re-integratie van het kind naar het gewone leven

5.2.1 Hereniging gezin

Na een eventuele uithuisplaatsing kan er sprake zijn van een hereniging van het gezin. De vraag is natuurlijk of dit mogelijk en haalbaar is. Er is namelijk geweten dat in 20 à 37 % de 'dader' terug hervalt. Daarom is een blijvende opvolging van het gezin noodzakelijk. Dit om te voorkomen dat MBP terug begint. Tevens is geweten dat er nog niet veel onderzoek gedaan is over terug naar huis gaan na pleegzorg (specifiek na kindermishandeling). Wat wel bewezen is, is dat men therapie moet geven aan de ouders terwijl hun kind in pleegzorg zit. Dat vermindert de kans op een eventueel herval. Indien de ouder uit huis is geplaatst, moet deze behandeld worden om verdere mishandeling te voorkomen. (Bass & Glaser, 2014; Geraerts, 2014; Heps & De Hondt, 2010; Schreier, 2004; Timmer & Urquiza, 2013)

Bij een hereniging van een gezin na MBP moet het multidisciplinair team ervan overtuigd zijn dat de kans op herval van mishandeling minimaal is. Buiten therapie voor het gezin zijn er nog andere mogelijkheden om de kans op herval te doen dalen. Positieve steun van de grootouder(s) en/of de andere ouder doet de kans op verdere mishandeling dalen. In extreme gevallen kan pleegzorg/adoptie positief zijn voor de toekomst van het gezin. Hierbij de opmerking dat pleegzorg/adoptie ook nadelig kan zijn voor het kind. Het kind kan een uithuisplaatsing zien als een straf, terwijl het niets misdaan heeft. Het is namelijk voor de veiligheid van het kind dat hij/zij het huis (tijdelijk) moet verlaten.

(Bass & Glaser, 2014; Geraerts, 2014; Flaherty, Macmillan & Committee on Child Abuse and Neglect, 2013; Petersen et al., 2014; Timmer & Urquiza, 2013)

Belangrijk is om tevens te kijken naar de andere ouder, dus niet de 'dader', in het gezin. Hoe gaat deze met de situatie om en kan het kind hem/haar vertrouwen? Kijk dus na of deze ouder een beschermende rol heeft voor het kind. Ook moet er gekeken worden of de ouder steun krijgt van zijn omgeving. Dat is namelijk een grote meerwaarde voor deze ouder. Op volwassen leeftijd hebben mishandelde kinderen vaak weinig tot geen contact hebben met hun biologische ouders. Dat is te linken met de voorgeschiedenis van mishandeling. (Gezondheidszorg, 2011; Frederick & Goddard, 2008; Rosenberg & Bradford Wilcox, 2006)

5.2.2 School & kinderopvang

Na de diagnose en behandeling van Münchausen by Proxy is het belangrijk dat een kind naar school kan blijven gaan. Als het kind hier nog te jong voor is, is er de mogelijkheid voor kinderopvang. Vooraleer de diagnose is gesteld, kan het kind schoolproblemen hebben door onder andere schoolverzuim. Leerkrachten moeten hier rekening mee houden als het kind terug naar school gaat. Op lange termijn behalen deze kinderen vaak een lager opleidingsniveau in vergelijking met leeftijdsgenootjes die niet mishandeld zijn geweest. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Gezondheidszorg, 2011; Marchand et al., 2012; Woodruff & Lee, 2011)

Leerkrachten moeten weet hebben van de mogelijke gedrags- en psychische problemen als gevolg van kindermishandeling. Tevens hebben deze kinderen meer kans op het krijgen van angststoornissen, concentratie- en leerproblemen. Vriendjes maken, is dan ook niet eenvoudig voor kinderen. Indien haalbaar voor de leerkracht en het kind zelf, kan een leerkracht de sociale ontwikkeling stimuleren. Een centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) ondersteunt ook kinderen die problemen hebben bij leren, studeren, sociale problemen ... Op vraag van de school kan een kind begeleiding ontvangen van het CLB. Als leerkracht moet je hier dus weet van hebben. Belangrijk is dus om leerkrachten goede informatie te geven over kindermishandeling. Zo is de toekomst voor deze mishandelde kinderen het beste. Hierbij wel de opmerking dat het voor de leerkrachten en medewerkers van het CLB niet eenvoudig is om met deze mishandelde kinderen om te gaan. Hun gebrek aan ervaring, angst om iets fout te doen ... zorgt ervoor dat de begeleiding van deze kinderen vaak niet van een leien dakje loopt. (Gezondheidszorg, 2011; Korbin & Krugman, 2013; Onderwijs Vlaanderen, s.a.; Walsh & Farrell, 2008)

Kinderen komen bijna elke dag in contact met leerkrachten. Daarom is het belangrijk dat zij het kind mee in de gaten kunnen houden. Indien het kind terug klachten krijgt, kunnen de leerkrachten contact opnemen met de dokter, het nummer 1712 ... Het nummer 1712 is gratis en men kan er elke werkdag tussen 9 en 17 uur terecht met bijvoorbeeld een vermoeden van mishandeling. (Frye & Feldman, 2012; Vlaamse Overheid, s.a.)

6 VERPLEEGKUNDIGE AANDACHTSPUNTEN

Pediatriesch verpleegkundigen zijn nauw betrokken bij het kind en zijn/haar ouder(s) tijdens een ziekenhuisopname. Deze verpleegkundigen spelen dan ook een belangrijke rol in het herkennen van de symptomen, in de verdere diagnosestelling, behandeling, verwerking, enzovoort. In dit onderdeel worden enkele verpleegkundige aandachtspunten omtrent Münchausen by Proxy besproken.

6.1 Algemeen

De prioriteit van de verpleegkundige is zorgen voor de veiligheid van het kind. Dat is iets waar elke verpleegkundige op moet letten. Hierbij de opmerking dat je als verpleegkundige alleen niet kan zorgen voor een goede en veilige toekomst van het kind. Een multidisciplinair team kan hier meestal wel voor zorgen. Een goede samenwerking tussen alle partijen is dan ook van levensbelang. Zorg dat de communicatie tussen alle betrokkenen steeds optimaal is. Maak steeds schriftelijke notities, al dan niet elektronisch, die je kunt bewaren in het dossier van het kind. Zo kan iedere zorgverlener steeds alle verslagen nalezen. Foto's trekken van de letsels van het kind kan je eventueel doen om deze later te vergelijken. (Beard, 2007; De Craim & Traets, 2010; Flaherty, MacMillan & Committee on Child Abuse and Neglect, 2013; Petersen et al., 2014; Schreier, 2004)

Zorg als verpleegkundige dat je steeds beschikbaar bent voor het kind en zijn/haar omgeving. Een opmerking hierbij is dat dat alleen maar geldt tijdens de werkuren en dus niet tijdens je vrije tijd. Je moet met andere woorden een evenwicht zoeken tussen afstand en nabijheid en tussen werk en privé. Belangrijk is ook om ervoor te zorgen dat het kind vertrouwen in je heeft. Zo kan deze met zijn/haar vragen bij jou terecht. (Kodner & Wetherton, 2013; Petersen et al., 2014)

Als verpleegkundige is het belangrijk om geregeld bijscholingen te volgen, onder andere over kindermishandeling. Natuurlijk zijn niet alleen verpleegkundigen de doelgroep van deze bijscholingen omtrent kindermishandeling. Denk bijvoorbeeld ook aan artsen, psychologen, sociale medewerkers, leerkrachten ... Op deze manier is de kennis van alle hulpverleners optimaal en kan er goede zorg verleend worden aan het kind en het gezin. (Bass & Glaser, 2014; Conn et al., 2013; Petersen et al., 2014; Skellern, 2015; Stirling & the Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; Winokur et al., 2014)

6.2 De taken van de pediatriesch verpleegkundige

De diagnose MBP wordt door een kinderarts gesteld, maar het is de pediatriesch verpleegkundige die het meeste tijd doorbrengt met het kind en de ouders en dus het meeste kans heeft om iets op te merken. Het is dus zeer belangrijk dat de verpleegkundige de karakteristieken van zowel moeder, vader als kind kent en kan herkennen op de afdeling. Verpleegkundigen hebben vaak te weinig kennis van MBP, waardoor ze ongewild als medeplichtige kunnen worden gebruikt. Educatie rond dit onderwerp is dus essentieel. Het is van het grootste belang dat de verpleegkundige een vertrouwensrelatie opbouwt met het kind en de ouders. Op die manier is de kans groter dat de verpleegkundige iets te weten gaat komen dat het vermoeden kan bevestigen of ontkennen. (Herendeen, Blevins, Anson & Smith, 2014; Morrell & Tilley, 2012; Terry, 2004)

Op een pediatrische afdeling worden vaak veel taken uitgevoerd door de ouders. Als er een vermoeden ontstaat van MBP kan de verpleegkundige eenvoudig ingrijpen door het grootste deel van de zorg op zich te nemen. Door zelf het kind in een potje te laten plassen, is er immers zekerheid dat er niet geknoeid is met het staal. Zelf medicatie toedienen verzekert de verpleegkundige ervan dat het kind het daadwerkelijk gehad heeft. Zo zijn er talloze mogelijkheden. (Terry, 2004)

6.3 Wat mag/kan een pediatrisch verpleegkundige doen bij vermoeden van MBP wanneer de arts dit vermoeden niet erkent?

Een verpleegkundige die een vermoeden heeft van MBP kan dit best eerst bespreken met ervaren teamleden en de procedure, van de instelling waarin men werkt, rond kindermishandeling volgen. Het gedeelde beroepsgeheim maakt het mogelijk om met teamleden te overleggen. Maar wat kan de verpleegkundige doen als de arts het vermoeden niet erkent en geen verdere stappen wil ondernemen? (Van Looveren, 2012)

Zoals reeds in het onderdeel 1.6. (wettelijk kader rond kindermishandeling) is uitgelegd, kan de verpleegkundige ook zelf actie ondernemen. Ze moet het kind niet zelf onderzocht hebben maar mag ook een melding doen als het feit dat het kind mishandeld wordt, haar door een derde is toevertrouwd. Als de verpleegkundige overtuigd is dat er een acuut gevaar dreigt voor de minderjarige, mag ze haar beroepsgeheim opzij schuiven. Iedereen heeft de plicht om iemand in groot gevaar te helpen, als men daarmee zichzelf of anderen niet in gevaar brengt. Als men op het moment zelf geen actie onderneemt, is dit zelfs schuldig verzuim. Er moet niet direct een melding of klacht worden gedaan, de verpleegkundige moet enkel kunnen aantonen dat ze hulp heeft geboden. Deze hulp kan ze zelf aanbieden maar dit kan evengoed door de hulp van anderen in te schakelen of door naar de politie te stappen. De verpleegkundige heeft géén meldingsplicht. (Ackermans, 2013; Christens, 2015; Van Looveren, 2012)

Naast het bespreken van het vermoeden binnen het team waar de verpleegkundige werkt en het volgen van het stappenplan dat het ziekenhuis heeft opgesteld, zijn er nog enkele opties. Men kan contact opnemen met bijvoorbeeld een Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. Hierbij hoeven geen namen genoemd te worden maar kan men zijn verhaal kwijt. De deskundigen die daar werken kunnen vervolgens actie ondernemen als zij aanvoelen dat het inderdaad een twijfelachtig verhaal is. Het is evident dat men eerst eens nadenkt over waarom de arts de verpleegkundige niet wil ondersteunen. Ziet de verpleegkundige iets dat de arts niet ziet, wil de arts geen moeite doen of is er nog iets anders aan de hand? Als de verpleegkundige een klacht (een melding bij het gerecht) wil neerleggen, kan ze hiervoor naar de politie of naar de procureur stappen. Een tip is om rechtstreeks naar de procureur te gaan. Indien de verpleegkundige haar vermoeden aan de politie vertelt, is dit een schending van het beroepsgeheim, maar indien ze het aan de procureur vertelt niet. Een advocaat kan deze schending anders later gebruiken als procedurefout. (Christens, 2015; Kind in Nood Kempen (persoonlijk gesprek, 15 maart 2015); Van Looveren, 2012)

6.4 Aandachtspunten bij de diagnosestelling

In het kader van het stellen van een diagnose is het als pediatrisch verpleegkundige belangrijk om enkele zaken in het achterhoofd te houden. Wanneer een verdachte

situatie zich voordoet op de afdeling, iets waar niemand meteen een antwoord op heeft, moet er steeds gedacht worden aan het thema 'kindermishandeling'. Zou er eventueel sprake kunnen zijn van kwaad opzet? Zaken als overdreven bezorgdheid en bemoederen van het kind in kwestie kunnen betekenen dat de ouder eigenlijk iets te verbergen heeft. Alles begint dus bij het vermoeden van een mogelijk probleem. Als verpleegkundige kan je met dit vermoeden best de rest van het team raadplegen, zodanig dat duidelijk wordt of dit vermoeden erkend wordt door collega's. Later kan een arts ingelicht worden. Daarna is het van groot belang het kind en de ouder goed te observeren, geziene zaken en verhalen van de ouder duidelijk te noteren, en het dossier goed te bestuderen. Dit laatste zal echter de arts meestal voor zijn rekening nemen, deze heeft dan ook inzage in het volledige medisch dossier van kind en eventueel ook van de vermoedelijke dader, broers en zussen van het kind, enzovoort.

De verpleegkundige heeft in de diagnosestelling voornamelijk een belangrijke rol in het opmerken van verdachte of andere zaken en deze goed en objectief bij te houden. Het is dan ook hij of zij die het meeste tijd doorbrengt met het kind en zijn ouder(s)! (Brink & Thackeray, 2012; E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015); Teeuw et al., 2011)

6.5 Aandachtspunten bij de behandeling

De rol die de verpleegkundige speelt binnen het kader van behandeling van Münchausen by Proxy is eerder beperkt. De verpleegkundige kan eventueel aanwezig zijn bij het confrontatiegesprek met de ouders, en de gesprekken die daarop volgen. De verpleegkundige zal vooral een ondersteunende rol op zich nemen en kan als vertrouwenspersoon fungeren voor het kind, de dader, partner en/of andere kinderen door een luisterend oor te bieden en steeds beschikbaar te zijn voor de betrokkenen. De dader dient respectvol benaderd te worden. Dit doet men door de dader zelf niet als persoon te veroordelen, maar enkel het gestelde gedrag. (Adriaenssens, 2011; Bass & Glaser, 2014; Dubois et al., 2001; E. Swolfs (persoonlijk gesprek, 30 maart 2015); van de Putte et al., 2013)

Vergeet tijdens de behandeling het gezin niet uit het oog te verliezen. Toon empathie, luister actief en passief naar het kind en zijn gezin. Wat ten slotte ook belangrijk is, is dat je het kind als een kind blijft zien. Hij/zij is namelijk niet alleen een slachtoffer van mishandeling. (Kodner & Wetherton, 2013; Petersen et al., 2014)

6.6 Aandachtspunten m.b.t. de toekomst

Wordt er een kind opgenomen met een voorgeschiedenis van Münchausen by Proxy, denk er dan aan dat een herval mogelijk is bij de ouder. Noteer zeker in het dossier dat het kind een voorgeschiedenis heeft van MBP. Is het opgenomen kind reeds een adolescent, bedenk dan dat kinderen die blootgesteld zijn aan MBP zelf een Münchausen syndroom kunnen ontwikkelen. Belangrijk is om hier rekening mee te houden als een adolescent op de afdeling opgenomen wordt. Beschuldig dan niet direct de ouder terug. Maar let op, durf bij een vermoeden van MBP dit steeds te melden! (Beard, 2007; Schreier, 2004)

Kinderen waarbij Münchausen by Proxy is vastgesteld, hebben meer kans op ontwikkelingsproblemen. Belangrijk is om als verpleegkundige hier rekening mee te houden. Stimuleer, in overleg met de speltherapeut(e), de ontwikkeling van het kind. Observeer het kind en de ouders telkens je de kamer binnenkomt. Als verpleegkundige breng je namelijk veel tijd door met het gezin. Zorg er steeds voor dat je een goede therapeutische relatie opbouwt met het kind. Op deze manier heeft het kind vertrouwen

in de verpleegkundige. Indien mogelijk kan je dan een gesprek aangaan met het kind over hoe hij/zij de situatie ervaart. Zorg er steeds voor dat er bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog, sociaal verpleegkundige ... beschikbaar is voor het kind. Check ook steeds het gewicht van het kind. Om een goede ontwikkeling te bekomen, is een goed gewicht belangrijk. (Gezondheidsraad, 2011; Korbin & Krugman, 2013; Petersen et al., 2014)

7 ONTWIKKELEN VAN EEN WEBSITE

Met deze bachelorproef willen we meer bekendheid creëren rond Münchausen by Proxy. Verpleegkundigen zijn nauw betrokken bij kind en ouder(s) tijdens een ziekenhuisopname. Ze kunnen dan ook een belangrijke rol spelen in het herkennen van de symptomen, in de verdere diagnosestelling, behandeling, verwerking, enzovoort. Het doel van onze bachelorproef is om een website te ontwikkelen om evidence-based informatie rond MBP op een toegankelijke manier over te brengen naar pediatrisch verpleegkundigen. Deze website kan ook voor andere hulpverleners, leerkrachten en andere personen die in contact komen met kinderen een handige leidraad zijn. In de huidige maatschappij zijn smartphones steeds meer prominent aanwezig. We hebben er dan ook voor gezorgd dat er deze website ook mobiel goed toegankelijk is.

De website die we in het kader van deze bachelorproef hebben ontwikkeld is te vinden via volgende link: <http://munchausenbyproxy.wix.com/munchausenbyproxy>.

Op de volgende pagina's staat er een afdruk van de website.

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Wat is Münchausen by proxy (MBP)?

Münchausen by Proxy is een specifieke vorm van kindermishandeling, waarbij er vooral sprake is van fysieke kindermishandeling. Het is een psychiatrische aandoening waarbij de verzorger van een kind, meestal de moeder, schade veroorzaakt aan het kind. Soms kan het ook zijn dat de vader het kind mishandelt. Vaak begint de mishandeling als het kind nog klein is, maar wordt het pas op latere leeftijd ontdekt.

Leeftijd bij diagnosestelling

De leeftijd van het kind bij de ontdekking van MBP ligt **meestal tussen 2 en 4 jaar**. MBP kan echter ook voorkomen bij oudere kinderen. Maar bij deze groep kinderen moeten we eraan denken dat ze zichzelf ook ziek kunnen maken. Belangrijk is dus om bij oudere kinderen goed te kijken of er sprake is van Münchausen of van Münchausen by Proxy.



Verschil Münchausen & Münchausen by Proxy

Münchausen by Proxy mag niet verward worden met Münchausen. Het is namelijk niet hetzelfde.

Münchausen by Proxy heeft bij de DSM 5 vier criteria.

Criteria volgens DSM IV (vorige editie):

- zorgen voor opzettelijk lichamelijke of psychische symptomen bij een persoon waar men voor zorgt
- motivatie van de dader
- externe prikkels zijn afwezig
- het gedrag van de dader komt niet door een andere mentale stoornis.

Bij DSM 5 (uitgekomen in 2013) zijn deze criteria wat veranderd. Dat zie je op onderstaande afbeelding.

Panel 1.

Diagnostic and Statistical Manual, fifth edition, criteria for factitious disorder imposed on another, code 300.19^b (International Classification of Diseases-10 code F68)

- 1 Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, in another; associated with identified deception
- 2 The individual presents another individual (victim) to others as ill, impaired, or injured. The perpetrator, not the victim, receives the diagnosis
- 3 The deceptive behaviour is evident even in the absence of obvious external rewards
- 4 The behaviour is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder

Afbeelding: Criteria Münchausen by Proxy DSM V (Bass & Glaser, 2014)

Münchausen daarentegen is een psychiatrische ziekte waarbij een persoon zichzelf ziek maakt/pijn doet om aandacht te krijgen.

Dit komt het vaakst voor bij vrouwen tussen twintig en veertig jaar. Deze vrouwen zijn vaak ook personen met een medische vooropleiding, zoals verpleegkundigen. We merken tevens dat Münchausen een gevolg kan zijn van Münchausen by Proxy. Een kind met MBP heeft meer kans om later zelf Münchausen te ontwikkelen.

Epidemiologie & incidentie

MBP wordt vaak ondergediagnosticeerd. Hierdoor is er een grote variatie in cijfers.

De afbakening van MBP zorgt er ook voor dat er grote verschillen merkbaar zijn tussen de cijfers qua incidentie en prevalentie.

De **prevalentie** van schommelt tussen de 0,5 en 2 %.

De **incidentie** varieert tussen 0,5 en 89/100.000. Dit is afhankelijk van de criteria die je gebruikt om MBP te definiëren.

Geschiedenis en oorsprong benaming



Münchausen is voor het eerst beschreven in 1951 door R. Asher. Hij heeft de naam Münchausen bedacht omdat de baron Karl Friedering von Münchausen graag verhalen vertelde over de avonturen die hij had meegemaakt. Münchausen by Proxy daarentegen is in 1977 voor het eerst beschreven door R. Meadow. Daarom werd dit syndroom toen ook het syndroom van Meadow genoemd. Deze woordkeuze wordt nu bijna niet meer gebruikt.

Momenteel wordt gezegd dat het woord Münchausen by Proxy als ongeschikt kan beschouwd worden omdat de focus niet meer ligt op het kind, maar wel op de psychiatrische stoornis van de verzorger van het kind. Daarom wordt Münchausen by Proxy vaak factitious disorder by proxy of paediatric condition falsification genoemd. Volgens de laatste DSM V wordt Münchausen by Proxy nu beschreven als 'Factitious Disorder imposed on another'. Als besluit is het duidelijk dat men er nog niet uit wat de beste benaming is van dit syndroom. Er is geen internationale benaming voor deze stoornis.

Verder op deze site vindt u informatie en verpleegkundige aandachtspunten i.v.m. [herkenning](#), [diagnose](#), [behandeling](#), [toekomst](#) en [verpleegkundige aandachtspunten](#).

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Herkenning

Verschillende uitingsmogelijkheden

Mild: de symptomen worden verzonnen of overdreven

- vb. een kind dat soms milde hoofdpijn heeft kan door de dader worden omschreven als een kind met 'continue, ernstige hoofdpijn'*
- vb. het onthouden van een behandeling van een kind (door bijvoorbeeld voorgeschreven medicatie niet toe te dienen)*

Matig ernstig: bewijsmateriaal wordt vervalst

- vb. knoeien met stalen zoals bloed toevoegen aan een urinestaal*
- vb. notities maken in het patiëntendossier terwijl men hier de autoriteit niet toe heeft*

Ernstig: symptomen worden bij het slachtoffer geïnduceerd

- vb. vergiftiging: overdosage van medicatie, schadelijke stoffen zoals insuline toedienen...*
- vb. veroorzaken van infecties: onsteriele handelingen met een (diep veneuze) katheter, aanbrennen van faeces op een wonde...*
- vb. verstikking: dit wordt dan uitgelegd aan de arts als bijvoorbeeld apnoes*

...de mogelijkheden zijn eindeloos en enkel afhankelijk van de creativiteit van de dader

Symptomen

Zowel lichamelijke als psychosociale symptomen zijn aanwezig bij een kind dat het slachtoffer is van MBP. Deze symptomen komen deels overeen met degene die waargenomen kunnen worden bij kindermishandeling. Niet alle symptomen van kindermishandeling echter zijn van toepassing op MBP én omgekeerd.

[Klik hier voor de lichamelijke symptomen](#)

[Klik hier voor de psychosociale symptomen](#)

Kenmerken van de dader, de partner van de dader en het slachtoffer

De dader is in veruit de meeste gevallen de moeder, daarom wordt er regelmatig naar de dader gerefereerd als 'ze'. Het is duidelijk dat ook een vader, grootouder of andere verzorgende van het kind de rol van dader op zich kan nemen. Op de kenmerken van de dader letten kan eveneens een mogelijkheid zijn om MBP sneller te herkennen.

