



**Universiteit
Leiden**
The Netherlands

**RTG Zwolle 17 maart 2023 (vertrouwensarts,
beroepsgeheim, aangifte door Veilig Thuis?), m.nt.
prof. mr. drs. M.P. Sombroek van Doorm en prof. mr.
C.J.J.M. Stolker**
Sombroek van Doorm, M.P.; Stolker, C.J.J.M.

Citation

Sombroek van Doorm, M. P., & Stolker, C. J. J. M. (2024). RTG Zwolle 17 maart 2023 (vertrouwensarts, beroepsgeheim, aangifte door Veilig Thuis?), m.nt. prof. mr. drs. M.P. Sombroek van Doorm en prof. mr. C.J.J.M. Stolker. *Tijdschrift Voor Gezondheidsrecht*, 48(2), 151-171. doi:10.5553/TvGR/016508742024048002005

Version: Publisher's Version
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4172247>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

RTG Zwolle 17 maart 2023 (vertrouwensarts, beroepsgeheim, aangifte door Veilig Thuis?), m.nt. prof. mr. drs. M.P. Sombroek van Doorm en prof. mr. C.J.J.M. Stolker

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle 17 maart 2023 (P.A.H. Lemaire, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, E. van Pinxteren-Nagler, N.G. Hartwig en M.D. Klein Leugemors, leden-beroepsgegoten, in tegenwoordigheid van J.R. Hurenkamp, secretaris), nr. Z2021/3661, ECLI:NL:TGZR-ZWO:2023:72, A en B/D, kinderarts

(...; red.)

1. KERN VAN DE ZAAK / SAMENVATTING

Beklaagde was ten tijde van het handelen dat in deze zaak wordt beoordeeld, vertrouwensarts bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Klagers zijn de ouders van F, geboren op 9 januari 2012. F vertoonde vanaf enige tijd na haar geboorte een ernstige groeiachterstand (*“failure to thrive”*). Zij werd herhaaldelijk opgenomen in verschillende ziekenhuizen. Er werd geen medische oorzaak gevonden voor de achterblijvende groei en het uitblijven van inhaalgroei. Bij het geven van voeding via een centrale lijn was sprake van lijninfecties, die niet verklaard konden worden. Er werden breedspectrum an-

tibiotica toegediend en er bleken steeds verschillende faecale bacteriën uit de genomen kweken, waarvan de bron onduidelijk bleef. F werd op 11 juni 2013 opgenomen in G in verband met een septicke shock. Na het inwinnen van een second opinion bij H deed G op 5 juli 2013 een melding bij het AMK. Het AMK schakelde de Raad voor de Kinderbescherming (de Raad) in. De Raad heeft bij de kinderrechtcr van de rechtbank I een verzoek ingediend tot ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing. De kinderrechtcr heeft dat verzoek afgewezen, omdat er kort gezegd geen causaal verband was komen vast te staan tussen de diagnose *Pediatric Condition Falsification* (PCF) en een doen of laten door de ouders. Ook was niet gebleken van korte termijn risico's op herhaling van groeistagnaties, omdat de hulpverlening was gestart en de ouders op dat moment volledig meewerkten. Deze beschikking van de kinderrechtcr is door het gerechtshof J – na een tussenuitspraak op 16 januari 2014 – op 11 december 2014 bekrachtigd. Op 17 januari 2014 heeft beklaagde aangifte van kindermishandeling gedaan tegen klagers.

Klagers stellen onder meer – kort gezegd – dat beklaagde aan een tunnelvisie leed en, ondanks de rechterlijke uitspraken, zonder goede reden bleef volharden in een diagnose waar het dossier onvoldoende grondslag voor bood. Beklaagde heeft daardoor ten onrechte aangifte gedaan tegen klagers. Ook had zij een te grote persoonlijke betrokkenheid bij de zaak en mogelijk zelfs een persoonlijk motief, aldus klagers.