Kort samengevat: een Engels ezelsbruggetje ter herkenning van het slachtoffer: **PATHOLOGIC**

- P:** psychiatric history
- A:** attention seeking
- T:** troubled marriage
- H:** history of abuse/neglect
- O:** overly involved in medical decisions
- L:** lack of trauma resolution
- O:** overly familiar relationship with health care providers
- G:** gender predisposition towards female
- I:** insincere emotional responses
- C:** career in health care common



De partner van de dader, in de meeste gevallen de vader, is vaak (letterlijk of figuurlijk) afwezig. Meestal is er sprake van een slecht huwelijk. De vader is niet nauw betrokken bij het gezin, wordt omschreven als 'minder intelligent' dan zijn partner en heeft een passieve rol. Sommige vaders vermoeden echt niets, andere geloven dat hun partner het beste voor heeft met hun kind. Een zeldzame vader verdenkt de moeder wel en probeert verandering in de situatie te brengen, maar dit is meestal onsuccesvol. De meeste partners hebben hun twijfels bij het hele verhaal maar grijpen niet in.

Het slachtoffer heeft vaak een echte medische (psychische of fysieke) aandoening gehad of heeft deze nog op het moment van de mishandeling. Het kind heeft al een complexe medische anamnese en heeft in zijn/haar leven al veel verschillende hulpverleners gezien. Het is vaak een 'kwetsbaar kind' met een voorgeschiedenis van prematuriteit of een ALTE. Het kind is vaak angstig en verward over de eigen gezondheidstoestand omdat het zich niet ziek voelt maar toch met grote regelmaat onderzocht wordt. Indien het kind al wat ouder is speelt het vaak (on)bewust het verhaal mee. Hiermee hoopt het kind goedkeuring en liefde van de dader te krijgen. Een **alarmteken** is als het kind een dood broertje/zusje met een gecompliceerde medische geschiedenis heeft.

Kort samengevat: een Engels ezelsbruggetje ter herkenning van het slachtoffer: **IRREGULAR**

I: inconsistent medical history, clinical assesment and laboratory findings

R: recurrent/prolonged illness

R: resistance to treatment

E: emotional abnormalities

G: growth and developmental delays

U: unexplained symptoms

L: lack of outside relationships

A: asymptomatic in absence of the perpetrator

R: relapses frequent

Het centraliseren van patiëntengegevens

Het aanwezig zijn van alle gegevens van één patiënt op één plaats zou de detectie van MBP veel eenvoudiger maken. Nu is het vaak mogelijk dat het kind bij zeer veel verschillende hulpverleners en in diverse instellingen komt, en dat men daar niet van op de hoogte is. Bovendien is meestal enkel een korte samenvatting beschikbaar voor een andere hulpverlener als deze gaat kijken in het dossier van het kind. Bezorgdheden rond patiëntenprivacy komen eveneens bovendien bij dit onderwerp.



In België bestaat [het eHealth-Platform](#). Dit is een elektronisch patiëntendossier dat geopend mag worden door verschillende actoren in de gezondheidszorg met als doel de kwaliteit en continuïteit van de zorg te optimaliseren. In dit dossier staan alle gegevens van alle zorgen die de patiënt ooit gekregen heeft. Enkel gemachtigde zorgverleners krijgen toegang tot patiëntengegevens, en dit alleen indien de patiënt een informed consent getekend heeft. Zonder de toestemming van een ouder kan een hulpverlener met een vermoeden van MBP dus niet het dossier van het kind inkijken. Het weigeren van deze toestemming kan uiteraard beschouwd worden als een **alarmteken**. Een arts die deze gegevens toch wil inkijken kan een 'ice-breaking' procedure lanceren. Hierbij doet hij/zij een aanvraag bij de afdeling gezondheid van het Sectoraal Comité. Aangezien de arts de officiële diagnose van MBP moet stellen en dit geen bevoegdheid is van de verpleegkundige, kan ook enkel de arts (en de sociale dienst) zo'n aanvraag doen. Dit is een hele procedure, wat hulpverleners kan tegenhouden om die stap te zetten.

Wat kan je nu doen als pediatriesch verpleegkundige?

Als pediatriesch verpleegkundige kan je een immens verschil maken naar de toekomst van het kind toe. Hoe pak je dit aan en wat kan je doen als de arts je vermoeden niet erkent? Hiervoor worden enkele [praktische handvaten](#) gegeven.

[Klik hier om verder te gaan naar lichamelijke symptomen](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Lichamelijke symptomen



Hieronder volgen enkele voorbeelden van symptomen die vaak voorkomen bij MBP.

Er wordt vermeld hoe de dader deze symptomen mogelijk kan verklaren.

Hematomen => verklaring: stollingsstoornis, evenwichtsproblemen bij het kind waardoor het gemakkelijk valt...

Anorexie/voedingsproblemen (vaak geïnduceerd door voeding te onthouden van het kind) => verklaring: voedselallergie, braken/diarree...

ALTE (vaak geïnduceerd door verstikking) => verklaring: apnoe...

Bloedingen (geïnduceerd door orale anticoagulantia of een vervalst staal met exogeen bloed) => verklaring: stollingsstoornis...

Bloedingen, stuipen, koorts, uitslag, allergie, astma, pijn...

Tijdens het klinisch onderzoek komt het kind vaak over als lethargisch

Het valt op dat vele van deze symptomen waargenomen moeten worden op het moment zelf (zoals overgeven, apnoe, pijn...) om de diagnose te kunnen stellen, deze symptomen zijn verdwenen tegen de tijd dat het kind bij de arts op consultatie komt. De arts moet dus vertrouwen op het verhaal van de ouder van het kind.

Enkele alarmtekens die de hulpverlener steeds tot waakzaamheid moeten aanmanen:

De gerapporteerde symptomen worden enkel geobserveerd door de dader; worden niet waargenomen door de hulpverlener zelf.

Er zijn tegenstrijdigheden tussen wat de hulpverlener te horen krijgt van de dader en wat hij zelf waarneemt.

De behandeling die wordt ingesteld geeft nooit het verwachte resultaat.

Als één symptoom is verdwenen duikt er een nieuw op.

De toestand van het kind verslechtert als er gesproken wordt over ontslag uit het ziekenhuis, dan verschijnen vaak nieuwe symptomen.

Het kind heeft multiple en vage symptomen.

Een biologisch onlogische volgorde van gebeurtenissen of symptomen.

Een tegenstrijdige medische geschiedenis, klinische onderzoeken en labo-resultaten.

vb. baby verliest volgens de moeder veel bloed (via urine of stoelgang...) maar uit het bloedresultaat komt geen anemie naar voor

Het kind maakt gebruik van hulpmiddelen die niet nodig lijken te zijn voor de vastgestelde diagnose (vb. een rolstoel).

Emotionele abnormaliteiten, zie hiervoor ook de [psychosociale symptomen](#).

Het kind is vertraagd qua groei en ontwikkeling.

Het ontbreekt het kind aan externe relaties (vb. vriendjes op school).

Het kind is asymptomatisch als de dader afwezig is.

Het kind hervalt regelmatig.

Het verhaal van verschillende verzorgers van het kind stemt niet overeen.



Münchenhausen by proxy tijdens de zwangerschap?

In extreme gevallen kan MBP zich al uiten tijdens de zwangerschap. Hierbij kunnen zich bv. antepartum bloedingen of een valse vroegtijdige arbeid zich voordoen en soms wordt de arbeid zelf opzettelijk prematuur in gang gezet. De kans dat dit bij een eerste kind opgemerkt wordt is zeer klein, de obstetricus kan hier echter wel alert op zijn bij een volgende zwangerschap als de moeder reeds beticht is geweest van MBP.

[Klik hier om verder te gaan naar psychosociale symptomen](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Psychosociale symptomen

Deze symptomen zijn beperkter dan de lichamelijke symptomen, maar er dient zeker de nodige aandacht aan geschonken te worden. Ze worden eerder waargenomen door een hulpverlener of leerkracht en zullen niet zelf aangebracht worden door de dader.

Het kind gaat zeer onregelmatig naar school en er is nooit een duidelijke verklaring waarom.

Het gedrag van het kind verandert regelmatig en beantwoordt niet aan wat men zou verwachten van een kind van die leeftijd.

Het kind heeft vaak last van nachtmerries, heeft stress en is teruggetrokken.

Het kind wordt door de dader niet actief gestimuleerd om vriendschappen te sluiten en sociale contacten aan te gaan.

Een duidelijk **alarmteken** is als het kind niet voor zichzelf mag spreken en als de dader steeds aanwezig wil zijn bij onderzoeken of tijdens de opname in het ziekenhuis.

De grenzen in de relatie tussen kind en ouder zijn vaag of afwezig.

Het kind komt vaak erg beschermend over naar de dader toe.

Emotionele 'abnormaliteiten' die vaak worden waargenomen bij het kind:

Hyperactiviteit, teruggetrokkenheid, immatuuriteit, passiviteit, afhankelijkheid, scheidingsangst, onderworpenheid aan medische procedures en beslissingen.

[Klik hier om verder te gaan naar de dader](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

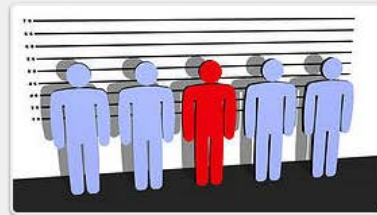
Literatuur

De dader

Hieronder wordt het onderscheid gemaakt tussen de vrouwelijke en de mannelijke dader en hun respectievelijke kenmerken. Uiteraard is dit niet zwart-wit en kunnen sommige kenmerken die opgelijst staan bij de vrouwelijke dader ook bij de mannelijke dader voorkomen of andersom. Er wordt enkel een leidraad gegeven van de kenmerken die in de meeste gevallen bij het respectievelijk geslacht horen.

De vrouwelijke dader

Over het algemeen heeft de dader veel medische kennis en maakt ze graag indruk op het medische team door deze kennis te tonen. De dader praat veel met het gehele medische team en wil een relatie vormen met hen. Ze is te familiair met de hulpverleners. Meestal is ze zeer vriendelijk maar als iemand het niet eens is met haar kan ze agressief worden en in de aanval gaan. Vaak volgen op dit punt dreigementen om elders een 'betere zorg' voor haar kind te bekomen. Als het kind bijna bezwaken is aan de symptomen is ze blij omdat ze haar kind 'gered' heeft door het tijdig te laten onderzoeken.



Absolute **alarmtekens:**

- De dader is ontevreden als een definitieve diagnose gesteld is. Ze wil een 2e en 3e mening en blijft vragen achter meer en invasievere onderzoeken en behandelingen.
- Ze is niet opgelucht als de testresultaten normaal zijn en voorspelt het hervallen van het kind.
- De dader wil graag dat het kind allerlei onderzoeken ondergaat die een andere ouder alleen zou toestaan als het absoluut noodzakelijk was.
- Ze moedigt het medische team aan om procedures uit te voeren die pijnlijk zijn voor het kind.
- Ze blijft kalm ondanks dat het medische team nog geen verklaring heeft gevonden voor de ziekte van haar kind.
- Ze wil haar kind niet alleen laten.
- Ze komt heel bezorgd over en wordt vaak omschreven als 'de perfecte moeder'.

De mannelijke dader

Het profiel van de mannelijke dader verschilt van dat van de vrouwelijke. Hij wil geen hechte relatie vormen met het team van hulpverleners maar gaat vaak in conflict met hen en is veeleisend. Hij scheidt vaak op over wat hij allemaal bereikt heeft en komt minder bezorgd en zorgend over zijn kind over dan de vrouwelijke dader.

Enkele algemene kenmerken

Alarmtekens die vaak aanwezig zijn bij de dader, ongeacht het geslacht:

- Een psychiatrische voorgeschiedenis
- Een voorgeschiedenis van mishandeling/verwaarlozing
- De dader heeft een verstoord huwelijk en zoekt aandacht
- Te grote betrokkenheid bij medische beslissingen en overmatige medische kennis
- Valse emotionele reacties
- Een carrière in de gezondheidszorg of kinderopvang
- Zich comfortabel voelen in de ziekenhuissetting
- Het willen van aandacht, sympathie, erkenning en admiratie

[Klik hier om verder te gaan naar diagnose](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

[Wat is MBP?](#)
[Herkenning](#)
[Diagnose](#)
[Behandeling](#)
[Toekomst](#)
[Aandachtspunten](#)
[Over ons & ethiek](#)
[Literatuur](#)

Diagnose

Het stellen van een diagnose Münchausen by Proxy is niet eenvoudig. Alertheid van het medisch en paramedisch personeel en de durf om dit fenomeen te onderkennen zijn van groot belang. De dader komt in het ziekenhuis en spreekt over verschillende bizarre symptomen waardoor artsen met de handen in het haar zitten.



Hoe kunnen we een diagnose stellen?

Bij een vermoeden van Münchausen by Proxy in het ziekenhuis wordt meestal de raad van de behandelende arts gevraagd, die op zijn beurt advies van een tweede arts, vaak iemand gespecialiseerd in kindermishandeling kan vragen. De betrokken artsen stellen zichzelf **drie vragen** om uit te maken of dit een vermoedelijk geval van Münchausen by Proxy zou kunnen zijn:

- 1) Zijn de geschiedenis en de symptomen van het kind geloofwaardig?
- 2) Krijgt het kind onnodige en schadelijke of mogelijk schadelijke medische zorgen?
- 3) Zo ja, wie lokt de behandeling uit?

Wanneer uit de antwoorden op deze vragen blijkt dat men te maken heeft met een verdachte situatie, worden verdere stappen ondernomen. Hierbij worden de **pediatriesch verpleegkundigen** van de dienst waar het kind werd opgenomen ook ingeschakeld. Zij noteren elke gebeurtenis zo specifiek mogelijk in het medische en verpleegkundig dossier van het kind, zodat een uitgebreid beeld kan worden verkregen en men zich niet alleen moet baseren op de verhalen van de vermoedelijke dader.

Artsen verzamelen alle beschikbare informatie, ook vanuit eventuele andere instellingen, medische dossiers van alle gezinsleden, politierapporten, schoolverslagen, enzovoort. Men kan deze informatie samenbrengen, bijvoorbeeld op volgende wijze:

Datum	Locatie	Reden van contact	Gerapporteerde symptomen	Conclusie/diagnose	Behandeling	Effectiviteit behandeling?	Andere observaties?

Op die manier heeft men alle informatie binnen handbereik en krijgt men eventueel een beter beeld over telkens terugkerende patronen, gelijkenissen, patronen, enzovoort.

Wanneer het vermoeden na het doorzoeken van de medische dossiers enkel nog versterkt wordt, is het raadzaam voor de arts om naar een professionele instantie zoals het Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling (www.kindemishandeling.be) te stappen met dit vermoeden.

In elke provincie zetelt een dergelijk centrum. Zij weten wat te doen en zullen het onderzoek verder overnemen of opdrachten geven inzake verzamelen van bewijsmateriaal. Deze instantie zal ook bepalen of er klacht wordt neergelegd bij de politie of niet.

Welke moeilijkheden kunnen zich voordoen bij het stellen van de diagnose?

Diverse zaken kunnen iemand tegenhouden om een melding te doen van een vermoeden van MBP. Ook zijn er bij het stellen van de diagnose zelf enkele redenen die het moeilijk maken voor de hulpverlener om correct te diagnosticeren. Deze redenen worden bekeken vanuit het oogpunt van de verpleegkundige, de arts, de dader en de omgeving van het kind.

[Klik hier om verder te gaan naar verzamelen van bewijzen](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Het verzamelen van bewijzen: hoe doen we dit?

Observatie van ouder en kind

Ouder maar vooral kind zullen tijdens hun verblijf in het ziekenhuis goed geobserveerd worden. De mate van observatie hangt steeds af van de ernst van de situatie. Een kind op een intensieve dienst heeft zo goed als constant een verpleegkundige of arts aan bed, op een pediatrische dienst zal dit een stuk minder zijn. Wanneer er een belangrijk vermoeden is van MBP, zal de observatie echter ook daar toenemen. De veiligheid van het kind primeert dan ook. De verpleegkundige moet ook zoveel mogelijk zaken zien en horen om het dossier van de patiënt zo specifiek mogelijk te kunnen aanvullen en zo tot bewijzen te komen.



Toxicologisch onderzoek

Naast een uitstekende observatie van het kind zelf, is ook een toxicologisch onderzoek heel belangrijk. Dit moet nauwkeurig gebeuren en geïnterpreteerd worden nadien. Men mag hierbij niets over het hoofd zien. Urinestalen, bloedstalen, enzovoort waaruit eventueel (overdreven) medicatiegebruik naar voor kan komen zijn erg belangrijk bij een diagnose MBP.

Wanneer uit gewoon observatie van het kind en de vermoedelijke dader en de toxicologische onderzoeken nog niets bewezen kan worden, is het zoals eerder gezegd raadzaam om een professionele instantie voor kindermishandeling te raadplegen. Zonder bewijzen kunnen we namelijk de ouders niet confronteren en het is raadzaam dit niet zomaar te doen voor een gunstig verder verloop van de zaak. Zij zullen het onderzoek overnemen of voorstellen voor verdere diagnostisering doen. Het kan ook zijn dat vanuit de politie de vraag komt naar verder onderzoek in het ziekenhuis. Binnen de literatuur staan verschillende voorbeelden beschreven.

Verborgene camera

Het is een idee om in de patiëntenkamer een verborgene camera te installeren zodanig dat de vermoedelijke dader op heterdaad betrapt kan worden. Hieraan zijn echter wel verschillende pro's en contra's verbonden.

Pro:



- Dader kan worden gevat, diagnose is gesteld
- Wanneer dader dit zou ontdekken kan deze tot het besef komen dat er iets mis is en dat hij hulp nodig heeft
- Dader kan stoppen wanneer ze dit weten en bekennen

Contra:



- Veiligheid van het kind komt in het gevaar: wachten op volgende zet van de dader
- Geen privacy voor het kind en zijn of haar gezin
- Moeilijk om videobeelden te interpreteren
- Kostelijk
- Schenden van vertrouwen in de medische wereld wanneer ouder dit ontdekt. Dader wil nadien mogelijk geen hulpverlening meer aannemen
- Wanneer ouder dit ontdekt: mogelijk stoppen in het ziekenhuis maar thuis opnieuw toeslaan
- Focus op het pakken van de dader, niet op het kind

Het is dus duidelijk dat er veel meer argumenten contra zijn dan argumenten pro camerabewaking. Vooraleer we dus over zouden gaan op deze manier van diagnosticeren, moeten we stilstaan bij de mogelijke gevolgen voor het kind. De veiligheid primeert hierbij en deze kunnen we allesbehalve waarborgen wanneer we wachten op een volgende slag van de dader. En wanneer we deze dan op camera hebben staan, betekent dit nog niet dat dit voldoende bewijs is om een verdenking en een diagnose hard te kunnen maken. Als dit niet het geval is, zal de dader geen vertrouwen meer hebben in de medische wereld, maar ook niet behandeld worden en dus niet stoppen met mishandelen...

Het plaatsen van verborgen camera's is dus geen voor de hand liggende beslissing!

Scheiden van ouder en kind

Wat we dan nog kunnen doen is de vermoedelijke dader een bezoekersverbod opleggen. Deze mag dan enkel op afgesproken momenten, begeleid door een sociaal assistent, bij het kind. Zo kan de arts afwachten of de toestand van het kind verbetert of niet. Wanneer deze verbetert, kunnen we ervan uitgaan dat de ouder de symptomen bij het kind op de een of andere manier opwekt. Echter, wanneer de gezondheid van het kind niet verandert, maar hetzelfde blijft of verergert, weten we niet voor 100% zeker dat de ouder er niet tussen zit. We weten namelijk niet wat de ouder juist zou gedaan hebben en in welke mate deze handeling(en) de gezondheid zal (blijven) beïnvloeden.

Het scheiden van ouder en kind zorgt dus niet voor een zekerheidsdiagnose, enkel wanneer de gezondheid zichtbaar verbetert net da de scheiding. Daarnaast moeten we ook stilstaan bij het feit dat een dergelijke scheiding erg ingrijpend is voor de ouder, maar zeker ook voor het kind. Deze begrijpt niet wat er gebeurt en zal zich vragen beginnen stellen. Wanneer nadien zou blijken dat er geen sprake is van een diagnose MBP, kan het kind het vertrouwen in zijn moeder (of vader) verliezen omdat deze er niet altijd voor hem of haar was. De relatie is dan geschonden wat weer zijn gevolgen heeft... Opnieuw zaken om bij stil te staan...

Blogs lezen

Als laatste kan de arts een eventuele blog van de vermoedelijke dader gaan doorzoeken. Het is namelijk zo dat ouders van ernstig zieke kinderen vaak bloggen over de gezondheid van hun zoon of dochter. Een ouder met MBP zal in zijn blog de ernst van de situatie blijven benadrukken en regelmatig spreken over de vrees voor de dood van zijn of haar kind. Hierbij spreekt men over organisaties als Make a Wish, palliatieve zorg en gaat men op zoek naar donaties voor het kind. Dit alles om zoveel mogelijk medelijden op te wekken.



Door deze blogs te doorzoeken, zou de arts zijn vermoeden nog kunnen aansterken en zo meer bereid zijn om nog verder onderzoek te doen. Is dit wel professioneel? Dit is een vraag die we ons hierbij stellen. Het mag zeker niet de gewoonte zijn om elke ouder van een ziek kind te gaan opzoeken op internet, het is namelijk ook niet verboden om hierover te bloggen, maar wanneer bij een vermoeden van Münchausen by Proxy deze blog een hulp kan vormen, kan het wel nuttig zijn de privacy van ouders te 'schenden' door hun blogs te onderzoeken. Zij kiezen er uiteraard ook zelf voor om deze zaken online te plaatsen en weten dat iedereen aan deze informatie kan...

Ethiek

Zoals al blijkt bij elk van deze mogelijkheden, is het diagnosticeren van MBP ethisch vaak moeilijk. We zullen nooit 100% goed kunnen doen voor alle partijen. Hierbij komt privacy, veiligheid en professionaliteit vaak terug. Hoe ver mogen we gaan om een vermoeden te kunnen staven en wat doen we hiermee goed of kwaad? Heel erg moeilijk, maar we moeten hierbij stilstaan en overgaan tot de maatregelen die het minste schade berokkenen aan alle betrokkenen! Dit moet dus overwogen worden in samenspraak met verschillende gezondheidsmedewerkers.

[Klik hier om verder te gaan naar spoedgevallen](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP? | Herkenning | Diagnose | Behandeling | Toekomst | Aandachtspunten | Over ons & ethiek | Literatuur

Wat met een kind dat op spoed terechtkomt?

De dader komt met zijn of haar kind vaak eerst terecht op een spoedgevallendienst. De verpleegkundigen en artsen die hier werken zijn dus vaak de eerste die geconfronteerd worden met de verhalen van de dader. Zij moeten dus erg alert zijn en bedacht zijn op de verschillende verdachte signalen. Uiteraard is het erg moeilijk om dit in eerste instantie nog maar te gaan vermoeden, aangezien we altijd willen uitgaan van de beste bedoelingen van ouders. Wanneer deze dan erg ongerust met hun jong kind aankomen op spoed, vallen signalen waarschijnlijk zelfs niet op.



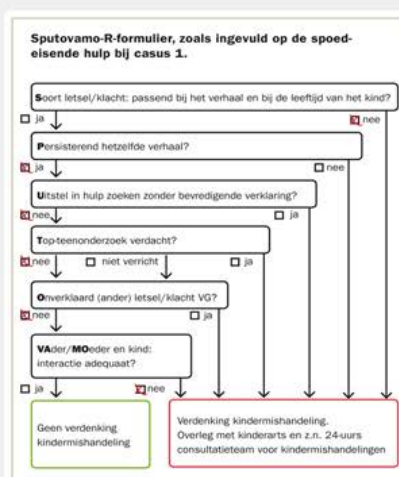
Er zijn **vier grote groepen van presentaties** waarbij we alert moeten zijn op spoedgevallen:

- 1) Vele en/of vreemde diagnoses
- 2) Geen overeenkomst tussen wat er verteld wordt en wat men werkelijk ziet
- 3) Terugkerende, ernstige symptomen die plots opkomen
- 4) Afwijkende laboresultaten die niet genegeerd mogen worden

Dit zijn beelden waarbij we dus goed moeten opletten of er geen sprake zou kunnen zijn van MBP. Wanneer hierdoor een vermoeden ontstaat, kunnen we volgende screeningsmethode, beschreven door Teeuw et al (2011), gebruiken.

Dit is een methode die bestaat uit **zes categorieën**:

- 1) De SPUTOVAMO checklist



- 2) Alle eerdere (spoed)dossiers doorzoeken
- 3) Doorverwijzen van kinderen die eerder al contact hadden met sociale dienst, psychiatrie, kindbescherming
- 4) Grondige lichamelijke inspectie
- 5) Doorverwijzen van kinderen van ouders die zich al toonden met alcoholintoxicatie, psychiatrische aandoeningen...
- 6) Zwangeren op de spoed die zich melden met drugproblemen, psychosociale problemen...

Door aandacht te hebben voor deze zes categorieën en deze goed te doorlopen, zijn we er zeker van dat we op de dienst spoedgevallen niets over het hoofd kunnen zien en dus zeker niets missen.

Bij een vermoeden zal een kind waarschijnlijk worden opgenomen in het ziekenhuis en daar kan het proces van diagnostisering verder gezet worden. Niet iedereen is het echter eens met de verschillende interventies die op spoedgevallen kunnen worden toegepast. Volgens sommigen heeft het niet veel zin om deze toe te passen omdat na onderzoek is gebleken dat deze niet meer resultaat opleveren.

Uiteraard is het zo dat er altijd voor- en tegenstanders zijn en er zullen dus altijd diensten blijven die een interventie opstarten in het kader van het onderkennen van kindermishandeling.

[Klik hier om verder te gaan naar moeilijkheden bij diagnosestelling](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Moeilijkheden/problemen bij het stellen van de diagnose

De pediatrisch verpleegkundige

Factoren die de verpleegkundige kunnen tegenhouden om een melding te doen

Angst is een belangrijke factor bij het melden van een vermoeden. Zowel angst voor de eigen reputatie als hulpverlener als de angst zich vergist te hebben, schrik voor de eigen veiligheid en ongerustheid over mogelijke juridische gevolgen kunnen iemand doen zwijgen. Het is sowieso psychologisch belastend om de keuze te maken om al dan niet een melding te doen en men moet kunnen leven met de gevolgen van die keuze. Niemand is comfortabel om een vermoeden te melden zonder 100 % zeker te zijn, maar dit is zelden het geval. Ook het feit dat de hulpverlener misleid is geweest en mogelijk medeplichtig is aan de mishandeling, is zeer moeilijk te verwerken. Het karakter, persoonlijke opvattingen en ervaringen spelen uiteraard ook een rol bij het maken van de afweging.

De vertrouwensband met de ouders wordt beschadigd bij het doen van een melding. En net dat wil de verpleegkundige niet in het gedrang brengen. Ze kan zodanig twijfelen aan zichzelf dat ze haar vaardigheden om de band tussen ouder en kind in te schatten in twijfel gaat trekken. De context van het kind kan een belangrijke weegfactor zijn: in kader van een holistische werkwijze mag er niet alleen naar het kind gekeken worden maar ook naar het gezin en iedereen die zich rond het kind bevindt. Sympathie voor het gezin en soms zelfs voor de handelingen van de dader kunnen bepalend zijn. Ethische bezwaren zoals het moeten misleiden van de ouders (bij video-onderzoek) en de schending van privacy zullen voor de ene verpleegkundige zwaarder doorwegen dan voor de andere.

Een gebrek aan kennis is vaak het geval bij de verpleegkundige: zowel voor kennis rond herkenning als rond de procedures (over kindermishandeling) van de instelling als rond wetgeving. Een gebrek aan vertrouwen in het systeem van crisisopvang en pleegzorg kan iemand tegenhouden een melding te doen. Welke toekomst hebben de ouders en wat gebeurt er met het kind? De instanties die het overnemen van het ziekenhuis na het krijgen van een melding houden degene die de melding heeft gedaan nadien ook niet op de hoogte. Hierdoor daalt het vertrouwen van de hulpverleners in die instanties en gaat men een volgende keer misschien geen melding meer doen.

Sommige verpleegkundigen laten alle verantwoordelijkheid liever over aan de arts, soms weet men gewoon niet dat men ook zelf actie kan ondernemen. Anderen gaan dan weer zelf met de familie willen werken om het probleem op te lossen en willen geen hulp inroepen van bijvoorbeeld een Vertrouwenscentrum Kindermishandeling.



Hoe komt dit?

Factoren van de verpleegkundige die de diagnose bemoeilijken

Zoals reeds vermeld bij de herkenning van MBP, doen de ouders op een pediatrische afdeling zeer veel zelf. Dit bemoeilijkt het stellen van een diagnose, aangezien er met bijvoorbeeld urinestalen kan geknoeid worden. Deze belemmering kan worden opgeheven als de verpleegkundige zelf het grootste deel van de verzorging van het kind op zich neemt. Verder is de procedure van het ziekenhuis meestal dat de verpleegkundige die een vermoeden heeft, hiermee naar de arts moet gaan. Ze kan vaak zelf ook niet het volledige medische dossier inkijken en kan geen dossiers opvragen bij andere ziekenhuizen. Hierdoor is de verpleegkundige deels afhankelijk van de arts. Zij kan echter ook het nodige doen voor het kind | Tenslotte is er vaak onduidelijkheid over wie er nu een melding moet doen, hier is opnieuw sprake van een tekort aan kennis.

Aanbevelingen om het aantal meldingen te doen toenemen en de diagnose te vergemakkelijken

Het ziekenhuis kan zijn medewerkers juridische steun geven, waardoor een rechtszaak niet te vrezen is bij uiting van een vermoeden.

De kennis bij alle hulpverleners moet vergroot worden: kennis over het herkennen van MBP, over de procedures van het ziekenhuis, wetgeving én over wat er met het kind en de familie gebeurt na een melding. Dit zal leiden tot meer vertrouwen in zichzelf en in het systeem van crisisopvang en pleegzorg.

De verpleegkundige moet heel goed weten [wat ze kan doen](#) als de arts geen stappen wil ondernemen.

Gebruik maken van een screeningsinstrument voor kindermishandeling/MBP.

Na een melding moet er een terugkoppeling komen naar de hulpverlener die de melding heeft gedaan, waardoor die weet (in beperkte mate) hoe het verder gaat met het kind en de ouders.

De hulpverlener moet focussen op het uiteindelijke doel: veiligheid voor het kind!

De kinderarts

Diverse redenen die voor de verpleegkundige van toepassing zijn, gelden eveneens voor de pediater.

Een kinderarts is het gewend om steeds te werken met het verhaal van de ouders en hierop te vertrouwen voor het stellen. Het kind kan het vaak zelf niet vertellen en de arts is dus afhankelijk van de ouders. Hulpverleners worden niet getraind om het verhaal van de familie in twijfel te trekken, het zorgt dan ook voor een oncomfortabel gevoel om dit wel te doen. De logische reactie van elke arts is verder blijven zoeken naar een medische verklaring voor de ziekte van het kind. Angst voor het missen van een zeldzame diagnose komt regelmatig voor en kan leiden tot verdere (invasieve) onderzoeken en procedures. Sommige artsen zullen het kind zien als een medische uitdaging.

Bij een vermoeden van MBP moet de arts dossiers gaan opvragen bij andere zorginstellingen en deze nauwkeurig doornemen. Dit vraagt tijd, wat vaak ontbreekt. Het kind ziet veel diverse artsen, ook dankzij de groeiende specialisatie in de gezondheidszorg. Hierdoor is er vaak geen arts die het totaalbeeld nog ziet, waardoor een onrustwekkend patroon gemist wordt. Dit probleem kan verholpen worden met [een systeem als eHealth](#), hieraan is echter nog werk.

Algemene richtlijn voor de arts: 'doe ik dit omdat ik vind dat het nodig is, of omdat de familie wil dat ik dit doe?'. Door zichzelf dit af te vragen kan veel schade aan het kind voorkomen worden.

De omgeving van het kind en de dader zelf

Iedereen die voor het kind zorgt kan in principe een melding doen van een vermoeden. Dit kan een leerkracht zijn, een leider uit de jeugdbeweging, een hulpverlener of een familielid. Zeker bij familie is dit zeer gecompliceerd. Een verontruste grootmoeder kan afzien van het doen van een melding uit angst dat ze nadien haar kleinkind niet meer te zien zal krijgen. Een leerkracht kan schrik hebben voor zijn reputatie. Ook deze bezwaren zouden minder zwaar moeten doorwegen dan de veiligheid van het kind, maar dit wordt in praktijk niet steeds toegepast.

De continue aanwezigheid van de dader bij het kind creëert een barrière om met het kind te praten. Het kind kan niet openlijk praten of vragen stellen die anders wél wantrouwen zouden oproepen bij de hulpverleners. Dit brengt moeilijkheden met zich mee naar het stellen van de diagnose toe.

[Klik hier om verder te gaan naar behandeling](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Behandeling

De behandeling van MBP is zeer complex. Er bestaat geen standaard therapie. Wanneer de diagnose MBP is gesteld, moet de hulpverlening zo snel mogelijk op gang komen.

De veiligheid van het kind komt steeds op de eerste plaats!

Indien de dader en partner nog niet op de hoogte zijn van de diagnose zullen ze worden geconfronteerd met de feiten. Afhankelijk van de reactie van de ouders zal het kind beschermd moeten worden. Om de veiligheid van het kind te garanderen zal het kind in eerste instantie vaak gescheiden worden van de dader. Het weghalen van het kind zal de diagnose MBP ook ondersteunen doordat scheiding zal leiden tot beëindiging van symptomen bij het kind.

De dader zal onderworpen worden aan een **psychiatrisch onderzoek**. De psychiater zal oordelen over:

- De mentale toestand en persoonlijkheid van de dader
- De motieven
- Het vermogen om te veranderen m.b.v. therapie

Op basis van het psychiatrisch onderzoek wordt beslist of de dader de zorg voor het kind al dan niet mag behouden.

Indien de dader erkent dat de ziekte en symptomen door haar toedoen veroorzaakt werden, en indien ze bereid is om therapie te volgen is er een betere prognose. Een intensieve en langdurige behandeling op multidisciplinair vlak is noodzakelijk. Zowel het kind als de dader, maar ook het gezin zullen worden opgevolgd.

Interventies op korte termijn

- [Beveiliging van het kind](#)
- [Confrontatie van de dader en andere ouder met de diagnose MBP](#)
- [Psychiatrisch onderzoek van de dader](#)

Interventies op lange termijn

Multidisciplinaire en langdurige opvolging.

- [Therapie voor slachtoffer](#)
- [Therapie voor dader](#)
- [Therapie voor andere gezinsleden/het gezin](#)

[Klik hier om verder te gaan naar interventies op korte termijn](#)



Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Welke stappen in de behandeling kunnen we op korte termijn nemen?

Nadat de diagnose MBP is gesteld, zal men allereerst voor de veiligheid van het kind moeten zorgen. De dader en andere ouder zullen met de feiten worden geconfronteerd. Daarnaast gebeurt er een psychiatrisch onderzoek van de dader en wordt de behandeling gestart indien de dader de falsificatie kan erkennen.

1) Beveiliging van het kind op korte termijn

Het kind moet beschermd worden om nieuw geïnduceerde symptomen door toedoen van de dader te vermijden. Na de confrontatie van de dader met de diagnose loopt het kind mogelijk extra risico. Om de veiligheid van het kind te waarborgen, zal de dader verwijderd gehouden worden van het kind. Overgaan tot een dramatische breuk tussen dader en kind is niet steeds nodig, maar aangezien het gevaar op hervat echter groot is, wordt dit echter in veel situaties wel aanbevolen. Het zorgen voor een tijdelijk opvangmilieu voor het kind is dan ook een realistische beschermende maatregel in afwachting van het psychiatrisch onderzoek van de dader.

Ook brussen van het slachtoffer lopen mogelijk gevaar lopen. Bij uithuisplaatsing van het slachtoffer kan de dader overgaan op het mishandelen van een ander kind in het gezin. Daarom worden, naast het slachtoffer, ook de andere kinderen soms gescheiden van de dader.

Er zijn verschillende opties om het kind te scheiden van de dader:



1) De dader gaat zelf vrijwillig tijdelijk het huis uit

Deze optie krijgt de voorkeur, maar zal enkel gebeuren indien de dader erkent dat er een probleem is

Voordelen:

het kind kan in de eigen vertrouwde omgeving blijven
ook andere kinderen binnen het gezin lopen geen gevaar

2) Het kind wordt tijdelijk opgevangen door een ander familielid (vb. grootouders)

Duidelijke afspraken rond eventueel bezoekrecht van de dader zijn essentieel.
vb. enkel onder toezicht van een derde, in een neutrale bezoekersruimte

3) Het kind wordt (tijdelijk) geplaatst in een pleeggezin

MBP gaat vaak gepaard met **ernstige lichamelijke schade** doordat het kind onderzoeken, procedures, behandelingen en in sommige gevallen zelfs operaties heeft ondergaan die onnodig waren. In de periode rond de diagnosestelling heeft het kind vaak lichamelijke klachten of problemen veroorzaakt door toedoen van de dader. Het is dan ook nodig het kind de nodige zorgen te bieden zodat er zo min mogelijk blijvende schade ontstaat. In veel gevallen is er ook sprake van failure to thrive. Door een verhoogde inname van voedingsstoffen zal men de groeiachterstand trachten weg te werken.

2) Confrontatie van de dader en andere ouder

Door wie?

door de behandelende kinderarts
in aanwezigheid van een psychiater
vertrouwensarts of huisarts kan eventueel aanwezig zijn

Wanneer?

zo snel mogelijk na de diagnose (indien dit nog niet gebeurd is bij vermoedens)

Hoe?

eerst de dader alleen confronteren en nadien de andere ouder op de hoogte te brengen
of de ouders samen confronteren

Het confrontatiegesprek:

mag niet beschuldigend verlopen
hulpverleners moeten zich begrijpend en ondersteunend opstellen, en zich richten op de toekomst
de diagnose MBP wordt medegedeeld en onderbouwd
de hulpverlening wordt bespreekbaar gemaakt
er wordt uitleg gegeven over de gevaren van de handelwijze van de dader en de schade voor het kind
ten slotte worden er verdere afspraken gemaakt

Reactie van de dader bij confrontatie:

Daders kunnen op verschillende manieren reageren:
opgelucht, ontkenkend, met decompensatie (risico op depressie, psychose en/of suïcide bij de dader)

Een psychiater evalueert de reactie en het gedrag van beide ouders
aangepaste ondersteuning en hulp wordt geboden
zo nodig zal directe psychiatrische zorg worden opgestart (vb. bij risico op suïcide)

Wat als de dader de feiten ontkent?
slechte prognose
het kind loopt mogelijk extra gevaar
maatregelen nemen om de veiligheid van het kind te garanderen

Reactie van de andere ouder bij confrontatie:

Valt meestal uit de lucht, weet helemaal van niets
In eerste instantie wordt de diagnose MBP vaak ontkend
Later gaat hij vaak actief op zoek naar oplossingen
De vader kiest er meestal voor de relatie met de partner te behouden, net als een behoud van de gezinsstructuur.

3) Psychiatrisch onderzoek van de dader

MBP is een aandoening die recidiveert en niet noodzakelijkerwijs eindigt als de dader geconfronteerd wordt. Om de veiligheid van het kind te garanderen, zal de dader onderzocht worden door een psychiater.



Wat wordt geëvalueerd?

de mentale toestand
persoonlijkheid
motieven
het vermogen om te veranderen m.b.v. therapie

Aan de hand hiervan wordt beslist of het kind al dan niet gescheiden moet worden van de dader. Als de dader de diagnose erkent en als ze bereid is om therapie te volgen is er een goede prognose.

Psychiatrische stoornissen:

Vaak een psychiatrische voorgeschiedenis
persoonlijkheidsstoornissen (vb. Borderline), depressie, emotionele stoornissen, drugsverslaving...
Soms heeft dader zelf het Münchausen Syndroom

Jeugd:

Traumatische jeugd
vb. ernstige emotionele verwaarlozing, lichamelijk geweld, seksueel misbruik of een vroege dood van ouder(s)
Een positieve ervaring met de gezondheidszorg
--> reden om de oplossing van problemen opnieuw binnen de gezondheidszorg te zoeken.
Zelf een uitgebreide medische voorgeschiedenis, en heeft ook vaak het Münchausen Syndroom.
Zelf onveilig gehecht met haar moeder --> grote invloed op hoe ze haar eigen kind gaat behandelen.

Observatie moeder-kind interactie:

De dader gedraagt zich als een voorbeeldige ouder met een schijnbaar warme, koesterende, liefhebbende en verzorgende relatie met het kind. Het lijkt een goede ouder, terwijl ze tegelijkertijd manipulatief is en ernstige schade toebrengt aan het kind.

Motieven:

Het motief van de dader is niet relevant voor het stellen van de diagnose van MBP, maar het is wel van belang om de prognose, de welwillendheid van de dader om vrijwillig therapie te volgen, en het effect van behandeling van de dader te kunnen inschatten. Het motief is ook bepalend voor de behandeling.

De moeder is zich wel bewust van haar gedrag t.o.v. haar kind, maar ze is zich niet bewust van de motieven voor dit gedrag. Het kind is voor de moeder slechts een verlengstuk van zichzelf en het veroorzaken van symptomen bij het kind wordt door dezelfde motieven ingegeven als het induceren van symptomen bij haarzelf.

Mogelijke onderliggende motieven:

de wens om de artsen te slim af te zijn
het verwerven van privileges bij behandelingen
het verwerven van financieel voordeel
het vermijden van zelfdestructieve gevoelens en handelingen
hunkeren naar het krijgen van medische aandacht via haar zieke kind
relatieproblemen omzeilen door alle aandacht op het kind te centreren...

Uiteindelijk komt het voor de dader steeds neer op 'winst door de ziekte van het kind'.

Multidisciplinair overleg

Vooraleer het kind met ontslag gaat uit het ziekenhuis zal er een multidisciplinair overleg moeten plaatsvinden met betrokken hulpverleners van binnen en buiten het ziekenhuis. Het verdere beleid m.b.t. de hulpverlening aan het gezin wordt bepaald.

Dit team kan bestaan uit: kinderarts, psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker, gedragsdeskundige, pedagoog, verpleegkundige van de kinderafdeling/spoed, de vertrouwensarts en/of de huisarts.

[Klik hier om verder te gaan naar de behandeling op lange termijn.](#)



Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Welke stappen in de behandeling kunnen we op lange termijn nemen?

MBP is **heel complex**. Er bestaat dan ook **geen standaardtherapie**.

De interventies op lange termijn zijn dan ook heel divers. De veiligheid van het kind primeert.

MBP beïnvloedt het hele gezin. Wat betreft de behandeling van MBP moeten niet enkel het slachtoffer en de dader worden betrokken, maar ook de partner en andere kinderen binnen het gezin. **Langdurige behandeling en opvolging is cruciaal** voor de algemene gezondheid van alle betrokkenen, om recidive te vermijden, en om te zorgen voor een langdurige beveiliging van het kind.



Coördinatie: de multidisciplinaire hulpverlening bij MBP dient door één persoon te worden gecoördineerd.

Door wie?

Huisarts (of evt. kinderarts) speelt een centrale rol in samenwerking met andere diensten (vb. Vertrouwenscentrum Kindermishandeling)

Wat?

Het gezin in de toekomst mee opvolgen en het beleid ondersteunen en coördineren.
Langdurige en regelmatige actieve opvolging --> problemen of evt. crisissituaties tijdig herkennen

Hieronder worden de therapeutische noden van het slachtoffer van MBP, de dader en het gezin besproken.

Therapeutische noden van het slachtoffer

MBP kan ernstige gevolgen voor het kind met zich meebrengen. Er kunnen fysieke, gedrags-, en emotionele gevolgen zijn. Een kinderpsychiater zal de ontwikkeling en het gedrag van het kind evalueren. Behandeling is noodzakelijk, zeker als het gaat om oudere kinderen.

Voorbeelden van mogelijke problemen bij het kind:

Emotionele problemen: stress, eetstoornissen, angststoornissen, nachtmerries, depressie, PTSS, ontstaan van Münchausen Syndroom...

Gedragsproblemen: agressie, gebrekkige sociale vaardigheden (asociaal gedrag, teruggetrokkenheid)...

Ontwikkelingsachterstand

Therapeutische vormen:

Individuele psychotherapie of groepstherapie: verminderen van emotionele, gedrags- en ontwikkelingsproblemen

Traumabehandeling:

Cognitieve gedragstherapie

Individuele speltherapie

EMDR (eye movement desensitization reprocessing)

Wordt gebruikt bij PTSS. Hierbij concentreert het kind zich via oogbewegingen op het angstige beeld en de negatieve gedachten en emoties die daarbij gepaard gaan, en vervolgens worden hiervoor positieve gedachten in de plaats gesteld.



Figuur: EMDR (<http://www.depsych.nl/emdr/>)

Dagelijks leven en functioneren nadelig beïnvloed door MBP --> **actieve rehabilitatie** is nodig om opnieuw normaal te kunnen functioneren *verstoord door periodes van afwezigheid op school, sociale isolatie, gebrek aan relaties met leeftijdsgenoten, weinig normale activiteiten zoals sport*

Het kind zal **gedurende lange tijd in behandeling** blijven. Pas wanneer het kind zich veilig voelt, zal er een vertrouwensband kunnen ontstaan met de hulpverlener en kan het hulpverleningsproces op gang komen.

Het kind is zich niet bewust van de mishandeling. Hij/zij wordt slachtoffer doordat het in de rol van zieke wordt geduwd, en onderworpen wordt aan onnodige onderzoeken, procedures, ziekenhuisopnames en behandelingen. Het kind gelooft dat het echt ziek is en werkt coöperatief mee.

Oudere kinderen kunnen zich schuldig/medeplichtig voelen, of kunnen moeilijk accepteren dat de ziekte werd veroorzaakt door de ouder. Het kind heeft een vertekend beeld van de eigen gezondheid, en kan angstig en bezorgd zijn over de eigen gezondheidstoestand. Het kind zal **psychotherapie en emotionele ondersteuning** nodig hebben om de zogenaamde ziekte te kunnen plaatsen. Het kind moet ontdekken dat de mishandelingen niet persoonlijk gericht waren, maar meestal voortvloeien uit het verleden van de dader.

Therapeutische noden van de 'dader'

Behandeling = moeilijk, maar noodzakelijk

dader vaak terughoudend om het probleem te erkennen

dader niet altijd bereid om een psychiatrische behandeling te ondergaan

Aandacht voor:

eventuele persoonlijkheidsstoornissen of andere psychiatrische aandoeningen --> op gepaste wijze behandelen

verhoogd risico op suicide rond de diagnosestelling

dader kan een nieuw gezin stichten --> ook deze kinderen lopen een risico om slachtoffer te worden van MBP.

Doel hulpverlening:

Het kind beschermen en de moeder behandelen zodat zij geen bedreiging meer vormt voor het kind.

De dader neemt de verantwoordelijkheid voor haar gedrag op zich, krijgt inzicht in het ontstaan van dit gedrag en vindt een manier om dat in de toekomst te vermijden

Langdurige behandeling, ondersteuning en opvolging zijn essentieel !

De prognose is afhankelijk van vele complexe factoren. Zo is een gunstige prognose wanneer de dader erkent dat de ziekte en symptomen door haar werden veroorzaakt, en wanneer ze bereid is om langdurige therapie te volgen.

Behandeling pas mogelijk wanneer dader de feiten erkent en hulp van buitenstaanders aanvaardt

Dader aanspreken op haar verantwoordelijkheden als ouder:

Dader moet haar verantwoordelijkheid voor de nadelige gevolgen voor het kind erkennen.

Het al dan niet erkennen --> grote invloed op de prognose en de bereidheid om samen te werken met hulpverleners op lange termijn.

Soms noodzakelijk om kind te scheiden van de dader. Hereniging kan later in bepaalde gevallen worden bereikt.

Therapeutische noden van de gezinsleden/het gezin

Diagnose MBP is ingrijpend voor heel het gezin. **Heel het gezin dient te worden betrokken in de behandeling.**

Afhankelijk van de opvoedingscapaciteit van de dader in relatie met het slachtoffer en de andere kinderen in het gezin, en daarnaast de reactie van de dader op de aangeboden therapie, zullen het slachtoffer en de dader terug herenigd kunnen worden. Er volgt dan een intensieve en langdurige begeleiding op multidisciplinair vlak.

Alle gezinsleden hebben een fout beeld wat betreft ziekte en gezondheid, en dit dient te worden aangepast.

Kinderen:

Vaak verdrietig en boos als ze worden gescheiden van de dader.

Geven de dokters vaak de schuld --> belangrijk dat hulpverleners een vertrouwensband creëren met de betrokkenen.