Beklaagde voert verweer en stelt – kort gezegd – dat zij op goede gronden en na afstemming binnen het AMK heeft gehandeld.

Het college overweegt dat het dossier van F reden tot grote zorg gaf. Zowel G als de second opinion van het H noemden PCF of *Pediatric Falsification Disorder* (PFD) als mogelijke oorzaak. Ook het gerechtshof J vond het waarschijnlijk dat F slachtoffer is geworden van PCF, al stond volgens het gerechtshof niet vast dat de ouders daarvoor verantwoordelijk waren. Volgens het college was op het moment van aangifte het vermoeden van PCF nog steeds actueel. In het ziekenhuis had F namelijk vanaf 5 juli 2013 – toen zij grotendeels afgezonderd werd van haar ouders en onder video-observatie kwam te staan – een consistente groei laten zien. De onverklaarbare lijninfecties met faecale bacteriën behoorden vanaf dat moment tot het verleden. De civiele rechterlijke uitspraken stonden volgens het college niet in de weg aan het doen van aangifte. Deze gaven slechts aan dat op het moment van de beoordeling volgens de normen van de voorliggende bepalingen van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek (BW) geen aanleiding bestond voor de civiele maatregelen tot ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing. De vraag of er tegenover F een strafbaar

feit was gepleegd, lag niet voor aan de kinderrechter en het hof. Het doen van aangifte had ook toegevoegde waarde, omdat het openbaar ministerie opsporingsbevoegdheden ten dienste staan waarover de Raad en het AMK niet beschikten. Dat beklaagde in de aangifte de ouders noemt, acht het college niet tuchtrechtelijk verwijtbaar, nu PCF naar zijn aard als regel op betrokkenheid van een ouder of verzorgende wijst en beklaagde geen redelijke aanwijzingen had voor de feitelijke betrokkenheid van anderen. Dat beklaagde te persoonlijk betrokken was bij de casus van F, neemt het college niet aan, omdat uit het dossier blijkt dat binnen het AMK collegiaal is besloten tot het doen van aangifte en niet door beklaagde persoonlijk. De beschuldiging dat beklaagde een persoonlijk motief had bij de aangifte, omdat zij overwoog op het onderwerp PCF te promoveren, wijst het college af, omdat daarvoor geen redelijke aanwijzing is. Het college acht de klachten ongegrond.

2. DE PROCEDURE

Het college heeft de volgende stukken in zijn beoordeling betrokken:

- het klaagschrift, binnengekomen op 25 november 2021;
- het verweerschrift, binnengekomen op 23 februari 2022;
- de conclusie van repliek, binnengekomen op 12 april 2022;
- het medisch dossier, binnengekomen op 20 juni 2022;
- de conclusie van dupliek, binnengekomen op 11 juli 2022;
- het proces-verbaal van het op 27 september 2022 gehouden mondeling vooronderzoek;

- de brief van 23 januari 2023 van de gemachtigde van beklaagde, met drie aanvullende producties;
- de brief van 30 januari 2023 van de gemachtigde van beklaagde.

De zaak is behandeld op de zitting van 14 februari 2023. Partijen zijn verschenen, bijgestaan door hun gemachtigden. Zij hebben het woord gevoerd aan de hand van pleitaantekeningen, die zijn overgelegd.

3. UITLEG VAN DE BESLISSING

3.1 *Welke normen gelden bij de beoordeling?*

Het college moet de vraag beantwoorden of beklaagde haar werk heeft gedaan volgens de norm ‘redelijk bekwaame beroepsuitoefening’. Daarbij wordt rekening gehouden met de wettelijke regels, richtlijnen, protocollen en de stand van de wetenschap op het moment van het handelen.

3.2 *De feiten*

Beklaagde was vertrouwensarts bij het AMK ten tijde van haar handelen dat in deze zaak wordt beoordeeld. Klagers zijn de ouders van F, (prematuur) geboren op 9 januari 2012. Haar geboortegewicht was 1.380 gram.