Eerlijke uitleg aan slachtoffer en brussen over:

de acties van de dader

de redenen van een eventuele scheiding met de dader

Emotionele ondersteuning nodig voor het mogelijke verlies van de zorgrelatie

Brussen vaak relatief verwaarloosd

dader had enkel aandacht voor het 'zieke' kind

brussen kunnen zich uitgesloten en boos voelen --> aandacht schenken aan deze gevoelens

Andere ouder (vaak de vader):

- zal individuele hulp nodig hebben bij het verwerken van het feit dat zijn kind mishandeld werd, en eventuele schuldgevoelens doordat hij niks in de gaten had.
- is weinig betrokken bij de opvoeding = afwezige, passieve vader
- kan de rol op zich nemen om te zorgen voor de veiligheid van het slachtoffer (bij hereniging)
van passieve, afwezige ouder veranderen in een betrokken vader die zorgt voor ouderlijke bescherming --> steun en hulp nodig

Gezinsgerichte behandeling:

Dader en kind zijn verwickeld in een pathologische symbiotische relatie

verstikkende liefde door een moeder die niet van de zijde van haar kind wijkt <--> levensbedreigende en mutilerende manipulaties

Behandeling is gericht op **herstel van de gezinsrelaties** en het **creëren van een veilige en stabiele leefomgeving** voor het kind.

Ecologische verklaringsmodel van Belsky

volgens dit model wordt kindermishandeling beschouwd als een opvoedingsprobleem

kindermishandeling = resultaat van een interactie van risicofactoren op individueel en omgevingsniveau, die onvoldoende worden gecompenseerd door beschermende factoren

Risicofactoren verhogen de draaglast --> vergroten het risico op kindermishandeling.

risicofactoren kunnen kind-, ouder- of omgevingsgebonden zijn:

vb. oudergebonden factor: voorgeschiedenis van kindermishandeling

vb. kindgebonden factoren: ongewenste zwangerschap of moeilijkheden bij de geboorte.

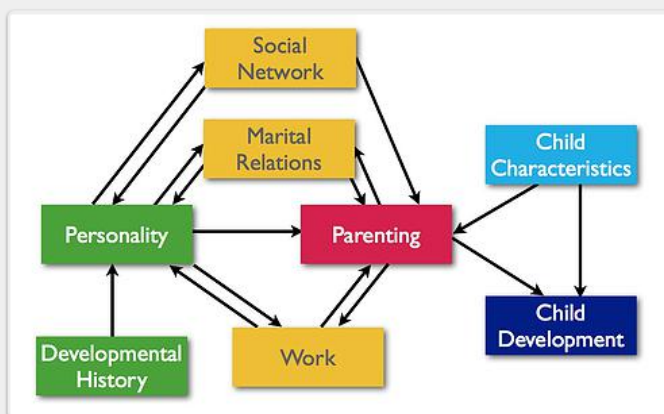
vb. omgevingsfactoren: financiële problemen, sociaal isolement, het ontbreken van emotionele en praktische steun uit het sociaal netwerk

Beschermende factoren verhogen de draagkracht

sociale steun

een ondersteunende partner

het bewust zijn van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan op het eigen handelen in de opvoeding



Afbeelding: Model van Belsky (<http://relaxedpresentations.com/redesigns/positive-parenting>)

- => Werken aan het opzetten van een ondersteunend sociaal netwerk waarop het gezin kan terugvallen in moeilijke periodes
- => Individuele en relatietherapie (kunnen beschermend werken)
- => Pedagogische vaardigheden van de ouders vergroten d.m.v. individuele en/of groepsbehandeling
 - vb. ouder-kind interactie therapie: ouders wordt aangeleerd om passend te reageren bij het ontwikkelingsniveau van het kind.

De therapie is ondersteunend en intensief, en kan jaren duren. Afhankelijk van de ernst van de mishandeling verloopt de behandeling residentieel of ambuland. [Klik hier om verder te gaan naar ondersteunende instanties.](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Welke instanties ondersteunen de behandeling in Vlaanderen?

Integrale jeugdhulp van de Vlaamse Overheid organiseert een divers jeugdhulpaanbod in Vlaanderen. Hieronder een kort overzicht van de sectoren die ingeschakeld kunnen worden bij de ondersteuning en behandeling van Münchausen by Proxy. Het doorverwijzen van het gezin naar dergelijke instanties gebeurt door de arts.

Agentschap Jongerenwelzijn

Agentschap Jongerenwelzijn is een sector voor kinderen van 0 tot 18 jaar. Het staat in voor de organisatie Bijzondere Jeugdzorg, waaronder crisisjeugdhulp aan huis. Er is een centraal permanent crisismeldpunt waarmee professionals steeds contact kunnen opnemen. Het Agentschap Jongerenwelzijn kan de aanmelder ondersteunen en advies geven. Indien nodig kan crisisinterventie, crisisbegeleiding en/of crisisopvang worden ingeschakeld. Crisisinterventie houdt in dat hulpverleners aan huis of in het ziekenhuis komen om de crisis in te schatten. Ze zorgen voor het instellen van de veiligheid en bieden korte en intensieve hulp van maximum drie dagen. Daarnaast organiseert het Agentschap Jongerenwelzijn ook crisisbegeleiding aan huis. Dit is een intensieve begeleiding aan huis gedurende maximum 28 dagen en dit drie tot vijf keer per week. En ten slotte zorgen ze voor crisisopvang gedurende maximum zeven dagen.

Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)

Bij het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk kunnen volwassenen terecht voor advies, informatie en praktische hulp bij onder andere persoonlijke problemen, financiële problemen, problemen in het gezin, etc. Verdere begeleiding bij allerlei problemen kan zo nodig worden opgestart. Daarnaast bieden ze ook crisishulp voor volwassenen. Hierbij is zorgen voor de veiligheid prioritair. Het CAW kan zorgen voor begeleiding en opvang. Ook het Jongeren Advies Centrum (JAC) is een onderdeel van het CAW. Hier kunnen jongeren tussen 12 en 25 jaar terecht met al hun vragen.

De voornaamste zaken waarvoor de dader met MBP en het gezin bij het CAW terecht kunnen, zijn crisishulp bij het risico op suicide van de dader, begeleiding bij gezins- en relatieproblemen en begeleiding wat betreft de opvoeding.

Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) begeleidt kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met ernstige psychische en/of psychiatrische problemen. Mensen kunnen er enkel terecht na doorverwijzing. Hulpverlening gebeurt via consultaties en begeleidingsmomenten door een team van psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers. Het CGG organiseert twee soorten hulpverlening. Als eerste biedt het CGG medisch-psychiatrisch hulp voor diagnostisering door een psychiater, en indien nodig schrijft deze tevens medicatie voor. En daarnaast is er psychotherapeutische hulp waarbij een psycholoog of andere hulpverlener een reeks gesprekken heeft met de cliënt. In geval van Münchausen by Proxy kan de dader bij het CGG terecht voor individuele psychotherapie.

Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)

Bij het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG), erkend en gesubsidieerd door Kind en Gezin, kunnen gezinnen met kinderen tot en met 12 jaar terecht voor hulp bij moeilijkheden bij de opvoeding. Bijvoorbeeld bij gedragsproblemen van het kind of psychische problemen van een ouder. Het CKG biedt verschillende vormen van hulpverlening. Een eerste vorm is mobiele begeleiding waarbij een begeleider aan huis komt en persoonlijk aangepaste hulp biedt aan het gezin. Het CKG organiseert ook ambulante pedagogische trainingen in groep, waarbij ouders samen met andere ouders trainingen kunnen volgen in ouderlijke vaardigheden. Ook is ambulante opvang gedurende korte tijd mogelijk. Hierbij verblijft een kind gedurende een deel van de dag of nacht in het centrum in huiselijke sfeer, alleen of samen met een ouder. Hier kan er intensief gewerkt worden met het kind en de ouder. En ten slotte organiseert het CKG tijdelijk een residentiële opvang en begeleiding in een leefgroep.

Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK)

Hulpverleners kunnen bij het vertrouwenscentrum kindermishandeling, ook wel Kind in Nood genoemd, terecht voor advies, hulp, concrete bijstand of voor de coördinatie van de hulpverlening. Nadat er een melding binnenkomt, gaat het VK een inschatting maken van de situatie om zo een zicht te krijgen op de omvang en de ernst van het probleem. Het doel van het vertrouwenscentrum kindermishandeling is door hulpverlening de levensomstandigheden van het kind te verbeteren door het aanbieden van zowel een kind-, dader- als een gezinsgerichte behandeling. Het VK gaat in gesprek met alle betrokkenen en legt contact met alle professionele hulpverleners om zo de coördinatie van de zorg te organiseren. Het VK biedt een kortdurende begeleiding onder de vorm van verkennende en ondersteunende gesprekken. Indien nodig verwijst het VK door naar hulpverleners die langdurige therapie bieden.

jongere welzijn

CAW
versterkt welzijn




Vertrouwenscentrum
kindermishandeling

CGG
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

[Klik hier om verder te gaan naar toekomst](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Toekomst na MBP

Is er nog een toekomst na kindermishandeling?

Toekomstperspectief van het kind

zorgen voor veilige & goede toekomst
 behandeling van kind, ouders, gezin,...
 erkent de ouder dat er sprake is van Münchausen by Proxy => prognose kind beter
 factoren die de toekomst voor het kind bepalen, staan verder beschreven in [toekomst van het kind](#)



Hechting

veilige hechting soms niet mogelijk
 onveilige hechting: meer kans op fysische problemen & onverklaarde medische symptomen
[Klik hier](#) voor meer informatie hierover

Ontwikkeling

diagnosestelling: 25 % failure to thrive
 problemen ontwikkeling => steeds multidisciplinair team nodig
 7,3 % lange termijn gevolgen, ook op volwassen leeftijd (vb. angststoornissen)
[Klik hier](#) voor een verdere beschrijving hierover

Opvolging

langdurige & multidisciplinaire opvolging is noodzakelijk
 veiligheid kind op eerste plaats
 indien veiligheid niet gegarandeerd kan worden:
 pleegzorg
 de ouder kan het gezin ook (tijdelijk) verlaten
 meer informatie over de opvolging van het kind staat [hier](#) beschreven

Kinderbescherming

eventueel pleeggezin inschakelen
[Klik hier](#) voor de voor- & nadelen van pleegzorg

Toekomstperspectief van de ouder

Na de diagnose van kindermishandeling kan de ouder er voor kiezen om (tijdelijk) het gezin te verlaten en in therapie te gaan. Indien de ouder dat niet wil, kan er een huisverbod (wet ontstaan in 2013) worden opgelegd voor deze ouder. Belangrijk is dat de ouder steeds in therapie gaat! Uit onderzoek blijkt namelijk dat tot 37 % van de ouders hervallen en dus opnieuw starten met hun kind te mishandelen. Voor meer informatie hierover [klik hier](#).

Vergeet het gezin niet

Een diagnose van kindermishandeling is ingrijpend voor het hele gezin. Daarom is het belangrijk om alle gezinsleden te behandelen. Zijn er broers en/of zussen en worden zij ook mishandeld? Hoe gaat de andere ouder om met de situatie? Allemaal zaken die je kan verder kan nalezen via deze [link](#).

Re-integratie van het kind naar het gewone leven

Hereniging gezin

Na een eventuele uithuisplaatsing kan het gezin herenigd worden. Let er wel op dat tot 37 % van de 'daders' terug hervalt na deze hereniging. Zorg daarom voor een blijvende multidisciplinaire opvolging van het gezin. De kans op herval kan verkleind worden door therapie te geven aan de ouder. Steun van de grootouders doet de kans op herval ook dalen. Meer informatie hierover is te vinden via deze [link](#).

School & kinderopvang

Na een diagnose van kindermishandeling is het belangrijk dat het kind naar school kan blijven gaan. Vaak hebben deze kinderen omwille van schoolverzuim reeds een achterstand opgelopen. Om bijkomende problemen te voorkomen, is het belangrijk dat het kind goed opgevolgd wordt op school. Hierbij kan het [Centrum Voor Leerlingenbegeleiding \(CLB\)](#) helpen. Als leerkracht is het tevens belangrijk om weet te hebben over MBP. Zo weet je welke problemen (vb. gedragsproblemen) je kan verwachten. Bij [re-integratie van het kind naar het gewone leven](#) kan je hier meer over lezen.

Verpleegkundige aandachtspunten

Als verpleegkundige moet je zeker zorgen voor de veiligheid van het kind. Hiervoor heb je een multidisciplinair team nodig. Belangrijk is ook om steeds schriftelijke notities te maken van alle vergaderingen. Zo is iedereen op de hoogte van wat er gezegd is. Via de link [verpleegkundige aandachtspunten](#) kan je te weten komen waar je als verpleegkundige op moet letten.

Want ja, ook jij als (kinder)verpleegkundige, bepaalt mee de toekomst voor het kind!

[Klik hier om verder te gaan naar toekomst kind](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Toekomstperspectief voor het kind

Algemeen

Om een kind een goede toekomst te geven, is het belangrijk om morbiditeit te voorkomen. Dat is beter dan bijkomende problemen (vb. sociale problemen) te behandelen. Geweten is namelijk dat kinderen die mishandeld zijn meer kans hebben op bijvoorbeeld gedrags en sociale problemen. De prognose van het kind is afhankelijk van verschillende factoren.

Deze zijn onder andere:

- Erkent de ouder dat er sprake is van Münchausen by Proxy?
- Is er goede samenwerking tussen andere instanties?
- Gaat de ouder in therapie?
- Is er steun van de omgeving?



Intergenerationele overdracht

Ouders met een voorgeschiedenis van mishandeling hebben meer kans om hun eigen kind ook te mishandelen (intergenerationele overdracht). Uit onderzoek blijkt dat 33 % van de ouders die zelf mishandeld zijn hun eigen kind mishandelen. Enerzijds kan dat verklaard worden door functionele en structurele veranderingen van de hersenen. Anderzijds kan dat ook verklaard worden door de onveilige hechting. In de literatuur bestaan hier wel tegenstrijdige meningen over. Sommige auteurs beweren dat er geen intergenerationele overdracht is, maar dat mishandeling in deze groep sneller opgespoord wordt. Factoren zoals laag familiaal inkomen, depressie, jonge leeftijd ouders... verhogen tevens de kans op mishandeling.

Hechting

Een veilige hechting tussen ouder en kind is cruciaal in de verdere ontwikkeling van het kind. Kinderen die veilig gehecht zijn, zijn empatisch, hebben minder angst en hebben betere sociale relaties. Een veilige hechting kan alleen ontstaan als er een veilige basis is. Dat is bij kinderen (MBP) niet het geval, waardoor er een onveilige hechting kan ontstaan.

Dat kan dan weer zorgen voor:

- relationele problemen
- problemen bij vriendschappen (vrienden op praktisch niveau & niet op emotioneel niveau)
- meer fysieke problemen (vb. pijn)
- onverklaarde medische symptomen
- angst als volwassene ...

Pleegzorg kan er voor zorgen dat de hechting tussen ouder en kind wordt verstoord. Uit onderzoek blijkt dan ook dat kinderen die opgevangen zijn in een pleeggezin of in een instelling later meer problemen hebben met het sociale functioneren. Agressie in een gezin zorgt ook voor meer problemen qua sociaal functioneren.

Ontwikkeling

Bij de diagnosestelling heeft 25 % van de kinderen failure to thrive (onvoldoende gewichtstoename). Na de diagnose moet het kind terug een normaal gewicht krijgen. Tevens merkt men bij de diagnose dat kinderen mogelijks een achterstand hebben qua ontwikkeling. Over het algemeen merken we dat kinderen die mishandeld zijn, meer kans hebben op:

- gedragsproblemen (vb. agressie)
- emotionele problemen
- sociale problemen
- psychische ziekte (vb. Münchausen syndroom)
- attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) ...



Opname pediatrie

Is er een kind opgenomen op de pediatrie afdeling met een vermoeden van kindermishandeling, dan moet je kijken naar de ontwikkeling van het kind. Ontwikkelt het kind zich normaal? Zo niet, bespreek dit dan in een multidisciplinair teamoverleg zodat er snel iets aan gedaan kan worden. Merk je als verpleegkundige gedragsproblemen bij het kind, leg dan de link met mogelijks kindermishandeling.

Voorgeschiedenis mishandeling

Op een pediatrie afdeling kunnen ook kinderen komen met een voorgeschiedenis van mishandeling. 7,3 % van de kinderen ontwikkelt door MBP lange termijn of permanente problemen zoals sociale isolatie. De veerkracht of het herstellingsvermogen van het kind bepaalt de schade bij hem/haar. Uit onderzoek is gebleken dat kinderen onder de vijf jaar meer kans hebben op gedragsproblemen door kindermishandeling in vergelijking met oudere kinderen. Ook is geweten dat ongeveer 6 % van de kinderen sterft door MBP. Dit percentage varieert wel van onderzoek tot onderzoek. Hoe jonger het kind, hoe meer kans er is op een overlijden. Dit omwille van de kwetsbaarheid van een jong kind.

Volwassen leeftijd

Ook op volwassen leeftijd kunnen deze kinderen nog steeds problemen ondervinden door de mishandeling. Enkele voorbeelden zijn: astma, obesitas, angststoornissen... Vaak wordt de link dan niet gelegd tussen deze klachten en de voorgeschiedenis van mishandeling. Behandel je deze volwassene, let dan vooral op de veiligheid van deze persoon.

Opvolging

Een kind een veilige toekomst bieden kan enkel indien er een **multidisciplinaire opvolging** is. Het kind en zijn/haar gezin moet steeds langdurig worden gevolgd. Soms is het zelfs noodzakelijk om de kindbescherming in te schakelen. Zij beslissen dan of het kind/de ouder tijdelijk uit huis moet. Na een uithuisplaatsing kan er een hereniging van het gezin zijn, maar ook dan blijft opvolging belangrijk. Zorg als multidisciplinair team voor onder andere een goede thuisomgeving, sociale ondersteuning, psychotherapie en stabiele relaties.

Kinderbescherming

De kindbescherming speelt bij MBP een belangrijke rol. Uit onderzoek blijft namelijk dat er neurologische gevolgen kunnen ontstaan door kindermishandeling en dat kan de kindbescherming (gedeeltelijk) voorkomen. De kindbescherming kan namelijk indien nodig een pleeggezin inschakelen zodat het kind veilig is. Veel onderzoek naar pleegzorg is er nog niet gedaan. Wel is geweten dat het aantal kinderen dat in een pleeggezin wordt geplaatst vanaf het jaartal 2000 is afgenomen. Kinderen worden vanaf dan sneller geplaatst bij familieleden.

Een kind plaatsen in pleegzorg heeft voor- en nadelen. Het grote voordeel is dat het kind in een veilige omgeving is. Het nadeel is dan weer dat er een probleem kan ontstaan in de hechting. Kinderen ervaren pleegzorg vaak als een straf. In plaats van het kind uit huis te halen, kan de ouder die het kind mishandeld heeft (tijdelijk) het huis verlaten. Dat staat verder besproken bij de toekomst van de ouder.

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Toekomstperspectief van de ouder

Indien er MBP in een gezin is vastgesteld, dan kan de geweldpleger ervoor kiezen om (tijdelijk) het gezin te verlaten en in therapie te gaan. Dat is positief voor het kind, want zo ervaart hij/zij dat niet als een straf. Doordat de ouder in therapie gaat, wordt de kans op een herval van mishandeling verkleind. Wil de ouder dit niet, dan er een huisverbod (voor de ouder) worden opgelegd. Deze wet omtrent het tijdelijk huisverbod (goedgekeurd in 2013) blijft nog steeds een discussiepunt. Hieronder de procedure die wordt gevolgd:

Procureur des Konings beslist of een uithuisplaatsing (maximum tien dagen) nodig is:

- na deze tien dagen beslist vrederechter of dit huisverbod stopt of wordt verlengd (maximum drie maanden)
- is er een schending van het huisverbod, dan kan een gevangenisstraf en/of geldboete volgen

Kijkend naar de toekomst weten we dat herval mogelijk is. Tot 37% van de ouders hervallen als hun gezin terug samen is. Als hulpverlener is het belangrijk om dat te voorkomen. Dit kan men onder andere bekomen door ouder-kind interactie therapie. Hier leren ouders gepast reageren op het gedrag van hun kind. Ook worden er discipline technieken aangeleerd. De toekomst voor de ouder is het beste indien hij/zij erkent dat er sprake is van Münchausen by Proxy. Indien de ouder zich verantwoordelijk stelt voor datgene wat gebeurd is, is dat tevens positief voor de outcome van het kind.

Tijdens de behandeling van de ouder is het tevens belangrijk om te kijken naar de drijfveren van de ouder. Waarom heeft hij/zij deze mishandeling gepleegd. Is er een voorgeschiedenis van mishandeling? Is er sprake van een persoonlijkheidsproblematiek? MBP kan ook ontstaan omdat de ouder te bezorgd is over de gezondheid van het kind.

[Klik hier om verder te gaan naar toekomst gezin](#)



Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Vergeet het gezin niet!

Een diagnose van MBP is ingrijpend voor heel het gezin. Door het ingrijpende karakter gaat deze vorm van kindermishandeling vaak gepaard met het uiteenvallen van het gezin. Daarom is het belangrijk om heel het gezin te betrekken bij de behandeling ervan. Kijk tevens na of er familiekwesaties zijn. Indien dat zo is, dienen ze behandeld te worden.



Broers & zussen

Broers en zussen van mishandelde kinderen hebben meer kans om ook mishandeld te worden. Tevens hebben de broers en zussen het vaak moeilijk met het feit dat vroeger alle aandacht naar het mishandelde kind ging. Gevoelens als boosheid zijn hierbij niet abnormaal. Ook kunnen broers en zussen zich uitgesloten voelen omdat er geen aandacht naar hun gaat. Hieruit blijkt dat het zeker geen overbodige luxe is om ook deze kinderen te mishandelen.

Andere ouder

Bij MBP is er steeds sprake van één ouder die het kind mishandelt. In de meeste gevallen is dat de moeder. De vader is vaak afstandelijk, emotioneel niet geëngageerd en machteloos. Meestal zijn ze ook veel weg van huis en bezoeken ze hun kind zelden in het ziekenhuis. Als deze ouder te horen krijgt dat de moeder hun kind mishandelde, dan kan hij op verschillende manieren reageren. Zo heb je de vader die niet willen inzien dat hun vrouw hun kind mishandelde. Ook kan de ouder zich schuldig voelen omdat hij de mishandeling over het hoofd heeft gezien. Eenmaal de diagnose gesteld is, is het belangrijk om de vader te ondersteunen. Dit omdat hij meestal de belangrijkste persoon wordt voor het kind. Het kind heeft namelijk een vertrouwenspersoon nodig.

[Klik hier om verder te gaan naar re-integratie kind naar het gewone leven](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Re-integratie van kind naar het gewone leven

Hereniging gezin

Na een uithuisplaatsing kan er sprake zijn van een hereniging van het gezin. Hierbij moet wel de vraag gesteld worden of dit mogelijk is. Geweten is namelijk dat 20 tot 37 % van de geweldplegers hervalt na een hereniging van het gezin.

Dit kan je proberen te voorkomen door:

- blijvende multidisciplinaire opvolging
- multidisciplinair team moet overtuigd zijn dat kans op herval minimaal is bij hereniging
- therapie voor heel het gezin
- positieve steun van grootouders, andere familieleden ...

extreme gevallen: pleegzorg/adoptie:

kan positief zijn voor toekomst gezin

kan nadelig zijn voor kind (vb. als straf ervaren)



Onderzoeken naar hereniging na pleegzorg (kindermishandeling) zijn er nog niet veel gedaan. Wat wel onderzocht is, is dat men therapie moet geven aan de ouder om verdere mishandeling te voorkomen. Indien de ouder uit huis is geplaatst, dan moet hij/zij worden behandeld om verdere mishandeling te voorkomen.

Belangrijk is om tevens te kijken naar de andere ouder (niet de geweldpleger) in het gezin. Hoe ervaart hij/zij deze situatie en kan het kind hem/haar vertrouwen? Belangrijk is om na te gaan of deze ouder een beschermde rol heeft voor het kind. Kijk ook na of deze persoon steun krijgt van zijn/haar omgeving. Dat is een grote meerwaarde voor deze ouder. Wel blijkt dat kinderen op volwassen leeftijd vaak weinig tot geen contact hebben met hun biologische ouders. Dat is te linken met de voorgeschiedenis van mishandeling.

School & kinderopvang

Ook na de diagnose van kindermishandeling is het belangrijk dat een kind naar school kan blijven gaan. Is het hiervoor nog te jong, laat het dan naar de kinderopvang gaan. Voor de diagnose van MBP hebben kinderen vaak schoolproblemen door onder andere schoolverzuim. Hier moeten leerkrachten rekening mee houden als het kind terug naar school gaat. Op lange termijn merken we dat deze kinderen later vaak een lager opleidingsniveau behalen in vergelijking met hun leeftijdsgenootjes.

Welke problemen kunnen optreden na kindermishandeling?

- gedrags- en psychische problemen
- angststoornissen
- concentratie- en leerproblemen
- sociale problemen (vb. vriendjes maken in de klas) ...

Indien haalbaar voor de leerkracht kan hij/zij zelf de sociale ontwikkeling van het kind stimuleren. Een [Centrum Voor Leerlingenbegeleiding \(CLB\)](#) ondersteunt kinderen die problemen ervaren bij leren, studeren, sociale problemen... Op vraag van de school kan een kind dus begeleiding ontvangen van het CLB. Als leerkracht moet je hier dus weet van hebben. Belangrijk is dus om leerkrachten goede informatie te geven over kindermishandeling. Zo is de toekomst voor deze mishandelde kinderen het beste.

Omdat leerkrachten bijna elke dag in contact komen met deze kinderen, is het belangrijk dat zij het kind goed observeren. Indien het kind terug klachten krijgt, kunnen de leerkrachten contact opnemen met de dokter, [het nummer 1712](#)... Het nummer 1712 is een gratis nummer waar men terecht kan met bijvoorbeeld een vermoeden van mishandeling. Tussen 9 en 17h is er steeds iemand te bereiken op dit nummer.

[Klik hier om verder te gaan naar verpleegkundige aandachtspunten](#)

~~~~~

**ELK VERMOEDEN VAN GEWELD TELT**

**BEL 1712** ELKE WERKDAG  
VAN 9 TOT 17 UUR  
DISCREET & GRATIS

~~~~~

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Verpleegkundige aandachtspunten

Pediatriesch verpleegkundigen zijn nauw betrokken bij het kind en zijn/haar ouder(s) tijdens een ziekenhuisopname. Ze spelen dan ook een belangrijke rol in het herkennen van de symptomen, in de verdere diagnosestelling, behandeling, verwerking, enzovoort.

Algemene aandachtspunten



Prioritair is om steeds te kijken naar de veiligheid van het kind !

MAAR dit kan je als verpleegkundige niet alleen --> **Multidisciplinair team** nodig
Een goede samenwerking is van levensbelang. Zorg dat de communicatie tussen alle hulpverleners steeds optimaal is.

Maak steeds een verslag van bijeenkomsten, vergaderingen, afspraken ...

Bewaar deze notities in het dossier van het kind.
Zo is iedereen steeds van alles op de hoogte en ontstaan er geen misverstanden.
Evt. foto's trekken van de letsels bij het kind. Zo kunnen deze met elkaar vergeleken worden.

Zorg als verpleegkundige dat je steeds beschikbaar bent voor het kind, ouders & brussen.

Opmerking: dit geldt alleen tijdens de werkuren; evenwicht zoeken tussen werk & privé

Zorg dat het kind vertrouwen in je heeft. Zo kan hij/zij steeds met vragen bij jou terecht. Toon empathie, luister actief en passief...

Regelmatig bijscholing volgen over kindermishandeling kan ervoor zorgen dat je kindermishandeling sneller opmerkt.

Je weet ook beter hoe te reageren bij een diagnose van mishandeling. Door bijscholing is de kennis van de hulpverleners optimaal en kan er goede zorg gegeven worden. Bijscholing over kindermishandeling zijn niet enkel voor verpleegkundigen bruikbaar. Ook artsen, psychologen, sociale medewerkers, leerkrachten ... zijn een doelgroep voor deze bijscholing.

Andere aandachtspunten

- [Wat kan je doen als pediatriesch verpleegkundige?](#)
- [Wat als de arts het vermoeden van de verpleegkundige niet erkent?](#)
- [Aandachtspunten bij de diagnosestelling](#)
- [Aandachtspunten bij de behandeling](#)
- [Aandachtspunten met betrekking tot de toekomst](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Wat kan je doen als pediatriesch verpleegkundige?

De diagnose MBP wordt door een kinderarts gesteld, maar het is de pediatriesch verpleegkundige die het meeste tijd doorbrengt met het kind en de ouders en dus het meeste kans heeft om iets op te merken. Het is dus zeer belangrijk dat de verpleegkundige de karakteristieken van zowel moeder, vader als kind kan herkennen op de afdeling.

Door een gebrek aan kennis kan een verpleegkundige onbewust worden gebruikt als medeplichtige door de dader. Educatie is essentieel om dit te voorkomen.

Probeer een vertrouwensband op te bouwen met het kind, op die manier is de kans veel groter dat hij/zij iets zegt of vraagt dat de verpleegkundige aan het denken zet. Dit is niet eenvoudig, aangezien de dader geen seconde van de zijde van het kind wil wijken. Hiervoor zal de creativiteit van de verpleegkundige een onschatbaar instrument zijn.



Indien er een vermoeden is van MBP, kan de verpleegkundige trachten op alle mogelijke manieren een verderzetting van de mishandeling te voorkomen. Dit kan al heel eenvoudig door de zorg voor het kind grotendeels of volledig over te nemen. Op een pediatrie-afdeling doen de ouders meestal zeer veel zelf, maar daarvoor moet in dit geval een uitzondering gemaakt worden. Door zelf het kind in een potje te laten plassen weet de verpleegkundige dat er niet met het staal geknoeid is, door zelf medicatie toe te dienen weet men zeker dat het kind alles gehad heeft. Zo zijn er talloze mogelijkheden.

[En wat als de arts het vermoeden van de verpleegkundige niet erkent?](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

[Wat is MBP?](#)
[Herkenning](#)
[Diagnose](#)
[Behandeling](#)
[Toekomst](#)
[Aandachtspunten](#)
[Over ons & ethiek](#)
[Literatuur](#)

En wat als de arts het vermoeden van de verpleegkundige niet erkent?

Een verpleegkundige die een vermoeden heeft van MBP kan dit best eerst bespreken met ervaren teamleden en de procedure van het ziekenhuis rond kindermishandeling volgen. Het gedeelde beroepsgeheim maakt het mogelijk om met teamleden te overleggen. Maar wat kan de verpleegkundige doen als de arts het vermoeden niet erkent en geen verdere stappen wil ondernemen?



De wetgeving maakt het mogelijk dat een verpleegkundige ook zelf actie kan ondernemen. Ze moet het kind niet zelf niet onderzocht hebben maar mag ook een melding doen als het feit dat het kind mishandeld wordt, haar door een derde is toevertrouwd. Als de verpleegkundige overtuigd is dat er een acuut gevaar dreigt voor de minderjarige, mag ze haar beroepsgeheim opzij schuiven. Als men op het moment zelf geen actie onderneemt is dit zelfs schuldig verzuim. Er moet niet direct een melding of klacht worden gedaan, de verpleegkundige moet enkel kunnen aantonen dat ze hulp heeft geboden. Deze hulp kan ze zelf aanbieden maar dit kan evengoed door de hulp van anderen in te schakelen of door naar de politie te stappen. De verpleegkundige heeft géén meldingsplicht. Als de verpleegkundige een klacht (dus een melding bij het gerecht) wil neerleggen, kan ze hierbij naar de politie of naar de procureur stappen. Een tip is om rechtstreeks naar de procureur te gaan. Als de verpleegkundige haar vermoeden aan de politie vertelt is dit een schending van het beroepsgeheim, als ze het aan de procureur vertelt niet. Een advocaat kan deze schending anders later gebruiken als procedurefout.

De verpleegkundige kan contact opnemen met bijvoorbeeld een [Vertrouwenscentrum Kindermishandeling](#). Hierbij kan de verpleegkundige anoniem haar verhaal kwijt, de deskundigen van het centrum kunnen dan bekijken of zij eveneens het gevoel hebben dat er iets niet klopt aan dat verhaal.

Naast het bespreken van het vermoeden binnen het team waar de verpleegkundige werkt en het volgen van het stappenplan dat het ziekenhuis heeft opgesteld, zijn er nog enkele opties. Men kan contact opnemen met bijvoorbeeld een [Vertrouwenscentrum Kindermishandeling](#). Hierbij hoeven geen namen genoemd te worden maar kan men zijn verhaal kwijt. De deskundigen die daar werken kunnen vervolgens actie ondernemen als zij aanvoelen dat het inderdaad een twijfelachtig verhaal is. Er zijn zo [verschillende instanties](#).

Het is evident dat men eerst eens nadenkt over waarom de arts de verpleegkundige niet wil ondersteunen. Ziet de verpleegkundige iets dat de arts niet ziet, wil de arts geen moeite doen of is er nog iets anders aan de hand?

[Klik hier om verder te gaan naar aandachtspunten bij diagnosestelling](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Aandachtspunten bij de diagnosestelling

In het kader van het stellen van een diagnose is het als pediatriesch verpleegkundige belangrijk om enkele zaken in het achterhoofd te houden. Wanneer een verdachte situatie zich voordoet op de afdeling, iets waar niemand meteen een antwoord op heeft, moet er steeds gedacht worden aan het thema 'kinder mishandeling'. Zou er eventueel sprake kunnen zijn van kwaad opzet? Zaken als overdreven bezorgdheid en bemoederen van het kind in kwestie kunnen betekenen dat de ouder eigenlijk iets te verbergen heeft. Alles begint dus bij het vermoeden van een mogelijk probleem. Als verpleegkundige kan je met dit vermoeden best te rade gaan bij de rest van het team, zodanig dat duidelijk wordt of dit vermoeden erkend wordt door collega's. Later kan een arts ingelicht worden. Daarna is het van groot belang het kind en de ouder goed te observeren, geziene zaken en verhalen van de ouder duidelijk te noteren, en het dossier goed te bestuderen. Dit laatste zal echter de arts meestal voor zijn rekening nemen, deze heeft dan ook inzage in het volledige medisch dossier van kind en eventueel ook van de vermoedelijke dader, broers en zussen van het kind, enzovoort.

De verpleegkundige heeft in de diagnosestelling voornamelijk een belangrijke rol in het opmerken van verdachte of andere zaken en deze goed en objectief bij te houden. Het is dan ook hij of zij die het meeste tijd doorbrengt met het kind en zijn ouder(s)!

[Klik hier om verder te gaan naar aandachtspunten bij behandeling](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Aandachtspunten bij de behandeling

De rol die de verpleegkundige speelt binnen het kader van behandeling van MBP is eerder beperkt. De verpleegkundige kan eventueel aanwezig zijn bij het confrontatiegesprek met de ouders, en de gesprekken die daarop volgen. De verpleegkundige zal vooral een **ondersteunende rol** op zich nemen en kan als **vertrouwenspersoon** fungeren voor het kind, de dader, partner en/of andere kinderen door een **luisterend oor** te bieden en **steeds beschikbaar** te zijn voor de betrokkenen. De dader dient respectvol benaderd te worden. Dit doet men door de dader zelf niet als persoon te veroordelen, maar enkel het gestelde gedrag. verwijzing

Vergeet tijdens de behandeling het gezin niet uit het oog te verliezen. Toon empathie, luister actief en passief naar het kind en zijn gezin. Wat tenslotte ook belangrijk is, is dat je het kind als een kind blijft zien. Hij/zij is namelijk niet alleen een slachtoffer van mishandeling.

[Klik hier om verder te gaan naar aandachtspunten in de toekomst](#)



Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur

Denk aan een mogelijk herhal van de ouder

Indien een kind wordt opgenomen en hij/zij een voorgeschiedenis heeft van mishandeling, denk er dan aan dat een herhal mogelijk is bij de ouder. Noteer zeker in het dossier dat er een voorgeschiedenis is van MBP. Is het opgenomen kind reeds een adolescent dan kan het zijn dat hij/zij zichzelf mishandelt. Dit wordt dan Münchausen syndroom genoemd. Belangrijk is om hier rekening mee te houden als een adolescent wordt opgenomen. Beschuldig niet direct de ouder, maar onderzoek goed wat er aan de hand is. Maar let op, durf bij een vermoeden van MBP dit steeds te melden!

Problemen qua ontwikkeling

Kinderen waarbij MBP is vastgesteld hebben meer kans op ontwikkelingsproblemen. Belangrijk is om als verpleegkundige hier rekening mee te houden. Stimuleer, in overleg met de speltherapeut(e), de ontwikkeling van het kind. Observeer ook telkens het kind als je in zijn/haar kamer binnenkomt. Als het kind opgenomen is in een ziekenhuis breng je namelijk veel tijd door met het kind. Een goede therapeutische relatie opbouwen met het kind is cruciaal om te weten hoe een kind zich voelt. Door deze therapeutische relatie krijgt het kind ook vertrouwen in de verpleegkundige. Een multidisciplinair team (arts, sociaal verpleegkundige, psycholoog, orthopedagoog...) moet steeds beschikbaar zijn voor het kind. Om een goede ontwikkeling bij een kind te bekomen, is een goed gewicht belangrijk. Als verpleegkundige kan je dat in de gaten houden.

[Klik hier om verder te gaan over ons](#)

Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

Wat is MBP?

Herkenning

Diagnose

Behandeling

Toekomst

Aandachtspunten

Over ons & ethiek

Literatuur



v.l.n.r. Lise Dekkers, Evelien Smets, Kelly Segers, Sharyne Oerlemans

Wie zijn wij?

Wij zijn vier BaNaBa studenten in de Pediatrie en Neonatologie aan de Thomas More Hogeschool in Turnhout.

In het kader van onze bachelorproef 'Münchausen by Proxy: altijd ziek en toch vol leven?' willen we de aandacht vestigen op een onderdeel van kindermishandeling dat nog relatief onbekend is: Münchausen by proxy. Meer specifiek gaan we dit onderwerp toespitsen op onszelf als pediatriesch verpleegkundigen: 'Hoe ermee omgaan als pediatriesch verpleegkundige?' Deze website heeft tot doel handvaten te bieden die elke verpleegkundige kan gebruiken bij de herkenning van MBP en alle stappen die erop volgen.

Onze groepsvisie & de ethische vraagstukken rond MBP

Waarden als eerlijkheid, openheid, gelijkheid, empathie, privacy, respect, oplettendheid, menswaardigheid, basisveiligheid, oplettendheid en zoveel meer... allemaal maken ze onderdeel uit van het profiel van de verpleegkundige. Het is echter niet altijd even simpel om met elke waarde rekening te houden in het maken van beslissingen. Soms gaat veiligheid boven privacy, soms gaat empathie boven logica. Moeten de ouders geïnformeerd worden bij een vermoeden van MBP of niet? Mag video-onderzoek of niet? Wat normaal is voor de ene godsdienst is dat voor de andere niet en omgekeerd. Een hulpverlener kan zich vele ethische vragen stellen bij het afwegen of hij/zij een vermoeden gaat melden of niet. Op deze vragen is geen duidelijk antwoord, het is de taak van elke hulpverlener om voor zich uit te maken wat hij ethisch aanvaardbaar vindt en wat niet. Als groep hebben we besloten om de basisveiligheid van het kind steeds voorop te zetten, ook als dit betekent dat waarden als empathie, respect, eerlijkheid en andere geschonden worden.

Hieronder zijn enkele zaken besproken die vaak aanleiding geven tot ethische discussies.

Wat met het gebruiken van video-onderzoek bij een vermoeden van MBP?

Is het ethisch correct om camera's te plaatsen in de kamer van het kind om op die manier de dader misschien op heterdaad te kunnen betrappen? De veiligheid van het kind is volgens ons het belangrijkste, maar er wordt hier wel weer gewacht tot er opnieuw mishandeling plaatsvindt. Het kind wordt dus opnieuw blootgesteld aan een traumatische ervaring. Aan de andere kant is er wel steeds iemand die de camera in het oog houdt en er kan snel ingegrepen worden. Het gevaar waaraan het kind blootgesteld wordt, lijkt beperkt. We kwamen tot de gezamenlijke conclusie van het filmen in een ziekenhuiskamer kan bij een ernstig vermoeden en dat de veiligheid van het kind primeert boven de (schending van) de privacy.

Mag een hulpverlener blogs lezen die geschreven zijn door de dader bij een vermoeden van MBP?

Soms schrijft de dader online over zijn/haar gevoelens rondom de gezondheidstoestand van het kind. Mag een hulpverlener dit lezen als hij een vermoeden heeft van MBP, om op die manier bewijsmateriaal te verzamelen? Is het wel professioneel van de hulpverlener om dit te doen? We oordeelden dat dit in het belang van het kind wel mag, maar dit kan het vertrouwen en de privacy van de ouders wel schaden. Een blog is natuurlijk wel openbaar, iedereen kan deze lezen en dat weten de ouders ook. We besloten dat het lezen van een blog enkel mag gebeuren door hulpverleners bij een ernstig vermoeden van MBP. Uiteraard gaat de hulpverlener niet uit nieuwsgierigheid online naar informatie van zijn/haar patiënten zoeken. Als de blog het vermoeden kan bevestigen, kan de arts eveneens hiervan gebruik maken om de ouders te confronteren. De basisveiligheid van het kind primeert hier opnieuw boven de privacy van de ouders.

Moet een hulpverlener die een vermoeden heeft van MBP dit steeds melden?

Argumenten over het al dan niet melden van een vermoeden zijn terug te vinden onder de titel '[Wat als de arts het vermoeden van de verpleegkundige niet erkent?](#)'. Hier wordt echter iets verder ingegaan op het ethische stuk van deze vraag.

Wanneer kan je 100% zeker zijn dat er sprake is van MBP? Dit is bijna nooit het geval, wil dit dan zeggen dat je ook nooit een melding moet doen? Na discussie in de groep zijn we tot de conclusie gekomen dat ook hierbij de basisveiligheid van het kind voorop staat, en vinden wij dat er een melding moet gedaan worden vanaf een ernstig vermoeden. Maar wat er je je toch vergist hebt? Met dergelijke beschuldigingen worden gezinnen verstoord en worden waarden als privacy, respect en waardigheid geschonden. De empathische houding van de hulpverlener tegenover het kind (maar ook zijn hele context: ouders, brussen...) maakt dit een moeilijke beslissing. Onze aanbeveling luidt het verzamelen van bewijsmateriaal en een goede samenwerking met collega's en artsen, om op die manier tot een besluit te komen dat (liefst, maar niet noodzakelijk) ondersteund wordt door anderen. Ondanks empathie voor het hele gezin, staat de veiligheid van het (mishandelde) kind voorop!



Münchausen by proxy

Hoe ermee omgaan als pediatrisch verpleegkundige?

Altijd ziek en toch vol leven?

[Wat is MBP?](#)
[Herkenning](#)
[Diagnose](#)
[Behandeling](#)
[Toekomst](#)
[Aandachtspunten](#)
[Over ons & ethiek](#)
[Literatuur](#)

Literatuurlijst

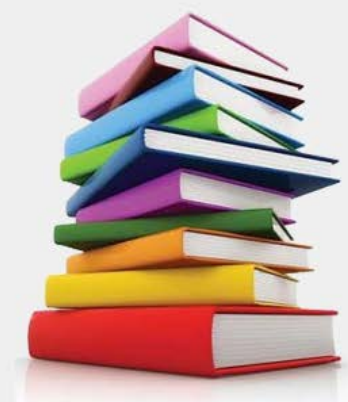
- Ackermans, I. (2013). Het kind in het ziekenhuis. Antwerpen: Garant.
- Adriaenssens, P. (2011). Fysieke kindermishandeling. In P. Adriaenssens, L. Smeyers, C. Ivens, & B. Vanbeckevoort, In vertrouwen genomen: voor iedereen die met kinderen omgaat. Tiel: Lannoo.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2015). Centra voor geestelijke gezondheidszorg. Opgeroepen op 28 april 2015, van Agentschap Zorg, & Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Uniforme-tarieven-voor-centra-geestelijke-gezondheidszorg/>
- Alink, L., van Ijzendoorn, R., Euser, E., & Bakermans-Kranenburg, M. (2014). Gehechtheid en kindermishandeling. In P. Prins, & C. Baet (Red.), Handboek klinische ontwikkelingspsychologie (p. 419-442). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Gevonden via Springerlink database.
- Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383 (9926), 1412-1421. Gevonden via Limo databank.
- Bass, C., & Halligan, P. (2014, april). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, 383 (9926), 1422-1432. Gevonden via ScienceDirect.
- Bauer, K.A. (2004). Covert Video Surveillance of Parents Suspected of Child Abuse: the British Experience and Alternative Approaches. *Theoretical Medicine*, 25 (4), 311-327. Gevonden via Limo databank.
- Beard, K.V. (2007). Protect the children: be on the lookout for Münchausen syndrome by proxy. *RN*, 70 (12), 33-36. Gevonden via PubMed databank.
- Berger, M., ten Berge, I., & Geurts, E. (2004). Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders. Opgeroepen op 30 april 2015, van Nederlands Jeugd Instituut: <http://www.nji.nl/nl/Samenhangendehulp.pdf>
- Brink, F., & Thackeray, J. (2012). Factitious Illness – Red Flags for the Pediatric Emergency Medicine Physician. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 13 (3), 213-220.
- Brown, A., Gonzalez, G., Wiester, R., Kelley, M., & Feldman, K. (2014). Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: A window on the caretaker's thinking? *Child Abuse, & Neglect*, 38 (3), 488-497. Gevonden via Limo databank.
- Byard, R. (2014). Factitious Illness by Proxy in Children. In K. Collins, & R. Byard, *Forensic Pathology of Infancy and Childhood* (p. 229-241). New York: Springer Science, Gevonden op 14 december 2014 via SpringerLink.
- Centrum voor Algemeen Welzijn. (2015). Hoe wij helpen. Opgeroepen op 28 april 2015, van CAW: <http://www.caw.be/over-het-caw>
- Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning. (2015). Wat doen wij? Opgeroepen op 28 april 2015, van CKG: <http://www.ckg.be/watdoeteenckg.html>
- Chafetz, M., & Dufrene, M. (2014). Malingering-by-proxy: Need for child protection and guidance for reporting. *Child Abuse, & Neglect*, article in press.
- Christens, J. (2015). Kindervervaarlozing en -mishandeling. Onuitgegeven nota's bij een cursus van het OPO Psychosociale en Geestelijke Gezondheidszorg van de opleiding Bachelor in de Pediatrie en Neonatologie. Thomas More Kempen, Departement Gezondheidszorg Turnhout.
- Clarke, C., & Skokauskas, N. (2010). Paediatric Symptom Falsification (Münchausen Syndrome by Proxy) – Psychiatric Manifestations. *British Journal of Medical Practitioners*, 3 (4), p. 344-348.
- Conn, A., Szilagyi, M., Franke, T., Albertin, C., Blumkin, A., & Szilagyi, P. (2013). Trends in Child Protection and Out-of-Home Care. *Pediatrics*, 132 (4), 712-719. Doi: 10.1542/peds.2013-0969. Gevonden via Limo.
- Connelly, R. (2003). Ethical Issues in the Use of Covert Video Surveillance in the Diagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy: The Atlanta Study – an Ethical Challenge for Medicine. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 15 (1), 21-41. Gevonden via Limo databank.
- Criddle, L. (2010). Monster in the closet: Münchausen syndrome by Proxy. *Critical Care Nurse*, 30 (6), 46-55. Doi: 10.4037/ccn2010737. Gevonden via PubMed databank.
- Davis, J.S., Fani, N., Ressler, K., Jovanovic, T., Tone, T., & Bradley, B. (2014, juni). Attachment anxiety moderates the relationship between childhood maltreatment and attention bias for emotion in adults. *Psychiatry Research*, 217 (1-2), 79-85. Doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.010. Gevonden via Limo databank.
- Decock, G., D'Hanis, H., Janssens, V., Nys, H., Peeters, E., Vancorenland, K., & Vande Moortel, J. (2011). Recht voor verpleegkundigen en vroedvrouwen. Mechelen: Kluwer.
- De Craim, C., & Traets, E. (2010). Protocol kindermishandeling: Naar een intensere samenwerking tussen justitie en hulpverlening. *Tijdschrift voor jeugdrecht en kinderrechten*, 11 (3), 177-183. Gevonden via Limo databank.
- De Nauw, A. (2010). Inleiding tot het bijzonder strafrecht. Mechelen: Kluwer.
- DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. United States: Department of Health and Human Services. Gevonden op 10 december 2014 via Limo databank.
- Dienst voor strafrechtelijk beleid. (2015). Kindermishandeling. Opgeroepen op 13 mei 2015, van Dienst voor strafrechtelijk beleid: http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_content&task=view&id=148&Itemid=217&lang=dutch
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (1), 47-57. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00339.x. Gevonden via Limo databank.
- Dubois, T., Peremans, L., Denekens, J., & Van Royen, P. (2001, mei). Het Münchausen by Proxy Syndroom: Hoe kan je dit als huisarts herkennen? *Huisarts Nu*, 30 (4), 158-165.
- Dye, M., Rondeau, D., Guido, V., Mason, A., & O'Brien, R. (2013). Identification and Management of Factitious Disorder by Proxy. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9 (7), 435-442. Doi: 10.1016/j.nurpra.2013.04.006. Gevonden via Science Direct.
- eHealth. (2014). PatientConsent, & eHealthConsent. Gevonden op 6 april 2015 op het internet: <https://www.ehealth.fgov.be/nl/burgers/on-line-diensten/ehealthconsent>.
- Feng, J.Y., Chen, Y.W., Fetzer, S., Feng, M.C., & Lin, C.L. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review*, 34 (1), 276-280. Gevonden via LIMO databank.
- Ferrara, P., Vitelli, O., Romani, L., Bottaro, G., Ianniello, F., Fabrizio, G.C. et al. (2014). The Thin Line between Münchausen Syndrome and Münchausen Syndrome by Proxy. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 3 (2). Doi: 10.4172/2329-9525.1000115.
- Fisher, M.A. (2011). Ethics for the Pediatrician: Caring for Abused Children. *Pediatrics in Review*, 32 (7), 73-78. Gevonden via Pubmed.
- Flaherty, E., Macmillan, H., & Committee on Child Abuse And Neglect. (2013, september). Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics*, 132 (3), 590-597. Doi: 10.1542/peds.2013-2045. Gevonden via PubMed databank.

- Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J., & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 41(1), 58-69.
- Frederick, J., & Goddard, C. (2008, maart). Living on an island: consequences of childhood abuse attachment disruption and adversity in later life. *Child and Family Social Work*, 13(3), 300-310. Doi: 10.1111/j.1365-2206.2008.00554.x. Gevonden via Limo databank.
- Frye, E.M., & Feldman, M.D. (2012, maart). Factitious Disorder by Proxy in Educational Settings: A Review. *Educational Psychology Review*, 24(1), 47-61. Doi: 10.1007/s10648-011-9180-9. Gevonden via Limo databank.
- Gerarts, S. (2014). Masterproef: De uithuisplaatsing van de geweldpleger bij kindermishandeling: alternatieve maatregel voor de bestaande procedures? Hasselt: Universiteit. Gevonden via de site <https://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/17566/1/09288152013299.pdf>.
- Gezondheidsraad (2011, juni). Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling. Nederland: Den Haag. ISBN: 978-90-5549-840-6. Gevonden op de site <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201111kindermishandeling.pdf>.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9647), 68-81. Doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7. Gevonden via PubMed databank.
- Hakman, M., Chaffin, M., Funderburk, B., & Silovsky, J.F. (2009). Change trajectories for parent-child interaction sequences during parent-child interaction therapy for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 461-470. Doi: 10.1016/j.chiabu.2008.08.003. Gevonden via Limo databank.
- Heps, R., & De Hondt, N. (2010). Time-out na kindermishandeling door uithuisplaatsing van de geweldpleger. *Tijdschrift voor jeugdrechten en kinderrechten*, 11(1), 20-38. Gevonden via Limo databank.
- Herendeen, P.A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2014). Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), e1-e7.
- Hurlburt, M.S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C., & Zhang, J. (2013, augustus). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in the Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 531-543. Gevonden via Limo databank.
- Integrale jeugdhulp. (2015). Crisisjeugdhulp. Opgeroepen op 26 april 2015, van IJH Vlaanderen: http://www.4wvg.vlaanderen.be/wvg/ijh/vlaanderen/crisisjeugdhulp/Documents/2014_crisis_antw.pdf
- Jochems, A. & Joostens, F. (2009). Coëtho: Zakwoordenboek der geneeskunde. Amsterdam: Elsevier.
- Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. (2006, oktober). Assault/Abuse – safeguarding children. *Treatment and Management of Assault*, p. 1-14. Gevonden via TRIP databank.
- Kind en Gezin. (2015). Werking VK. Opgeroepen op 28 april 2015, van Vertrouwenscentrum kindermishandeling: <http://www.kindermishandeling.be/website/9-www.html>
- Kind en Gezin. (2010). Het opvolgen van een vermoeden van kindermishandeling. Opgeroepen op 30 april 2015, van Kind en Gezin: <http://www.kindengezin.be/img/literatuurstudie-het-opvolgen-van-een-vermoeden-van-kindermishandeling.pdf>
- Klepper, J., Heringhaus, A., Wurthmann, C., & Voit, T. (2008). Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by Proxy syndrome. *European Journal of Pediatrics*, 167(9), 1085-1088. Gevonden via Limo databank.
- Kodner, C., & Wetheron, A. (2013, november). Diagnosis and management of physical abuse in children. *American family physician*, 88(10), 669-675. Gevonden via PubMed databank.
- Korbin, J., & Krugman, R. (2013). *Handbook of Child Maltreatment*. Springer. Doi: 10.1007/978-94-007-7208-3. Gevonden via Limo databank.
- Landsmeer-Beker, E., Smit, M., & Affourtit, M. (2011). Kindermishandeling. In G. Derksen-Lubsen, H. Moll, H. Oudesluis-Murphy, & A. Sprij (Red.), *Compendium kindergeneeskunde: Diagnostiek en behandeling* (p. 554-567). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A. (2006, maart). Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie. *Tijdschrift Directieve therapie*, 26, 32-46. Gevonden via SpringerLink database.
- Lazenbatt, A. (2013). Fabricated or Induced Illness in Children: A Narrative Review of the Literature. *Child Care in Practice*, 19(1), 61-77.
- Louwers, E., Affourtit, M., Moll, H., de Koning, H., & Korfage, I. (2009). Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child* (95), 214-218.
- Lowell, A., Renk, K., & Adgate, A.H. (2014). The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1436-1449. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.006. Gevonden via Limo databank.
- Lynne, E., Gifford, E., Evans, K., & Rosch, J. (2015). Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? *North Carolina Medical Journal*, 76(1), 13-18.
- Marchand, J., Deneyer, M., & Vandenplas, Y. (2012). Educational paper: Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *European journal of pediatrics*, 171(1), 17-23. Doi: 10.1007/s00431-011-1616-1. Gevonden via PubMed databank.
- Michiels, M. (s.a.). Munchausen by Proxy Syndrome (MBPS). Onuitgegeven tekst van Kind in Nood Kempen, antenendienst van het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Antwerpen.
- Mash, C., Frazier, T., Nowacki, A., Worley, S., & Goldfarb, J. (2011). Development of a Risk-Stratification Tool for Medical Child Abuse in Failure to Thrive. *Pediatrics*, 128(6), 1467-1473. Doi: 10.1542/peds.2011-1080. Gevonden via Limo databank.
- McCarthy, C. (2008). Doing the Right Thing: A Primary Care Pediatrician's Perspective on Child Abuse Reporting. *Pediatrics*, 122(supplement 1), S21-S25. Doi: 10.1542/peds.2008-0715h. Gevonden via Limo.
- Morrell, B., & Tilley, D. (2012). The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 328-335. Gevonden op 09 november 2014 via Limo databank.
- Mutsaers, K. (2008). Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling? Opgeroepen op 30 april 2015, van Nederlands Jeugdinstituut: http://www.nji.nl/nl/311053-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Kindermishandeling.pdf
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2013). When to suspect child maltreatment. National Institute for Health and Care Excellence, clinical guideline 89.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2014, februari). When to suspect child maltreatment guideline. Londen: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Gevonden via TRIP.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). When to suspect child maltreatment. Manchester. Gevonden op 02 december 2014 via TRIP databank.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2011). *Psychiatrie in de verpleegkunde*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Onderwijs Vlaanderen. (s.a.). Centrum voor leerlingenbegeleiding, Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. Gevonden via <http://onderwijs.vlaanderen.be/ouders/ondersteuning-en-begeleiding/leerlingenbegeleiding/centrum-voor-leerlingenbegeleiding-clb>.
- Orde van Geneesheren. (2010). Aangifte kindermishandeling: de arts tussen wet en Code. Gevonden op het internet: <https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/aangifte-kindermishandeling-de-arts-tussen-wet-en-code>.
- Pankratz, L. (2006). Persistent Problems With the Munchausen Syndrome by Proxy. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(1), 90-95. Gevonden via PubMed.
- Petersen, A., Joseph, J., & Feit, M. (2014, maart). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. Washington: National Academies Press. Gevonden via PubMed databank.
- Pollmann, P. (2008). Kindermishandeling inzichtelijk: Vroegsignalering, onderzoek, diagnostiek, risicotaxatie. Assen: Koninklijke Van Gorcum. ISBN 978-90-232-4396-0. Gevonden via Limo databank.
- Postlethwaite, R. (2010). Fabricated or Induced Illness. *Pediatrics and Child Health*, 20(12), 561-565.
- Romero-Martinez, A., Figueiredo, B., & Moya-Albiol, L. (2014). Childhood history of abuse and child abuse potential: The role of parent's gender and timing of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 510-516. Doi: 10.1016/j.chiabu.2013.09.010. Gevonden via Limo databank.
- Rosenberg, J., & Bradford Wilcox, W. (2006). The Importance of Fathers in the Healthy Development of Children. United States: Department of Health and Human Services. Gevonden via Limo databank.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2012, oktober). Fabricated or Induced Illness by Carers (FII): A Practical Guide for Paediatricians. Gevonden via BMJ Best Practice.
- Savage, J. (2014). The association between attachment, parental bonds and physically aggressive and violent behavior: A comprehensive review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 164-178. Doi: 10.1016/j.avb.2014.02.004. Gevonden via Limo databank.
- Schreier, H. (2004, maart). Munchausen by Proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34(3), 126-143. Doi: 10.1016/j.cppeds.2003.09.003. Gevonden via Limo databank.
- Skellern, C. (2015, januari). Child protection: A 50-year perspective. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(1), 87-90. Doi: 10.1111/jpc.12813. Gevonden via Pubmed databank.
- Steenackers, K. (2012). De rol van de huisarts bij kindermishandeling: van vermoeden tot benoemen, registratie en adequate aanpak. Een kwaliteitsbevorderend praktijkproject. Onuitgegeven masterthesis, Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde.

- Steunpunt Jeugdhulp. (2015). Integrale jeugdhulp. Opgeroepen op 26 april 2015, van Steunpunt Jeugdhulp: <http://www.steunpuntjeugdhulp.be/?action=onderdeel&onderdeel=316>
- Steunpunt Jeugdhulp. (2015). Protocol Kindermishandeling. Opgeroepen op 13 mei 2015, van Jeugdrecht: http://www.jeugdrecht.be/?action=nieuws_detail&nieuws=222
- Stirling, J., & the Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics*, 119 (5), 1026-1031. Gevonden via TRIP databank.
- Squires, J., & Squires, R. (2010). Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51 (3), 248-253.
- Teeuw, A., Derckx, B., Koster, W., & van Rijn, R. (2011). Educational paper. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European Journal of Pediatrics* (171), 877-885.
- Terry, L. (2004). Fabricated or induced illness in children. *Paediatric Nursing*, 16 (1), 14-18.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2011, februari). Accumulating Evidence for Parent – Child Interaction Therapy in the Prevention of Child Maltreatment. *Child Development*, 82 (1), 177-192. Doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x. Gevonden via Limo databank.
- Timmer, S., & Urquiza, A. (2013). *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering core components and treatment effectiveness*. Springer. Doi: 10.1007/978-94-007-7404-9. Gevonden via Limo databank.
- van de Putte, E., Teeuw, A., Lukkassen, I., & Russel, I. (2013). *Medisch handboek kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van de Voorde, W., Decorte, R., Tytgat, J., & Cuyper, E. (2010). *Handboek forensische geneeskunde*. Brugge: Die Keure.
- Van Looveren, A. (2012). Ernstig verontrust in een kind: wat doe je met je beroepsgeheim? *Jeugdrecht*. Gevonden op 22 april 2015 op het internet: http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=382&select_page=314.
- Verber, M. (2010). How to fake Munchausen's syndrome. *Philosophical Psychology*, 23 (5), 565-574. Gevonden op 23 januari 2015 via Limo databank.
- Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. (s.a.). Kindermishandeling. Opgeroepen op 28 maart 2015, van Kind in Nood: http://www.kindinnood.be/documenten/doc_sitetekst.pdf
- Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. (s.a.). Kindermishandeling: Meldenswaard. Opgeroepen op 28 maart 2015, van Vertrouwenscentrum kindermishandeling Antwerpen: <http://http://www.vkantwerpen.be/uploadfolder/BrochureKmmeldenswaard.pdf>
- Vlaamse overheid. (2015). Integrale jeugdhulp. Opgeroepen op 26 april 2015, van IJH Vlaanderen: <http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/ijh/vlaanderen/paginas/default.aspx>
- Vlaamse Overheid. (s.a.). Misbruik, geweld en kindermishandeling melden. Gevonden op 29 april 2015 via <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/hulp-zoeken/misbruik-geweld-en-kindermishandeling-melden>.
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. (2015). Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Opgeroepen op 28 april 2015, van Geestelijk Gezond Vlaanderen: <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/centrum-geestelijke-gezondheidszorg-cgg>
- Walsh, K., & Farrell, A. (2008). Identifying and evaluating teachers' knowledge in relation to child abuse and neglect: A qualitative study with Australian early childhood teachers. *Teaching and Teacher Education*, 24 (3), 585-600. Doi: 10.1016/j.tate.2007.07.003. Gevonden via PubMed databank.
- Widow, C., Czaja, S., & DuMont, K. (2015, maart). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? *Science*, 347 (6229), 1480-1485. Doi: 10.1126/science.1259917. Gevonden via PubMed databank.
- Wildeman, C., & Emanuel, N. (2014, maart). Cumulative Risks of Foster Care Placement by Age 18 for U.S. Children, 2000-2011. *Public Library of Science One*, volume 9 (3), 1-7. Doi: 10.1371/journal.pone.0092785. Gevonden via PubMed databank.
- Winokur, M., Holtan, A., & Batchelder, K. (2014). Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Doi: 10.1002/14651858.CD006546.pub3. Gevonden via PubMed databank.
- Wiznitzer, M. (2001). Munchausen by proxy is meer dan persoonlijkheids- en/of ouderschapspathologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 27, 144-145. Gevonden via SpringerLink database.
- Woodruff, K., & Lee, B. (2011). Identifying and predicting problem behavior trajectories among pre-school children investigated for child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 35 (7), 491-503. Doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.007. Gevonden via Limo databank.

Afbeeldingen

<http://becuo.com/books-png-transparent>
<http://canardtheduck.blogspot.be/2014/11/science-and-pseudoscience-in.html>
<http://eqib.nl/vacatures/blog/ontwikkeling-begint-bij-jezelf/>
<http://imgkid.com/thumbs-up-down-png.shtml>
<http://masterkeysempoweru.com/wp-content/uploads/2013/11/Search-Magnifying-Glass.jpg>
<http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/104029/Kindermishandeling-slim-te-lijf.htm>
<http://nl.dreamstime.com/stock-afbeeldingen-het-groeien-image28681704>
http://odlarmed.com/wp-content/uploads/2009/01/dan_head.gif
<http://relaxedpresentations.com/redesigns/positive-parenting>
<http://shalondagordon.net/partner/>
http://static0.hln.be/static/photo/2010/8/3/20100914205702/media_xl_3871923.jpg
<http://thumbs.dreamstime.com/z/rubber-stamp-diagnosis-word-d-illustration-31483393.jpg>
<http://thumbs.dreamstime.com/z/veiligheid-eerst-42060739.jpg>
http://users.skynet.be/fa286862/OMB/images/1712_zonder_leeuw.gif
<http://veiligleefbaar.nl/aanpak-uit huisplaatsing-crisisplaatsing-en-terugplaatsing/>
<http://voiusa.blogspot.be/2012/03/workshop-samenwerking-met-de-politie.html>
<http://wiki.psycho.ulyssis.be/images/2/26/Vraagteken-groot2.jpg>
http://www.caw.be/sites/all/themes/cawweb_caw_theme/logo.png
<http://www.depsych.nl/wp-content/uploads/2013/09/EMDR.png>
http://www.hummeltjes.be/sites/default/files/logo_ckg.gif
<http://www.kindermishandelingmeldcode.nl/ta/k/>
<http://www.kleurrijk-coachen.nl/uploads/images/ouders-en-kind-300x300.jpg>
<http://www.medicalfacts.nl/2015/04/14/van-rijn-huisartsen-en-augeo-samen-in-actie-tegen-kindermishandeling/>
<http://www.mijnkind.com/column/monique2/14-geen-vader.html>
http://www.passant.be/img/Passant_logo_trans.png
<http://www.seoandy.net/biz/30daysblogging-failed/>
http://www.sneekernieuwsblad.nl/?attachment_id=123
<http://www.steunpuntjeugdhulp.be/osbj/files/image/logo%20jongerenwelzijn%20klein.gif>
<http://www.tcroelandsveld.be/tcr/onze-club/geschiedenis-van-onze-club.html>
<http://www.ualr.edu/vspilli/images/Ethics-cloud.png>
<http://www.vakbladvroeg.nl/images/news/uXDn9jdKQG5t4gb.jpg>
<http://www.yourwebgraphics.com/gallery/data/thumbnails/392/Man-With-Question-04.png>
<http://www.zwevegem.be/adressen/vertrouwenscentrum-kindermishandeling>
<https://www.bruggelokaal.be/frontend/files/blog/images/source/script-melding.png>
<https://www.ehealth.fgov.be/>
<https://www.fotolia.com/id/26356948>
<https://www.pinterest.com/pin/525162006523590495/>
https://zeltser.com/wp-content/uploads/2011/06/tumblr_in90q6b9jh1qd9o7r.png



DISCUSSIE

Doorheen het proces werd duidelijk dat er nog maar weinig bekend is over Münchausen by Proxy. Recente literatuur opzoeken over dit onderwerp was dan ook niet eenvoudig. Door gebruik te maken van verschillende databanken is het toch gelukt om een bachelorproef te schrijven over MBP met recent en evidence-based materiaal. Vlak voor het indienen van deze bachelorproef hebben we een laatste zoektocht gedaan doorheen de verschillende databanken om up-to-date te blijven over dit onderwerp.

Omdat de moeder meestal de dader is bij MBP, gebruiken we soms 'ze' in plaats van de dader. Hierbij moet natuurlijk wel de opmerking gemaakt worden dat tevens een andere verzorgende het geweld kan plegen bij het kind.

Een ander discussiepunt is dat de naamgeving omtrent MBP nogal verschillend is. Omdat Münchausen by Proxy de bekendste naam is, hebben we geopteerd om deze naam te gebruiken in onze bachelorproef. Toch zou het eenvoudiger zijn, moest men wereldwijd één en dezelfde naam gebruiken om dit syndroom te beschrijven.

Ten slotte nog de opmerking dat er nood is aan meer en grootschaliger onderzoek omtrent Münchausen by Proxy.

Discussie m.b.t. de praktische uitwerking van de website

Vanuit het opzoekwerk en de verwerking van wetenschappelijke literatuur hebben we een website ontwikkeld. Het maken van deze website was niet zo eenvoudig omdat veel sites verdwijnen na een bepaalde tijd. Na contact met een computerspecialist heeft hij deze gratis 'website builder' aanbevolen. Deze is toegankelijk voor iedereen met internetaansluiting en handig om te gebruiken door personen die niet vertrouwd zijn met het programmeren van een website. Het doel van de website is dat onder andere pediatrische verpleegkundigen deze website kunnen raadplegen bij vragen over Münchausen by Proxy.

Aangezien de website ontwikkeld is m.b.v. een gratis websitebouwer, zijn we er ons van bewust dat onze website niet eenvoudig terug te vinden is via een zoekmachine op het internet. In de toekomst zouden we de link van onze bachelorproef graag willen verspreiden via ziekenhuizen, pediatrische afdelingen, enzovoort, om zo de doelgroep te bereiken.

Meningen over onze website zijn tot zo ver over het algemeen zeer positief. Om de website attractief te maken, hebben we gebruik gemaakt van enkele afbeeldingen. De verwijzingen hiervan staan op de website het tabblad literatuur. Op de website staan in de tekst geen verwijzingen naar de literatuur. Hier hebben we bewust voor gekozen om de tekst leesbaar te houden. De literatuurlijst is terug te vinden in het tabblad literatuur.

BESLUIT

Münchausen by Proxy is een aandoening die niet zo vaak voorkomt, maar toch enorme gevolgen met zich mee kan brengen. Meestal is het de moeder die het leed bij het kind veroorzaakt en zij kan erg ver gaan in de mishandeling van haar kind. Zo kan het gaan van het verzinnen van symptomen tot het effectief toebrengen van bepaalde symptomen aan haar kind.

Herkenning van dit ziektebeeld kan via verschillende kenmerken bij dader, partner van de dader en bij het kind zelf. Ook de situatie zelf (meerdere ziekenhuisbezoeken, onderzoeken, een vreemd verhaal ...) kan een alarmbel doen rinkelen bij arts of verpleegkundige. Een diagnose is echter moeilijk te stellen. Er zijn zoveel zaken waarmee men rekening moet houden: veiligheid van het kind, privacy van het gezin, verschillende ethische aspecten, enzovoort. Een vermoeden uitspreken is dus niet zo eenvoudig en dit moet weloverwogen gebeuren door verschillende partijen. Een behandeling voor Münchausen by Proxy is ook niet zo gemakkelijk. Er is namelijk regelmatig sprake van herval en daarom moet de behandeling professioneel en langdurig opgevolgd worden. Dit zowel bij de dader als het kind, maar ook de rest van het gezin dient te worden betrokken. Mede afhankelijk van deze behandeling wordt de toekomst van het kind en zijn gezin bepaald.

De pediatriesch verpleegkundige kan zeker en vast een belangrijke rol opnemen binnen dit ganse proces. Het is echter wel noodzakelijk dat zij kennis van zaken heeft en dus geïnformeerd is over deze aandoening. Dit was dan ook het doel van onze bachelorproef: de pediatriesch verpleegkundige een toegankelijk hulpmiddel bieden om Münchausen by Proxy te leren kennen wanneer zij hiermee in contact komt of een vermoeden heeft van een dergelijke situatie. De website die we hiervoor ontwikkeld hebben, beantwoordt aan onze doelstelling. De verschillende punten uit bovenstaande alinea worden besproken en samenvattend worden verpleegkundige aandachtspunten beschreven. We probeerden hier een professionele, maar toch ook een leuke en aantrekkelijke website van te maken, met de pediatriesch verpleegkundige in ons achterhoofd. Op die manier kan zij de gevonden evidence-based informatie toepassen en zo ook de best mogelijke zorg bieden voor het kind, de dader en het gezin.

Durven denken aan de mogelijkheid van kindermishandeling is iets wat elke verpleegkundige zou moeten doen. Wanneer het hier reeds mis loopt, kan dit cruciale gevolgen hebben voor het kind. Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige om op de hoogte te zijn van de basiskennis over kindermishandeling.

Uiteraard is de door ons opgestelde website een houvast voor pediatriesch verpleegkundigen en/of andere hulpverleners, maar zeker geen standaard. Elke casus is verschillend en vraagt dus om een aangepaste, weloverwogen en multidisciplinaire aanpak.