Het college citeert voor het overzicht van de feiten uit de volgende stukken: De brief van 4 juli 2013 van de behandelaar in G aan een maag-darm-leverkinderarts in H voor een second opinion:

“Voorgeschiedenis:

[...] Samenvattend:

- Perinataal: zwangerschap tot week 27 zonder problemen, geen medicatie, roken, drugs of infecties.

- Intra-uterien vanaf week 27 geen groei meer, moeder had HELLP waarvoor opname vanaf week 30.

- Geboren bij amenorroeduur van 32 weken via sectio caesarea bij geen kindsbewegingen, geboortegewicht 1380 gram (P20-P50). Goede start.

- Neonataal: cardiorespiratoir stabiel; geen beademing. Vlotte start met enterale voeding, kortdurend TPV gehad, goede groei. Geen noemenswaardige complicaties.

Vanaf de leeftijd van 4 maanden groeistilstand waarbij de gewichtsgroecurve afboog tot vrijwel horizontaal.

- Diagnostische opname G maart/april 2013 waarbij geen oorzaak kon worden aangetoond voor de ernstige groeiretardatie. Wel werd aangetoond dat groei optrad met hypercalorische voeding middels TPV via centraal veneuze lijn. (zie bijgevoegde brief) Opname begin juni 2013 wegens lijninfectie *Staphylococcus haemolyticus*.

Ziektebeloop huidige opname:

Infectieus:

F werd op 11-06-2013 heropgenomen op onze afdeling algemene kindergeneeskunde wegens sepsische shock. Zij was vier dagen tevoren ontslagen na een opname wegens *Staphylococcus haemolyticus* lijninfectie waarvoor zij 7 dagen behandeld werd met Teicoplanine. Direct na ontslag bleef F thuis al verhoging te hebben tot 38 graden. Bij afwezigheid van ziekteverschijnselen hebben ouders hiervoor geen contact opgenomen. Sinds twee dagen is zij steeds slechter gaan drinken, sinds een dag is er hoge koorts, is F mat en maakt een zieke indruk. Ook is de mictie afgenomen.

Bij opname alhier werd een ernstig ziek meisje gezien met een sepsische shock waarvoor tweemaal vaatvulling werd

gegeven, en na afname van bloedkweek uit de centrale lijn werd gestart met antibiotica middels Ceftazidim, Teicoplanine. De bloedkweek van opname toonde een *Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca* en een *Enterobacter cloacae* waarbij de laatste resistent was voor Ceftazidim. Het antibiotisch regime werd op 13-6-2013 omgezet naar Meropenem. Hierop knapte F aanvankelijk goed op, was zij koortsvrij gedurende 4 dagen en daalde de ontstekingsparameters. Desondanks was er op 17-6-2013 opnieuw koorts en stijgend CRP tot 174 mg/L. De bloedkweek wederom afkomstig uit de centrale lijn van 17-6 toonde een *Citrobacter species* alsmede *Lactococcus species*. Gepaarde bloedkweeken op dezelfde dag toonde in de perifere kweek een *Enterococcus faecalis*, de kweek uit de centrale lijn eveneens een *Enterococcus faecalis* alsmede *Enterococcus avium*. Het antibioticabeleid was al die tijd ongewijzigd (Meropenem, Teicoplanine). De kweek van de centrale lijn was aanzienlijk eerder positief

dan de perifere bloedkweek waarop de centrale lijn werd verwijderd. De tip werd gekweekt maar deze was negatief. Op 19-6 was er een nieuwe koortspiek, opnieuw onder Meropenem, Teicoplanine waarbij de *Lactobacillus* weer werd gekweekt.

Het is opvallend dat er steeds nieuwe darmpathogenen in de bloedkweeken worden gevonden, ook onder breed-spectrum-antibioticabehandeling. Wij veronderstelden dat er wellicht een (abdominale) strooihaard bestond die de infecties in stand hield. Wat hierbij echter niet past is het feit dat telkens nieuwe, intestinaal gehuisveste flora gekweekt werd.

Gezien een achteruitgang in klinische conditie werd besloten verder beeldvor-

mend onderzoek in te zetten. Echo abdomen toonde in een vroege fase geen aanwijzingen voor abscessen, vrij vocht of aanwijzingen voor inflammatie van de darm. Cardiale echografie toonde bij herhaling geen aanwijzingen voor endocarditis. MRI-abdomen onder narcose op 21-6-2013 toonde een normaal aspect van de intra-abdominale organen. Geen vrij vochtcollecties. Geen verdikte darmwanden. Geen lymfadenopathie. Gezien de aanhoudende koortspieken werd besloten tot verrichten van een FDG-PET CTscan op 21-6-2013. Ook hierbij werd geen afwijkende FDG activiteit gezien.

In een eerdere fase was reeds aanvullend onderzoek ingezet ten aanzien van de immunologische status. Immunofenotypering van perifeer bloed toonde een normaal aantal T-cellen¹. De CD4/CD8 ratio is normaal. De CD4CD45RA/RO ratio is normaal. Het aantal NKcellen is normaal. Het aantal B-cellen is te laag, echter de productie van immunoglobulines bleek normaal (IgG dd 25-3-13 7,24g/l). Besloten werd de IgG spiegel te herhalen. Deze bleek op 19-6-2013 4,58 g/l te zijn hetgeen voor de leeftijd een adequate spiegel is. Gezien de daling ten opzichte van de vorige spiegel werd nog gedacht aan proteïn losing enteropathy beelden. In eerder verricht onderzoek bleek een normale alfa-1 AT klaring te bestaan. Serum albumine was wel gezakt van normaal naar 23g/l. Ter uitsluiting van PLE werd hierop een eiwitlekke scintigrafie verricht inclusief late fase opname 26uur na toediening van gelabeld albumine. Hierbij kon geen enteraal eiwit verlies worden aangetoond.

Vanaf 25-6 (na het verwijderen van alle lijnen muv een perifeer infuus slotje) was zij koortsvrij met goede klinische conditie en dalend CRP. Op 1-7 werd de

antibiotica gestaakt. Helaas is er sinds 2-7-2013 opnieuw koorts en een CRP oploopt tot 137mg/l en werd de Meropenembehandeling hervat. Bloedkweeken werden opnieuw afgenomen maar zijn tot op heden steriel gebleken.

Failure to thrive:

Sinds het starten van de TPV in april jl. was er een gestage gewichtstoename van F tot ruim 5 kg, waarbij zij ook sprongen in haar ontwikkeling maakte en veel actiever was dan ouders van haar kenden. Wegens dislocatie van de CVC moest deze driemaal worden verwisseld waarbij tot op heden 2x een complete lijnwissel plaatsvond.

Tijdens de meest recente ziekte episode is het moeilijk geweest haar anabool te houden. Zoals te lezen in begeleidend schrijven kreeg zij ten tijde van opname 3x200ml neocate oraal (420kcal) aangevuld met circa 800ml all-in-one TPV (600kcal). Wegens hypertriglyceridemie tgv sepsis moest de TPV echter worden verminderd, F viel hierbij geleidelijk af tot 4700gram. Na het verwijderen van de CVL werd TPV over een perifeer infuus gegeven. Toen de koorts bleef aanhouden is besloten tot het staken van alle lijnen waarover contaminatie mogelijk zou kunnen zijn. Gezien het ogenschijnlijk goed verdragen van de enterale voeding (drinkt alles zelf, geen spugen, geen diarree) werd in deze periode de enterale belasting opgehoogd. Voorstel vanuit het team was om dit met continue sondevoeding te doen om de belasting zo gelijkmatig mogelijk te houden, Ouders konden zich hier echter bij herhaling niet in vinden gezien de positieve effecten die het geven van een fles op het gedrag van F had. Besloten werd de enterale intake op te hogen in stappen tot Sx-

200ml nutrini peptisorb per dag. Dit drinkt F zelf gretig op, zij spuugt niet. Echter, na enkele dagen in het geheel geen defecatie te hebben gehad volgde een periode van frequent dunne defecatie. Geen bloed bijmenging. Gewichtstoename werd, ondanks de 1000kcal/dag enteraal, in het geheel niet gezien.