LITERATUURLIJST

- Ackermans, I. (2013). *Het kind in het ziekenhuis*. Antwerpen: Garant.
- Adriaenssens, P. (2011). Fysieke kindermishandeling. In P. Adriaenssens, L. Smeyers, C. Ivens, & B. Vanbeckevoort, *In vertrouwen genomen: voor iedereen die met kinderen omgaat*. Tielt: Lannoo.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2015). *Centra voor geestelijke gezondheidszorg*. Opgeroepen op 28 april 2015, van Agentschap Zorg, & Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Uniforme-tarieven-voor-centra-geestelijke-gezondheidszorg/>
- Alink, L., van Ijzendoorn, R., Euser, E., & Bakermans-Kranenburg, M. (2014). Gehechtheid en kindermishandeling. In P. Prins, & C. Baet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (p. 419-442). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Gevonden via Springerlink database.
- Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, *383* (9926), 1412-1421. Gevonden via Limo databank.
- Bass, C., & Halligan, P. (2014, april). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, *383* (9926), 1422-1432. Gevonden via ScienceDirect.
- Bauer, K.A. (2004). Covert Video Surveillance of Parents Suspected of Child Abuse: the British Experience and Alternative Approaches. *Theoretical Medicine*, *25* (4), 311-327. Gevonden via Limo databank.
- Beard, K.V. (2007). Protect the children: be on the lookout for Munchausen syndrome by proxy. *RN*, *70* (12), 33-36. Gevonden via PubMed databank.
- Berger, M., ten Berge, I., & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Opgeroepen op 30 april 2015, van Nederlands Jeugd Instituut: <http://www.nji.nl/nl/Samenhangendehulp.pdf>
- Brink, F., & Thackeray, J. (2012). Factitious Illness – Red Flags for the Pediatric Emergency Medicine Physician. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, *13* (3), 213-220.
- Brown, A., Gonzalez, G., Wiester, R., Kelley, M., & Feldman, K. (2014). Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: A window on the caretaker's thinking? *Child Abuse, & Neglect*, *38* (3), 488-497. Gevonden via Limo databank.
- Byard, R. (2014). Factitious Illness by Proxy in Children. In K. Collins, & R. Byard, *Forensic Pathology of Infancy and Childhood* (p. 229-241). New York: Springer Science. Gevonden op 14 december 2014 via SpringerLink.
- Centrum voor Algemeen Welzijn. (2015). *Hoe wij helpen*. Opgeroepen op 28 april 2015, van CAW: <http://www.caw.be/over-het-caw>
- Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning. (2015). *Wat doen wij?* Opgeroepen op 28 april 2015, van CKG: <http://www.ckg.be/watdoeteenckg.html>
- Chafetz, M., & Dufrene, M. (2014). Malingering-by-proxy: Need for child protection and guidance for reporting. *Child Abuse, & Neglect*, article in press.
- Christens, J. (2015). *Kinderverwaarlozing en –mishandeling*. Onuitgegeven nota's bij een cursus van het OPO Psychosociale en Geestelijke Gezondheidszorg van de opleiding Bachelor in de Pediatrie en Neonatologie. Thomas More Kempen, Departement Gezondheidszorg Turnhout.

Clarke, C., & Skokauskas, N. (2010). Paediatric Symptom Falsification ('Munchausen Syndrome by Proxy') – Psychiatric Manifestations. *British Journal of Medical Practitioners*, 3 (4), p. 344-348.

Conn, A., Szilagyi, M., Franke, T., Albertin, C., Blumkin, A., & Szilagyi, P. (2013). Trends in Child Protection and Out-of-Home Care. *Pediatrics*, 132 (4), 712-719. Doi: 10.1542/peds.2013-0969. Gevonden via Limo databank.

Connelly, R. (2003). Ethical Issues in the Use of Covert Video Surveillance in the Diagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy: The Atlanta Study – an Ethical Challenge for Medicine. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 15 (1), 21-41. Gevonden via Limo databank.

Criddle, L. (2010). Monster in the closet: Munchausen syndrome by Proxy. *Critical Care Nurse*, 30 (6), 46-55. Doi: 10.4037/ccn2010737. Gevonden via PubMed databank.

Davis, J.S., Fani, N., Ressler, K., Jovanovic, T., Tone, T., & Bradley, B. (2014, juni). Attachment anxiety moderates the relationship between childhood maltreatment and attention bias for emotion in adults. *Psychiatry Research*, 217 (1-2), 79-85. Doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.010. Gevonden via Limo databank.

Decock, G., D'Hanis, H., Janssens, V., Nys, H., Peeters, E., Vancorenland, K., & Vande Moortel, J. (2011). *Recht voor verpleegkundigen en vroedvrouwen*. Mechelen: Kluwer.

De Craim, C., & Traets, E. (2010). Protocol kindermishandeling: Naar een intensere samenwerking tussen justitie en hulpverlening. *Tijdschrift voor jeugdrecht en kinderrechten*, 11 (3), 177-183. Gevonden via Limo databank.

De Nauw, A. (2010). *Inleiding tot het bijzonder strafrecht*. Mechelen: Kluwer.

DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. United States: Department of Health and Human Services. Gevonden op 10 december 2014 via Limo databank.

Dienst voor strafrechtelijk beleid. (2015). *Kindermishandeling*. Opgeroepen op 13 mei 2015, van Dienst voor strafrechtelijk beleid: http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_content&task=view&id=148&Itemid=217&lang=dutch

Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (1), 47-57. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00339.x. Gevonden via Limo databank.

Dubois, T., Peremans, L., Denekens, J., & Van Royen, P. (2001, mei). Het Münchausen by Proxy Syndroom: Hoe kan je dit als huisarts herkennen? *Huisarts Nu*, 30 (4), 158-165.

Dye, M., Rondeau, D., Guido, V., Mason, A., & O'Brien, R. (2013). Identification and Management of Factitious Disorder by Proxy. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9 (7), 435-442. Doi: 10.1016/j.nurpra.2013.04.006. Gevonden via Science Direct.

eHealth. (2014). PatientConsent, & eHealthConsent. Gevonden op 6 april 2015 op het internet: <https://www.ehealth.fgov.be/nl/burgers/on-line-diensten/ehealthconsent>.

Feng, J.Y., Chen, Y.W., Fetzer, S., Feng, M.C., & Lin, C.L. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review*, 34 (1), 276-280. Gevonden via LIMO databank.

Ferrara, P., Vitelli, O., Romani, L., Bottaro, G., Ianniello, F., Fabrizio, G.C. et al. (2014). The Thin Line between Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy.

Journal of Psychological Abnormalities in Children, 3 (2). Doi: 10.4172/2329-9525.1000115.

Fisher, M.A. (2011). Ethics for the Pediatrician: Caring for Abused Children. *Pediatrics in Review*, 32 (7), 73-78. Gevonden via Pubmed.

Flaherty, E., Macmillan, H., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2013, september). Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics*, 132 (3), 590-597. Doi: 10.1542/peds.2013-2045. Gevonden via PubMed databank.

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J., & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 41(1), 58-69.

Frederick, J., & Goddard, C. (2008, maart). Living on an island: consequences of childhood abuse attachment disruption and adversity in later life. *Child and Family Social Work*, 13 (3), 300-310. Doi: 10.1111/j.1365-2206.2008.00554.x. Gevonden via Limo databank.

Frye, E.M., & Feldman, M.D. (2012, maart). Factitious Disorder by Proxy in Educational Settings: A Review. *Educational Psychology Review*, 24 (1), 47-61. Doi: 10.1007/s10648-011-9180-9. Gevonden via Limo databank.

Geraerts, S. (2014). *Masterproef: De uithuisplaatsing van de geweldpleger bij kindermishandeling: alternatieve maatregel voor de bestaande procedures?* Hasselt: Universiteit. Gevonden via de site <https://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/17566/1/09288152013299.pdf>.

Gezondheidsraad (2011, juni). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Nederland: Den Haag. ISBN: 978-90-5549-840-6. Gevonden op de site <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201111kindermishandeling.pdf>.

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373 (9647), 68-81. Doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7. Gevonden via PubMed databank.

Hakman, M., Chaffin, M., Funderburk, B., & Silovsky, J.F. (2009). Change trajectories for parent-child interaction sequences during parent-child interaction therapy for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33 (7), 461-470. Doi: 10.1016/j.chiabu.2008.08.003. Gevonden via Limo databank.

Heps, R., & De Hondt, N. (2010). Time-out na kindermishandeling door uithuisplaatsing van de geweldpleger. *Tijdschrift voor jeugdrechten en kinderrechten*, 11 (1), 20-38. Gevonden via Limo databank.

Herendeen, P.A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2014). Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28 (1), e1-e7.

Hurlburt, M.S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C., & Zhang, J. (2013, augustus). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in the Head Start who self – reported a history of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37 (8), 531-543. Gevonden via Limo databank.

Integrale jeugdhulp. (2015). *Crisisjeugdhulp*. Opgeroepen op 26 april 2015, van IJH Vlaanderen: http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/ijh/vlaanderen/crisisjeugdhulp/Documents/2014_crisis_antw.pdf

Jochems, A. & Joostens, F. (2009). *Coëlho: Zakwoordenboek der geneeskunde*. Amsterdam: Elsevier.

Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. (2006, oktober). Assault/Abuse – safeguarding children. *Treatment and Management of Assault*, p. 1-14. Gevonden via TRIP databank.

Kind en Gezin. (2015). *Werking VK*. Opgeroepen op 28 april 2015, van Vertrouwenscentrum kindermishandeling: <http://www.kindermishandeling.be/website/9-www.html>

Kind en Gezin. (2010). *Het opvolgen van een vermoeden van kindermishandeling*. Opgeroepen op 30 april 2015, van Kind en Gezin: <http://www.kindengezin.be/img/literatuurstudie-het-opvolgen-van-een-vermoeden-van-kindermishandeling.pdf>

Klepper, J., Heringhaus, A., Wurthmann, C., & Voit, T. (2008). Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by Proxy syndrome. *European Journal of Pediatrics*, 167 (9), 1085-1088. Gevonden via Limo databank.

Kodner, C., & Wetherton, A. (2013, november). Diagnosis and management of physical abuse in children. *American family physician*, 88 (10), 669-675. Gevonden via PubMed databank.

Korbin, J., & Krugman, R. (2013). *Handbook of Child Maltreatment*. Springer. Doi: 10.1007/978-94-007-7208-3. Gevonden via Limo databank.

Landsmeer-Beker, E., Smit, M., & Affourtit, M. (2011). Kindermishandeling. In G. Derksen-Lubsen, H. Moll, H. Oudesluys-Murphy, & A. Sprij (Red.), *Compendium kindergeneeskunde: Diagnostiek en behandeling* (p. 554-567). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lange, A. (2006, maart). Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie. *Tijdschrift Directieve therapie*, 26, 32-46. Gevonden via SpringerLink database.

Lazenbatt, A. (2013). Fabricated or Induced Illness in Children: A Narrative Review of the Literature. *Child Care in Practice*, 19 (1), 61-77.

Louwers, E., Affourtit, M., Moll, H., de Koning, H., & Korfage, I. (2009). Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child* (95), 214-218.

Lowell, A., Renk, K., & Adgate, A.H. (2014). The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse & Neglect*, 38 (9), 1436-1449. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.006. Gevonden via Limo databank.

Lynne, E., Gifford, E., Evans, K., & Rosch, J. (2015). Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? *North Carolina Medical Journal*, 76 (1), 13-18.

Marchand, J., Deneyer, M., & Vandenplas, Y. (2012). Educational paper: Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *European journal of pediatrics*, 171 (1), 17-23. Doi: 10.1007/s00431-011-1616-1. Gevonden via PubMed databank.

Michiels, M. (s.a.). *Munchausen by Proxy Syndrome (MBPS)*. Onuitgegeven tekst van Kind in Nood Kempen, antennediens van het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Antwerpen.

- Mash, C., Frazier, T., Nowacki, A., Worley, S., & Goldfarb, J. (2011). Development of a Risk-Stratification Tool for Medical Child Abuse in Failure to Thrive. *Pediatrics*, 128 (6), 1467-1473. Doi: 10.1542/peds.2011-1080. Gevonden via Limo databank.
- McCarthy, C. (2008). Doing the Right Thing: A Primary Care Pediatrician's Perspective on Child Abuse Reporting. *Pediatrics*, 122 (supplement 1), S21-S25. Doi: 10.1542/peds.2008-0715h. Gevonden via LIMO databank.
- Morrell, B., & Tilley, D. (2012). The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27 (4), 328-335. Gevonden op 09 november 2014 via Limo databank.
- Mutsaers, K. (2008). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Opgeroepen op 30 april 2015, van Nederlands Jeugdinstituut: [http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Kindermishandeling.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Kindermishandeling.pdf)
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2013). *When to suspect child maltreatment*. National Institute for Health and Care Excellence, clinical guideline 89.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2014, februari). *When to suspect child maltreatment guideline*. Londen: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Gevonden via TRIP databank.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *When to suspect child maltreatment*. Manchester. Gevonden op 02 december 2014 via TRIP databank.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2011). *Psychiatrie in de verpleegkunde*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Onderwijs Vlaanderen. (s.a.). *Centrum voor leerlingenbegeleiding*. Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. Gevonden via <http://onderwijs.vlaanderen.be/ouders/ondersteuning-en-begeleiding/leerlingenbegeleiding/centrum-voor-leerlingenbegeleiding-clb>.
- Orde van Geneesheren. (2010). *Aangifte kindermishandeling: de arts tussen wet en Code*. Gevonden op het internet: <https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/aangifte-kindermishandeling-de-arts-tussen-wet-en-code>.
- Pankratz, L. (2006). Persistent Problems with the Munchausen Syndrome by Proxy. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34 (1), 90-95. Gevonden via PubMed databank.
- Petersen, A., Joseph, J., & Feit, M. (2014, maart). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. Washington: National Academies Press. Gevonden via PubMed databank.
- Pollmann, P. (2008). *Kindermishandeling inzichtelijk: Vroegsignalering, onderzoek, diagnostiek, risicotaxatie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum. ISBN 978-90-232-4396-0. Gevonden via Limo databank.
- Postlethwaite, R. (2010). Fabricated or Induced Illness. *Pediatrics and Child Health*, 20 (12), 561-565.
- Romero-Martinez, A., Figueiredo, B., & Moya-Albiol, L. (2014). Childhood history of abuse and child abuse potential: The role of parent's gender and timing of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38 (3), 510-516. Doi: 10.1016/j.chiabu.2013.09.010. Gevonden via Limo databank.
- Rosenberg, J., & Bradford Wilcox, W. (2006). *The Importance of Fathers in the Healthy Development of Children*. United States: Department of Health and Human Services. Gevonden via Limo databank.

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2012, oktober). *Fabricated or Induced Illness by Carers (FII): A Practical Guide for Paeditricians*. Gevonden via BMJ Best Practice.

Savage, J. (2014). The association between attachment, parental bonds and physically aggressive and violent behavior: A comprehensive review. *Aggression and Violent Behavior, 19* (2), 164-178. Doi: 10.1016/j.avb.2014.02.004. Gevonden via Limo databank.

Schreier, H. (2004, maart). Munchausen by Proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 34* (3), 126-143. Doi: 10.1016/j.cppeds.2003.09.003. Gevonden via Limo databank.

Skellern, C. (2015, januari). Child protection: A 50-year perspective. *Journal of Paediatrics and Child Health, 51* (1), 87-90. Doi: 10.1111/jpc.12813. Gevonden via Pubmed databank.

Steenackers, K. (2012). *De rol van de huisarts bij kindermishandeling: van vermoeden tot benoemen, registratie en adequate aanpak. Een kwaliteitsbevorderend praktijkproject*. Onuitgegeven masterthesis, Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde.

Steunpunt Jeugdhulp. (2015). *Integrale jeugdhulp*. Opgeroepen op 26 april 2015, van Steunpunt Jeugdhulp: <http://www.steunpuntjeugdhulp.be/?action=onderdeel&onderdeel=316>

Steunpunt Jeugdhulp. (2015). *Protocol Kindermishandeling*. Opgeroepen op 13 mei 2015, van Jeugdrecht: http://www.jeugdrecht.be/?action=nieuws_detail&nieuws=222

Stirling, J., & the Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics, 119* (5), 1026-1031. Gevonden via TRIP database.

Squires, J., & Squires, R. (2010). Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 51* (3), 248-253.

Teeuw, A., Derkx, B., Koster, W., & van Rijn, R. (2011). Educational paper. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European Journal of Pediatrics (171)*, 877-885.

Terry, L. (2004). Fabricated or induced illness in children. *Paediatric Nursing, 16* (1), 14-18.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2011, februari). Accumulating Evidence for Parent – Child Interaction Therapy in the Prevention of Child Maltreatment. *Child Development, 82* (1), 177-192. Doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x. Gevonden via Limo databank.

Timmer, S., & Urquiza, A. (2013). *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering core components and treatment effectiveness*. Springer. Doi: 10.1007/978-94-007-7404-9. Gevonden via Limo databank.

van de Putte, E., Teeuw, A., Lukkassen, I., & Russel, I. (2013). *Medisch handboek kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van de Voorde, W., Decorte, R., Tytgat, J., & Cuypers, E. (2010). *Handboek forensische geneeskunde*. Brugge: Die Keure.

Van Looveren, A. (2012). *Ernstig verontrust in een kind: wat doe je met je beroepsgeheim? Jeugdrecht*. Gevonden op 22 april 2015 op het internet: http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=382&select_page=314.

Verber, M. (2010). How to fake Munchausen's syndrome. *Philosophical Psychology, 23* (5), 565-574. Gevonden op 23 januari 2015 via Limo databank.

Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. (s.a.). *Kindermishandeling*. Opgeroepen op 28 maart 2015, van Kind in Nood: http://www.kindinnood.be/documenten/doc_sitetekst.pdf

Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. (s.a.). *Kindermishandeling: Meldenswaard*. Opgeroepen op 28 maart 2015, van Vertrouwenscentrum kindermishandeling Antwerpen: <http://http://www.vkantwerpen.be/uploadfolder/BrochureKMMeldenswaard.pdf>

Vlaamse overheid. (2015). *Integrale jeugdhulp*. Opgeroepen op 26 april 2015, van IJH Vlaanderen: <http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/ijh/vlaanderen/paginas/default.aspx>

Vlaamse Overheid. (s.a.). *Misbruik, geweld en kindermishandeling melden*. Gevonden op 29 april 2015 via <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/hulp-zoeken/misbruik-geweld-en-kindermishandeling-melden>.

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. (2015). *Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)*. Opgeroepen op 28 april 2015, van Geestelijk Gezond Vlaanderen: <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/centrum-geestelijke-gezondheidszorg-cgg>

Walsh, K., & Farrell, A. (2008). Identifying and evaluating teachers' knowledge in relation to child abuse and neglect: A qualitative study with Australian early childhood teachers. *Teaching and Teacher Education, 24* (3), 585-600. Doi: 10.1016/j.tate.2007.07.003. Gevonden via PubMed databank.

Widow, C., Czaja, S., & DuMont, K. (2015, maart). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? *Science, 347* (6229), 1480-1485. Doi: 10.1126/science.1259917. Gevonden via PubMed databank.

Wildeman, C., & Emanuel, N. (2014, maart). Cumulative Risks of Foster Care Placement by Age 18 for U.S. Children, 2000-2011. *Public Library of Science One, volume 9* (3), 1-7. Doi: 10.1371/journal.pone.0092785. Gevonden via PubMed databank.

Winokur, M., Holtan, A., & Batchelder, K. (2014). Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Doi: 10.1002/14651858.CD006546.pub3. Gevonden via PubMed databank.

Wiznitzer, M. (2001). Munchausen by proxy is meer dan persoonlijkheids- en/of ouderschapspathologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 27*, 144-145. Gevonden via SpringerLink database.

Woodruff, K., & Lee, B. (2011). Identifying and predicting problem behavior trajectories among pre-school children investigated for child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 35* (7), 491-503. Doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.007. Gevonden via Limo databank.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Interview Kind in Nood – 30/03/2015

Vooropgestelde vragen

Els = Els Swolfs

L = Lise

K = Kelly

S = Sharyne

E = Evelien

Els: Dus jullie zijn opleiding pediatriesch verpleegkundigen? *Wij*: Ja, een BaNaBa Pediatrie. Het ging specifiek rond Münchausen hé? Kennen jullie onze werking of is het goed dat ik deze eerst kader?

Els: Dus, wij zijn Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Turnhout, wij zijn een dienst van Antwerpen. Normaal is er maar één per provincie, maar omdat Antwerpen in oppervlakte heel groot is en ook het meest aantal kinderen heeft, is er ondertussen 25 jaar geleden beslist om met twee antennes te werken, een in Turnhout en een in Mechelen. Zo kunnen de mensen van de Kempen hier gemakkelijker terecht. Vandaar die keuze. Wij zijn een kleine dienst met vijf hulpverleners, ik als coördinator en een secretaresse. We zijn echt een antennedienst van Antwerpen, wij vergaderen dus wel geregeld samen, ook om dossiers te bespreken. Onze artsen werken in Antwerpen, maar komen hier ook wel gesprekken doen of aansluiten bij een overleg indien nodig, of meldingen vanuit het ziekenhuis mee oppakken. Dus wij zijn een dienst kindermishandeling, je kan hier een ongerustheid melden. Niet professionele melders worden in eerste instantie doorverwezen naar 1712, professionelen kunnen hier rechtstreeks terecht. Niet professionelen kunnen na een melding ook hier terecht komen voor een gesprek. Er kunnen vijf vormen van kindermishandeling gemeld worden: lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, emotionele mishandeling of emotionele verwaarlozing of seksueel misbruik. Wij gaan dan in eerste instantie advies geven, denken wij ook als u dat verhaal doet aan kindermishandeling? Wat moeten we nog exploreren? Moeten ouders nog aangesproken worden? Als dat iets is voor hulpverlening dan komt dat hier terecht. Mensen gaan dan gesprekken krijgen op basis waarvan wij gaan proberen een diagnose te stellen. Is daar echt mishandeling geweest en wat is er nodig om die situatie in de toekomst te voorkomen? Dat is eigenlijk voor alle vormen van kindermishandeling gelijklopend. Wij gaan gesprekken doen met alle betrokkenen, zowel daders als slachtoffers, wat bij andere diensten meestal opgesplitst is. Wij doen ook gesprekken met kinderen vanaf een bepaalde leeftijd, zodat de grens realiteit en fantasie duidelijk is. Wij hebben een reguliere werking en sinds vorig jaar hebben wij ook een opdracht gekregen in maatschappelijke noodzaak zijn wij een gemandateerde voorziening geworden, waardoor er nu ook meldingen hier ook terecht kunnen komen vanuit parket jeugdzaken, vanuit hulpverleningsdiensten waar de hulpverlening vastloopt en waar wij dan onderzoek gaan doen om een inschatting te maken of da hulp maatschappelijk noodzakelijk is voor het kind. Dat is een iets andere manier van werken, we houden die dossiers soms ook langer vast. Nu wij daarvoor situaties voor kindermishandeling. Dat is er vorig jaar dus bijgekomen.

Zijn daar al vragen bij? Nee? Dan gaan we van start met jullie vragen.

1) Hoe verloopt het stellen van een diagnose na een melding van een vermoeden van Münchausen by Proxy (/kindermishandeling)?

Els: Nu op zich is dat een heel complexe problematiek. Soms wordt dat wat te snel in de mond genomen en soms denken wij dat die mama's al jarenlang door de mazen van het net zijn gekropen. Dat is een van de moeilijkste diagnoses vind ik om te stellen. Dus als we zo'n melding krijgen, wat wij dan eerst proberen is de hulpverleningsgeschiedenis in kaart te brengen en bekijken of we daar een arts als aanspreekfiguur installeren waar alles toekomt van verslagen enzovoort. Zo is er een iemand die zicht houdt op de onderzoeken. Wat wij ook vaak doen is hulpverlening

die er al op zit, die gaan wij dan als dienst rond de tafel zetten om alles eens naast elkaar te zitten. Complex is hierbij dat er vaak veel verschillende ziekenhuizen bij elkaar moeten komen, wat niet gemakkelijk is. Dus soms werken we op basis van verslagen. Een confrontatie MBP gebeurt bij ons altijd met een van onze vertrouwensartsen erbij, omdat dat zo complex is. Wat er gebeurt is dat wanneer dat vermoeden toch wel ernstig is, of het is duidelijk dat dit vermoeden klopt, dan gaat er een confrontatie plaatsvinden met de persoon die die mishandeling toebrengt en vaak ook met de partner. Als wij ouders aanspreken doen wij dat bij voorkeur altijd met de twee partners, omdat wij die in het hulpverleningstraject allebei gaan nodig hebben om veiligheid te kunnen garanderen, maar ook omdat partners niet altijd op de hoogte zijn van de mishandeling. We willen alles opentrekken dan. Wordt daar dan toegegeven dat er een probleem is, dan gaan wij met die mensen vaak een hulpverleningscontract opstellen, waar een aantal verwachtingen instaan naar veiligheid van de kinderen, maar ook naar eventuele begeleiding van de volwassen dader. Als er nood is naar tijdelijk geen contact, enzovoort. Dat wordt allemaal op papier gezet. Als daar langduriger begeleiding nodig is, gaan wij als dienst dat niet opnemen, dan verwijzen wij door naar volwassen psychiatrie of iets van thuisbegeleiding. Wij zijn een kortdurende crisisdienst, het is eigenlijk niet de bedoeling dat wij jaren aan de slag gaan. De gemiddelde looptijd van onze dossiers is ongeveer drie maanden. Er zijn dossiers die bv gemeld worden aan parketzaken, die worden op een dag afgesloten, maar dan zijn er ook weer uitzonderingen van twee jaar. Maar gemiddeld dus drie maanden.