Hiermee werd de eerder al veronderstelde maar nooit aangetoonde malabsorptie bevestigd. Dit biedt echter geen verklaring voor de aanhoudende infectieuze problematiek als boven beschreven. TPV via perifeer infuus werd hervat en de enterale belasting werd teruggebracht tot 3-4x200ml nutrini peptisorb waarmee diarree verminderde.

Genetisch onderzoek:

Zoals besproken toonde een eerdere SNP-array twee kleine gains welke het beeld niet lijken te verklaren. Verder werd er een groot homozygoot gebied op chr 5 gevonden waarop tientallen genen gelegen zijn, maar bij de hierin gelegen bekende ziektegenen zitten geen genen die dit beeld zouden kunnen verklaren. Daarnaast werd er een homozygote ongeclassificeerde variant aangetoond in het FGFR3 gen (achondro/hpochondroplasie). Deze is echter gelegen op een intron en wordt vooralsnog beschouwd als niet pathogene variant.

Op basis van het fenotype wordt nog gedacht aan ondermeer Wrinkly skin syndroom en SHORT syndroom. Consult van oogarts is hierbij zinvol maar heeft nog niet plaatsgevonden. Wij beschouwen F als een goede kandidaat voor whole exome sequencing en dit zal, na toestemming van ouders, worden ingezet.

Resumerend:

In de afgelopen weken is er binnen ons team uitvoering overleg geweest met de subspecialisten van kinder-MDL en infectieziekten en genetica over onderliggend lijden.

De familieanamnese (broer vergelijkbaar verhaal doorgemaakt echter met veel minder heftige kliniek), kleine lengte bij F en het niet groeien ondanks een gegarandeerde calorische enterale intake suggereren een onbekend syndroomaal beeld met ondermeer als klinisch kenmerk een malaborptie. De achterliggende periode hebben wij aangetoond dat met TPV groei bereikt kan worden.

Grootste probleem op dit moment betreft de koortspieken onder breed spectrum antibiotica welke berust op bacteriëmie van zeer veel verschillende enterale flora. Uitvoerige beeldvormende diagnostiek laat geen aanwijzingen zijn voor inflammatoire darm aandoeningen, noch focus op afstand. Binnen het team is gesproken over aanvullende coloscopie en hernieuwde gastro-duodenoscopie met afname van duodenum biopten. Dit werd echter tot op heden nog niet uitgevoerd gezien de kliniek bij F en de tot zeer recent afwezige diarree. Gezien het ontstaan van diarree bij meer enterale voeding, wat op zich een geïnduceerde malabsorptie bij overvoeding zou kunnen zijn, alsmede de onbegrepen infectie met darmpathogenen is hier wat ons betreft nu wel een indicatie voor.

Verder werd gesproken over het verrichten van een laparoscopie inclusief afname van full-thickness darm biopten om de malabsorptie beter in kaart te brengen. Hiervan werd tot dusver nog afgezien gezien invasiviteit van dit onderzoek bij huidige, zeer marginale klinische conditie van F.

Op basis van de tot dusver verrichtte diagnostiek is het ons niet gelukt een eenduidige medische verklaring te vinden voor de aanhoudende koorts bij F. Gezien de afwezigheid van een medische verklaring ondanks zeer uitgebreide diagnostiek en subspecialistische expertise wordt differentiaal diagnostisch ook gedacht aan een pediatric falsification disorder. Tijdens opname zijn hier echter geen overtuigende argumenten voor gevonden waarmee dit als verklaring geldig gemaakt kan worden. Dit pad werd vooralsnog dan ook niet bewandeld door het behandelend team en niet als differentiaal diagnostische overweging genoemd aan ouders.

Met ouders is besproken dat de afwezigheid van een verklaring voor de koorts bij F reden is om alle eventuele bronnen van contaminatie te bekijken. Hierbij is benoemd dat ook perifere infusen bij verwijdering zullen worden gekweekt ter uitsluiting als bron van contaminatie.

Reden om over te gaan tot liet verrichten van een second opinion in uw centrum is de afwezige diagnose ten aanzien van de koorts in combinatie met een niet begrepen beeld van failure to thrive. Wij zouden u willen vragen F over te nemen voor een klinische evaluatie en second opinion ten aanzien van nog te verrichten diagnostiek in aanvulling op de punten genoemd in dit schrijven."

Uit de klinische notities van G:

"05-07-2013 14:02, Overig, [naam behandelaar], Arts, KIND

Waarnemingen:

A: 10.00u prof [naam] kinderarts MDL uit H belt.

[...] Geen aanvullingen op gedane diagnostiek. Dergelijke wijdverspreide bac-

teremie met enterale flora niet gekend van enig darm ziektebeeld. Zeer sterke verdenking op falsificatie stoornis. Adviseren om AMK melding te doen en overleg met de Raad voor kinderscherming om veilige omgeving te garanderen. Schatten dit in als een gevaarlijke situatie.”

“05-07-2013 19:05, Overig, [naam behandelaar], Arts, ‘KIND

Waarnemingen:

A: ca 14.00u ouders op de kamer van F gevraagd of het standpunt ten aanzien van de noodzaak TPV en lijn veranderd is. Ouders geven hierop wederom aan dat zij niet willen dat er een nieuwe lijn geplaatst wordt en gestart wordt met TPV maar dat zij reguliere voeding (boterhammen) willen geven.

Geconstateerd dat we hierin op een cruciaal punt van gedachten verschillen en dit een impasse vormt. Einde gesprek.

16.30u terugkoppeling gesprek ouders met [beklaagde] (AMK K vertrouwensarts) en Raad voor kinderscherming.

Ouders hebben in gesprek aangegeven medewerking te zullen verlenen aan onderzoek. Geven nu wel toestemming voor plaatsen PICC lijn en starten TPV. Akkoord met opname op kamer met 24uurs videoobservatie actief.

Gezien feit dat ouders meewerken aan onderzoek nu geen maatregel door Raad uitgevaardigd.

Ouders houden de ouderlijke macht.

Met [beklaagde] afspraken met ouders opgesteld welke vastgelegd zijn op papier en ondertekend door ouders en [beklaagde]. Deze afspraken betreffen:

1) ouders mogen alleen op bezoek bij F na overleg en akkoord van de verantwoordelijk verpleegkundige. Verpleegkundige is tijdens gehele bezoek ouders

aanwezig op de kamer. Als dit om wat voor reden dan ook niet mogelijk is kan het bezoek niet doorgaan.

2) ouders voeren geen medische of verzorgende handelingen meer uit bij F. Hieronder zijn benoemd fles geven, temperatuur opnemen en luier verschoenen. Knuffelen of troosten is natuurlijk wel toegestaan.

3) F verlaat de kamer niet, tenzij voor medisch onderzoek of behandeling. Verzorging wordt door verpleegkundige in de kamer met video-observatie gedaan waarbij er zoveel mogelijk gewerkt wordt naar de camera toe.

4) medisch team informeert ouders over onderzoek (infuus, tpv, lab etc) zodat ouders de mogelijkheid hebben om hierbij aanwezig te zijn indien ouders zich niet aan afspraken houden of uitvoering van gewenst medisch beleid onmogelijk maken dient in het weekend direct contact te worden opgenomen met [beklaagde] via telefoon 06-[nummer].

Verder stappen dan op haar initiatief.”