2) Is het mogelijk dat jullie voorstellen om camerabewaking te installeren in ziekenhuiskamers om een vermoeden te kunnen bevestigen? Zo ja, wettelijk gezien moeten de ouders weten dat ze gefilmd worden, maar dit heeft waarschijnlijk invloed op het gedrag van de ouders, hoe pakken jullie dit dan aan?

Ev: Wij hebben een aantal artikels gelezen waarin dit gebruikt wordt, maar is dit in werkelijkheid ook zo? Wordt dit echt gebruikt?

Els: Ik denk dat dat dan eerder zaken zijn waar al een parket jeugdzaken betrokken is omdat een parket dit kan opleggen. Wij zijn een dienst jeugdverlening, wij staan dus helemaal los van politie en justitie. Wat wij eventueel wel doen is vragen aan ziekenhuizen of artsen dat ze bij opname heel alert zijn of kinderen in de gaten houden, maar ik denk dat dat nog nooit gebeurd is. Omdat dit inderdaad complex is, mag je dat doen zonder bevelschrift als ouders dat niet weten.

3) Gebeurt het dat verpleegkundigen zelf melding komen maken van een vermoeden op de afdeling of zijn dit eerder artsen? Zo ja, wat voor advies geven jullie dan?

Els: Meestal als wij contact hebben met ziekenhuizen gebeurt dat door de artsen, wat niet wegneemt dat een verpleegkundige dat in principe wel kan doen, wij hebben niet zoiets van 'we nemen alleen meldingen van artsen op'. Maar in realiteit, als daar echt melding gedaan wordt vanuit pediatrie, zijn dat altijd de artsen die bellen, omdat zij de eindverantwoordelijken zijn.

Dus wat gaan wij dan doen als er een vermoeden is van een arts uit, dan vragen wij in eerste instantie wel dat de arts dat vermoeden met ouders bespreekt. Eventueel met ons er al bij, of dat de arts het eerst al doet en wij nadien een gesprek gaan doen met de ouders. Daarna, als ouders akkoord gaan met hulpverlening, kan het hier verder op onze dienst doorgaan. Gaan ouders niet akkoord, moet er soms een melding gebeuren bij het parket jeugdzaken. Dan vraag je een beschermende maatregel aan.

4) Om verder te gaan op deze vraag: welke stappen kunnen wij als pediatriesch verpleegkundige zetten als we een vermoeden hebben? Meestal moet dit vermoeden in een ziekenhuis gemeld worden aan een arts en neemt die het over, wat als de arts het er niet mee eens is en geen stappen wil ondernemen?

Els: Wat wij ook soms krijgen, is meldingen vanuit de omgeving hé, ik herinner mij een situatie, een dossier van Antwerpen, waar er een vermoeden was van MBP, die mama was dat toen, een huisarts. Zij werkte alleen en uiteindelijk heeft een van de vriendinnen van mama bij ons gemeld dat het toch echt niet meer ging. Dan zijn we daarmee aan de slag gegaan. Ik weet niet van een situatie af waar een arts van een ziekenhuis een melding van vermoeden MBP gedaan heeft. Wat zou ik jullie aanraden als je het vermoeden hebt dat er een mama op de dienst is die een kind blootstelt aan medicatie of onnodige onderzoeken, is dat je het eerst in het team bespreekt, verpleegkundigen onderling of met de arts erbij. Zo weet je of je gevoel klopt, misschien heeft iemand anders ook al gemerkt dat er iets niet klopt. Dat is de eerste stap om een vermoeden uit te spreken, want soms gebeurt het dat een aantal mensen van dezelfde dienst wel eens iets gemerkt hebben, maar hierbij geen vragen stellen. Maar wanneer je alles dan samenlegt kan dat wel complexer zijn. Dus eventueel met de arts bespreken, en als je ongerust blijft en onzeker bent, kan je bij ons ook altijd advies vragen. Dit kan anoniem, dan kan je de situatie bespreken met een van ons of onze artsen. Zo kunnen we bekijken of wij ook aan MBP denken. En als wij dan zoiets hebben van dit klopt niet, of wij kennen de mama bijvoorbeeld al, dan kunnen we bekijken van wie haar aanspreekt en zo kan de hulpverlening ingaan. Als je een ongerustheid hebt, en een arts wil geen stappen ondernemen, zou ik aanraden om eerst en vooral eens anoniem te overleggen, dan ben je gerust genoeg om daarna met een arts te overleggen, want dat ligt vaak nogal gevoelig.

5) ***Hoe lang begeleiden jullie kinderen & ouders waarbij kindermishandeling is vastgesteld? Wat zijn aandachtspunten in de begeleiding van deze personen? Waar moet je als verpleegkundige met andere woorden op letten?***

Els: Dat hangt er wat vanaf. In principe loopt een dossier hier dus een drietal maanden. Wat wij soms wel doen, maar daar maken wij geen reclame voor, is als een kind dringend ondersteuning nodig heeft maar de wachtlijst bij het CGG bijvoorbeeld duurt een jaar, dan gaan wij soms wel overbrugging voorzien. Wat ondersteunende gesprekken hier starten, maar dat is eigenlijk niet de bedoeling.

6) ***De toekomst voor de ouder die zijn/haar kind mishandelde, hoe ziet die eruit? Kans op herval? En hoe zit het met de andere ouder?***

Els: Dat zal er in eerste instantie vanaf hangen of dat ouders kunnen toegeven dat er een probleem geweest is, daar staat of valt de hulpverlening al mee, soms confronteren we mensen met duidelijke letsels. Maar als daar een verhaal blijft komen dat niet overeen komt met de letsels die zijn vastgesteld, dan gaan wij daar niet in aan de slag omdat wij dan niet gerust zijn dat het kind veilig is. Als mensen wel kunnen erkennen, soms gaan daar meerdere gesprekken over. Soms wijzigt het verhaal uiteindelijk wel. Als dat er is, kunnen we aan de slag. Mensen moeten niet in een eerste gesprek al volledig toegeven. Degene die bij wijze van spreken bij de voordeur al toegeven, dat zijn degene waar ik het minst gerust in ben. Ik vind het heel normaal dat ouders zich in eerste instantie schamen en schuldig voelen en daardoor proberen te minimaliseren. Maar ze moeten natuurlijk wel komen tot een verhaal dat voor ons geloofwaardig is en dat de vaststellingen kan verklaren. Dan gaan wij aan de slag en dan gaan we bekijken wat daar nodig is. Als ouders dan akkoord zijn dat bijvoorbeeld de dader tijdelijk uit huis gaat of het kind tijdelijk in crisisopvang gaat, zodat wij een hulpverleningstraject kunnen opzetten. Dan kan dat wel oké verlopen. Nu het lastige voor een vertrouwenscentrum is de situaties die goed blijven verlopen, daar horen we niks meer van terug. Het zijn enkel de situaties die mislopen die we hier terug zien. Daar moeten we wel een kanttekening maken, als dat gaat over dezelfde feiten die opnieuw gebeuren, de tweede keer zeggen we wel dat wanneer er niks veranderd is, wij daar niet op blijven kijken, maar we geven dat door aan parket jeugdzaken. Ze krijgen maar een kans. Maar er zijn natuurlijk wel situaties dat in alle vormen van mishandeling blijkt dat door hulpverlening in te zetten dat daar wel iets verandert. De dynamiek in het gezin of ouders zelf in

behandeling gaan voor hun eigen problematiek. De andere ouder, ik heb het al gezegd hé, om die te betrekken. Soms kiezen ouders ervoor als mensen hier dan toegeven, zeker als het gaat over seksuele zaken, om bij hun partner weg te gaan. Sommige ouders blijven er toch bij om erbij te blijven. Maar we vinden het belangrijk dat die dan mee een veiligheidsplan gaan opstellen. En dat die er de eerstvolgende periode voor zorgen dat de mishandelende partner niet alleen is met het kind en ze moeten ons ervan overtuigen dat ze dat kunnen waarmaken. Als we niet het gevoel is dat dat oprecht is, dan zijn wij niet gerust.

7) ***De begeleiding doen jullie die enkel voor ouders en kind of ook voor broers en zussen? Leerkrachten op school ...?***

Els: Als kinderen getuige zijn geweest of als er meerdere slachtoffers zijn geweest, dan gaan wij met alle kinderen spreken. Als wij horen dat kinderen bijvoorbeeld getuige zijn geweest van heel ernstig partnergeweld maar geen slachtoffer zijn zelf, dan kiezen wij er soms wel voor om kinderen hier te zien of hun verhaal te laten doen of om uitleg te geven over wat onze dienst dan doet, wat er hier allemaal aan de hand is. Dus ook daar kunnen gesprekken mee gevoerd worden, soms ook met grootouders of andere betrokkenen die zich vragen stellen. Leerkrachten op school... als wij contact hebben met scholen dan doen wij dat met het CLB, die gedeeld beroepsgeheim hebben met ons, maar leerkrachten hebben ambtsgeheim, dus daar mogen wij geen info mee uitwisselen dus dat doen wij niet. Tenzij dat er echt een zorgjuf is die dat kind alleen in beeld heeft, dan kan het zijn dat wij daar eens mee bellen, maar eigenlijk liever niet.

8) ***Wat vinden jullie de belangrijkste alarmsymptomen voor Münchhausen by Proxy, wat zijn de meest kenmerkende symptomen waardoor het ontdekt wordt?***

Els: Als kinderen inderdaad door heel veel verschillende artsen verschillende onderzoeken in meerdere ziekenhuizen gebeuren waarvan de huisarts niet van op de hoogte is. Dat zijn toch wel heel alarmerende dingen. Als daarbij komt dat het CLB laat weten dat een kind op school medicijnen moet nemen waar een huisarts niet van weet, dat zijn voor ons alarmsignalen. Maar wat we wel merken bij deze problematiek is dat je inderdaad met veel mensen wel wat puzzelstukken moet samenleggen. Er zijn vaak zoveel verschillende ziekenhuizen ver weg gecontacteerd en de artsen overleggen uiteraard niet, dus het is erg moeilijk om die diagnose te stellen.

9) ***Welke moeilijkheden/barrières kunnen iemand tegenhouden om een melding te doen van een vermoeden? Hoe zouden wij deze barrières kunnen overwinnen waardoor er vaker melding wordt gedaan?***

Els: Wat de mensen moeilijk vinden, en dan gaat dat zowel over niet-professionele en professionele is de vrees om iemand vals te beschuldigen. Dat is een belangrijke barrière. Mensen zijn soms ook bang als het gaat over burens of familie, uit schrik voor de reactie. Grootouders zijn soms ongerust, maar willen hun dochter of zoon daar niet op aanspreken om de kleinkinderen te mogen blijven zien. Dat is ook een reden. Wat ik dan probeer te doen is hen te zeggen wat de gevolgen zijn voor hun kind als daar toch mishandeling is en ze doen daar niks mee. Wij gaan dan soms proberen het te bekijken van hoe we die melding kunnen objectiveren bij professionele diensten die betrokken zijn. Is een CLB ook ongerust? Is een huisarts gealarmeerd? Dan gaan we bekijken of die eventueel de ouders een boodschap kunnen geven. Maar als bijvoorbeeld enkel een buurman iets gezien heeft en die mensen niet wil aanspreken. Het kan zijn dat wij ouders dan zelf uitnodigen met de mededeling dat we een anonieme melding hebben gekregen. Mensen raden dan vaak wel wie dat het gemeld heeft. Of ze weten het niet, maar ze blijven dan hier vooral haperen op de vraag wie dat gemeld heeft. En zo geraakt de hulpverlening ook niet verder. Maar van professionele melders verwachten we wel dat zij het zelf met ouders

durven bespreken. Wij geven zelf trainingen in het aanspreken van ouders omdat dat geen evidente zaak is. Wij raden aan om dat gesprek met twee te doen of liefst met een leidinggevende omdat dat erg lastig is.

10) *Wat zijn de eerste stappen in de behandeling nadat de diagnose van Münchausen by Proxy gesteld is? Hoe kan een verpleegkundige alle betrokkenen ondersteunen gedurende de behandeling?*

Els: Dat heb ik al wat gezegd hé. Dat gaan wij niet zelf doen maar wij gaan doorverwijzen naar andere diensten. Vaak moet daar dan voor de dader wel iets komen van psychiatrische ondersteuning, dat gaan wij zelf niet opnemen hier. De moment dat een kind in opname is kan je er als verpleegkundige wel wat zijn, ondersteunende gesprekken voeren. Maar de problematiek is zo specifiek en complex dat er zeker nood is aan begeleiding van een psychiater of psycholoog.

11) *Indien het kind in eerste instantie uit huis wordt geplaatst, hoe ziet de therapie er dan uit? Hoe wordt er met kind/ouder/brussen gewerkt zodat het kind evt. terug naar huis kan?*

Els: Als wij een kind tijdelijk uit huis plaatsen, dan is dat bij ons altijd met akkoord van ouders. Als ouders echt niet willen, wordt het een beslissing van het jeugdparquet. Wij gaan zoveel mogelijk proberen om een kind altijd in zijn vertrouwde omgeving te laten. Als wij niet gerust zijn in een van de ouders, gaan we eerder vragen dat een ouder tijdelijk uit huis kan omdat het erg ingrijpend is voor een kind. Soms kan het niet anders, als er een alleenstaande mama is bijvoorbeeld. Dan gaan wij gebruik maken van crisis meldpunt met de vraag soms om een begeleiding te doen of een kind tijdelijk plaatsen in het CKG, waar dat daarnaast dan altijd wel gesprekken hier blijven verder lopen. We gaan niet het kind weghalen om daar dan niets meer mee te doen. We proberen in te schatten wat dat kind nodig heeft, met een aantal gesprekken komen ze op onze dienst terecht bij de kindertherapeute waar er dan nadien kan gekeken worden of het kind gebaat is met een langdurige therapie op een CGG kinderteam. Dan gaan we die aanmelding doen. Maar soms moet er breder gekeken worden en komt zo'n kind in een OOC terecht, waar er dan wat gekeken wordt naar de kindproblematiek maar ook te bredere gezinscontext te maken om een inschatting te maken of het kind wel naar huis kan, is het wel veilig? Dus die aanmeldingen gebeuren dan van ons uit, vanaf de moment dat dat lopend is, sluiten wij die af, zolang dat traject nog loopt blijven wij wel betrokken partij. Voordat een kind naar huis kan moeten wij absoluut zeker zijn van de veiligheid. Voor dat kan gebeuren gaan wij een aantal verwachtingen opstellen dat een kind altijd onder toezicht van een ouder bezoek moet krijgen, of dat er een grootouder tijdelijk opvang voorziet.

12) *Wat als de ouder agressief reageert, en als deze elke behandeling/therapie weigert?*

Els: Dan is dit geen geval voor hulpverlening, dan maken wij dat over ofwel kan het dan terechtkomen binnen onze mano-werking, waar wij hen dan alsnog een laatste kans gaan geven om toch akkoord te gaan met hulpverlening. Soms is dat voor ouders toch een motivatie om mee te werken ofwel als het echt acuut is, vragen wij bescherming aan via het parket jeugdzaken.

13) *Als het kind niet uit huis wordt geplaatst of terugkeert naar huis, hoe verloopt de therapie en begeleiding dan? Is er begeleiding aan huis? Hoe vaak?*

Els: Dan wordt er een inschatting gemaakt van wat er van begeleiding en hulpverlening nodig is. Dat kan gaan van thuisbegeleiding tot een dagcentrum of een internaat en therapie of ondersteuning voor alle betrokkenen.

14) Wat zijn de voor- en nadelen van het kind uit huis te plaatsen? Bij het plaatsen bij een familielid? Hoe verloopt het bezoek van de ouder die het kind mishandelde?

Els: Het grote nadeel is dat je een kind uit zijn vertrouwde omgeving haalt. Vaak was er wel een van de twee ouders wel beschermend. Of er zijn nog broertjes en zusjes. Een kind verliest dit natuurlijk wanneer het naar een instelling moet. Het voordeel is dat je zeker kan zijn dat een kind tijdelijk veilig is. Dat is het grote voordeel, en dat je tijd hebt om een goede inschatting te kunnen maken wat er dan van verdere hulpverlening nodig kan zijn. Voor ons is het nooit een doel op zich om een kind gewoon bij zijn ouders weg te halen. Wel gaan we kijken wat er moet gebeuren opdat een kind zo snel mogelijk terug naar huis kan gaan. Plaatsen bij een familielid kan een tijdelijke oplossing zijn, voor iets langdurig moet dat geofficialiseerd worden. Dan moet dat een pleegplaatsing worden, maar tijdelijk doen wij daar wel eens beroep op. Dan moeten de grootouders ook gezien worden en dan moeten we daar wel gerust in zijn dat het kind daar veilig is. Het bezoek van de ouder, ook dat hangt af van dossier tot dossier. Soms hebben wij ouders waarvan we het gevoel hebben dat ze goed meewerken, als die hun kind gaan bezoeken wordt daar geen druk opgezet dat een kind niet mag spreken of zo, dan kan dat bezoek gewoon verlopen. Soms hebben wij ouders waarvan wij weten dat als die ouders dat kind gaan zien, gaat daar zo'n druk op worden uitgeoefend of daar gaat zo negatief worden gesproken over een biologische ouder. Dan zeggen we dat die ouder dat kind voorlopig niet kan zien als daar geen toezicht is. Dit kan de sociale dienst van een ziekenhuis zijn, op het moment dat de mama op bezoek komt, zijn zij dan aanwezig. Maar zij moeten natuurlijk wel goed gebriefd worden wat ze in de gaten moeten houden. Soms gaan wij ook over naar het gebruik van een neutrale bezoekersruimte, dat ouders echt enkel en alleen daar contact mogen hebben met hun kinderen. Maar dat verschilt echt per dossier.

15) Hebben jullie al vaak te maken gehad met een geval van Münchhausen by Proxy? Kan je hiervan een situatie uitleggen met daarbij wat jullie juist gedaan hebben?

Els: Wij hebben al vaak een vermoeden gemeld gekregen, maar het is bijzonder moeilijk om dat hard te maken, ik herinner mij een situatie van die huisarts in Antwerpen waar dus bij een confrontatie die mama toegaf, zij is helemaal ingestort en ze heeft toegegeven dat dat klopte. In eerste instantie nog wel geminimaliseerd maar er waren zoveel onderzoeken gedaan met die kinderen dat ze dat uiteindelijk wel heeft moeten toegeven. Die mama is tijdelijk uit huis gegaan en zij heeft zich laten opnemen op psychiatrie waar ze zich heeft laten behandelen. Die kinderen zijn kunnen thuisblijven. Dan is er voor die kinderen dus wel ondersteuning gezocht, therapie gestart voor wat zij al die jaren hebben meegemaakt.

E: Hoe staan die kinderen dan ten opzichte van hun moeder?

Els: Dat is wat hetzelfde zoals wat wij vaak zien bij mishandelende ouders en kinderen, dat is iets heel complex hé, kinderen zien hun ouders als heel lieve en zorgende ouders. Daarnaast is er dan een stuk van een ouder die pijn doet en waar ze het dan heel lastig mee hebben. We zien bij kinderen dat die heel erg willen geloven dat ouders goed zijn en dat die proberen hetgeen er dan gebeurt te minimaliseren, 'het was wel de laatste keer', 'mijn mama wil echt haar best doen om dat niet meer te doen'. Soms gaan kinderen dat echt afsplitsen. Soms zien we kinderen die momenten van mishandeling gaan dissociëren omdat ze dat niet kunnen dragen dat die figuur dat voor hen tegelijk ook zo lief en zo belangrijk is zo'n dingen met hen doet. Dat vraagt wel wat tijd voordat kinderen ouders terug kunnen vertrouwen. Mama heeft al heel vaak gezegd dat ze dat niet meer gaat doen. Het kind heeft tijd nodig om te geloven dat dat niet meer gaat gebeuren en niet meer bang hoeft te zijn. Maar kinderen willen in eerste instantie hun ouders altijd graag zien. Ik heb nog nooit een kind gezien die zoiets had van 'ik moet mijn moeder niet

meer zien', of daar alleen maar slecht over kon spreken. Dan moet het al echt heel ver gaan denk ik. De fundamentele band tussen ouder en kind blijft erg sterk. Bij stiefouders kunnen kinderen makkelijker hierover negatief spreken. Voor kinderen is het simpeler dan hoe wij dat zien als volwassenen. Zij kunnen goed onderscheid maken tussen de gebeurtenissen. De kinderen blijven hun ouders wel graag zien, hun mama of papa moet daar hulp voor krijgen, maar destijds is ons centrum ook opgericht omdat ze zagen dat kinderen geen klacht wilden gaan indienen als dat ging over hun papa bijvoorbeeld omdat ze niet wilden dat hij in de gevangenis zou moeten. Vandaar is 35 jaar geleden het vertrouwenscentrum opgericht. Artsen zagen dat wanneer ze voorstelden om klacht neer te leggen dat kinderen hun verhaal opnieuw introkken. Kinderen kunnen vaak wel zeggen wat ze nu verwachten. Dat begint met een 'sorry', dat is heel belangrijk, en dat hij of zij hulp gaat zoeken. Ik heb nog niet veel kinderen weten zeggen dat ze hun ouder niet meer willen zien. Dat vinden kinderen een groter verlies omdat hun vertrouwde gezin dan niet meer compleet is. Het is erg complex. Er moet natuurlijk wel aan de problematiek gewerkt worden, dus er wordt wel hulpverlening ingeschakeld, maar het kind is zijn ouder niet kwijt. Ze komen onder een contract, dan worden ze doorverwezen naar hulpverlening, ambulante of via een opname. Dit wordt lang opgevolgd, zolang de therapie loopt om te zien of er verbetering is. Als we horen dat er opnieuw een situatie geweest is, wordt het parket wel ingeschakeld. Ze krijgen een kans, maar geen twee.

E: Dus een geval van MBP wordt niet meteen naar het parket doorgestuurd?

Els: Nee, dat is eigenlijk bij alle vormen hetzelfde.

E: Ook niet wanneer dit gaat over heel ernstige feiten?

Els: Als dat gaat over kleine kindjes, waar er echt naar ons gevoel een acuut gevaar is voor kinderen, dan wel hé. Sowieso, acute situaties. Er zijn een aantal voorwaarden waarin wij ons beroepsgeheim mogen breken en dan gaat dat naar het parket. Dat zijn situaties waarin de fysieke of psychische integriteit in het gevaar komt, waar hulpverlening geprobeerd maar niet gelukt is. In die situaties doen wij melding. Bij kleine kinderen, zeker baby's, zijn wij altijd heel erg alert. Zij kunnen zelf hun verhaal nog niet doen. Als we twijfelen, zullen we doorverwijzen naar het parket.

Els: Nog vragen? Kunnen jullie hiermee verder? Moesten jullie nadien nog vragen hebben, mogen jullie altijd mailen.

L: Wij gaan voor onze bachelorproef een website maken voor pediatrische verpleegkundigen. Ziet u het zitten om die eventueel aan het einde eens te bekijken?

Els: Ja, dat is goed. Dat is een website specifiek over MBP?

K: Ja, een website voor pediatrisch verpleegkundigen, als hulpmiddel. Zo kunnen zij wanneer ze dit vermoeden op dienst deze website openen om te kijken of ze de belangrijkste alarmtekens herkennen.

Els: Ah ja, dat is een goed idee. Ik wil dat zeker doen!

Wij: Alvast bedankt voor uw tijd!