“10-07-2013 11:39, Overig, [naam behandelaar], Arts, ‘KIND

Waarnemingen:

A: Gesprek ouders [...] F is in goede conditie. Klinische conditie verbeterd zichtbaar per dag. Groei goed, deze komt door TPV. [...]”

G heeft op 5 juli 2013 melding gedaan bij het AMK.

Het AMK heeft op achtereenvolgens 5 juli 2013 en 8 juli 2013 aan de Raad een melding over F gedaan.

De Raad heeft naar aanleiding hiervan onderzoek gedaan. Het rapport van de Raad van 26 augustus 2013 luidt onder meer als volgt:

“[...]”

2 Onderzoeksvraag

- Is er sprake van een zodanig bedreigde ontwikkeling van F en [broer] dat een kinderschermingsmaatregel noodzakelijk is?

- Is een uithuisplaatsing van F en [broer] geïndiceerd?

[...]

4. Samenvatting van de beschikbare informatie

Bron: Dossier Raad met AMK melding en medische correspondenties tussen de verschillende behandelaars, over de periode 4 maart 2011 tot en met 4 juli 2013.

Gezinssamenstelling

F en [broer] wonen bij ouders in [...]. Het afgelopen jaar is F zeer frequent voor kortere of langere duur opgenomen geweest in zowel L als in G. Ook [broer] heeft verschillende opnames gehad naast intensieve poliklinische controles. Voor beide kinderen is uitvoerig medisch diagnostisch onderzoek ingezet.

Momenteel verblijft F in het G. Ouders verblijven met [broer] in het Ronald McDonaldhuis aldaar. Ouders bezoeken F drie maal daags een half uur onder begeleiding van het verplegend personeel.

Ontwikkeling F

Over de lichamelijke ontwikkeling van F is bekend dat moeder tijdens de zwangerschap in week 30 is opgenomen in verband met een groeistop vanaf 27 weken. Moeder leed aan het Hellp syndroom, een zwangerschapscomplicatie. Het CTG toonde steeds wel hartactie maar F bewoog weinig. Het was een zeer onzekere periode waarbij het niet duidelijk was hoe het met F ging.

F is met 32 weken geboren met een keizersnee. Zij had een goede start en groeide de eerste vier maanden volgens haar eigen groeilijn (gecorrigeerd voor

prematuriteit). Daarna trad stagnatie op.

Bij F is sprake van ondervoeding en ernstig ondergewicht in verband met malabsorptie (slechte opname van voedingsstoffen) van onbekende oorsprong.

In L en later ook in G is bij F uitvoerig diagnostisch onderzoek verricht naar de Failure to Thrive (groeiachterstand, niet goed groeien). Onder andere is immunologisch, endocrinologisch, genetisch, pathologisch-anatomisch onderzoek en een ECG verricht. F intake van voeding is goed. Ze slikt goed en spuugt niet. Een verklaring voor de groeistop blijft tot dusver uit. Daarnaast zijn uit diverse bloedkweken bij F bij herhaling verschillende bacteriën gevonden die ook in ontlasting voorkomen (fecale infecties). Er is geen strooihaard van binnen uit de darm aangetoond. Ook de ongewone bloedinfecties zijn onverklaard.

Op 5 juli 2013 is sprake van een alarmerende klinische conditie. F heeft dan een ondertemperatuur, een lage hartactie en zij is dystroof (ernstig vermaerd). Zij behoeft op dat moment hoogcalorische voeding in de fles en daarnaast (totaal parenterale voeding; voeding in de bloedbaan) via een centrale lijn.

Zonder deze TPV groeit ze niet en valt zij af. Vanaf 5 juli 2013 heeft F videoregistratie op de kamer en wordt zij drie maal daags een half uur door ouders bezocht, onder begeleiding van de verpleging. De maatregelen zijn bedoeld om exogene (menselijke) factoren uit te sluiten. Op 5 juli 2013 weegt F 4500 gram, op 7 juli 2013: 5200 gram. Medisch gezien zijn er geen aanvullende onderzoeken meer denkbaar. Een second (third) opinion is gevraagd aan een superspecialist in H.

Ziekenhuisopnames F

- 09-01-2012 / 18-01-2012: M
- 18-01-2012/ 31-03-2012: L
- 17-12-2012 / 19-12-2012: N
- 27-01-2013 / 01-02-2013: L
- 13-03-2013/ 18-04-2013 G
- 24-4 2013: L (dagopname)
- 25-04-2013: G
- 11-06-2013-heden: Heropname G
- [...]

2. Wat zijn de zorgpunten en sterke punten in de opvoedingsomgeving / – context en in hoeverre komt deze tegemoet aan wat F nodig heeft?

Zorgpunten in de opvoedingsomgeving zijn gelegen in de basale zorg en veiligheid van beide kinderen, het opvoedershandelen en de opvoedersfactoren. Ten aanzien van de basale zorg en veiligheid is het belangrijkste zorgpunt gelegen in de vastgestelde PCF (Pediatric Condition Falsification). Uit het onderzoek blijkt dat er voor beide kinderen uitvoerige pediatrische diagnostiek is verricht met voor F een second (en papieren third) opinion. Het team vertrouwensartsen heeft vervolgens met eigen expertise veel zorg besteed aan het AMK-onderzoek.

Geen andere variabele dan de separatie ouder-kind (gecontroleerde bereiding en inname van voeding en medicatie) kan logisch en volledig de verbetering van de conditie van F verklaren. Ook de infecties zijn na 5 juli 2013 bij haar verdwenen. Er is in het algemeen bij F steeds groei gezien in ziekenhuisopnames en terugval in de thuissituatie. [Broer] liet inhaalgroei zien na de geboorte van F en onder de hoede van ouders samen vanaf april 2013, in E. De Raad constateert een zorgwekkend patroon van terugval en herstel bij beide kinderen. Het AMK beschrijft retrospectief de aannemelijkheid van chroni-

sche manipulatie van voeding en medicatie, voor F. Ook is een vermoedelijke aanbrenging (van buitenaf) van bacteriën op de TPV-lijn van F, uiteengezet. Het AMK beschrijft voorts aanwijzingen voor FDP (Factitious Disorder by Proxy) in het gedrag van ouders. Deze zorgpunten onderstrepen de urgentie van nader onderzoek. De vastgestelde PCF (van F) vormt hoe dan ook een groot zorgpunt voor wat betreft de veiligheid van beide kinderen in hun thuissituatie. Deze veiligheid is volgens de Raad onvoldoende gewaarborgd. [...]"

Rechtsoverweging 3.8.2. in de beschikking van 16 januari 2014 van het gerechtshof J, afdeling civiel recht, luidt:

"Het hof stelt voorop dat uit de inhoud van de stukken is gebleken dat er ten aanzien van beide kinderen sprake is geweest van een zeer zorgwekkende situatie die voor F in juli 2013 zelfs levensbedreigend is geweest. De veelvuldige medische behandelingen hebben F het leven gered. Het Münchhausen by Proxy Syndroom (MBPS) door de ouders kan worden vastgesteld indien er enerzijds sprake is van PCF en anderszins als bewezen is dat er sprake van FDP (Factitious Disorder by Proxy, hiervan is sprake indien de PCF is toegebracht door de ouders). Hoewel het hof van oordeel is dat de raad voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat F het slachtoffer is geworden van PCF, kan het hof niet vaststellen dat het de ouders, althans één van hen, zijn geweest die hiervoor verantwoordelijk kunnen worden gehouden. De ouders zijn gemotiveerd en gedetailleerd ingegaan op iedere aantijging van

de raad en de raad is er naar het oordeel van het hof niet in geslaagd zijn stellingen te bewijzen. De ouders hebben de grieven van de raad in die zin voldoende betwist, dat niet onomstotelijk kan worden geoordeeld dat er inderdaad sprake is geweest van FDP. Het hof kan evenwel, gelet op de vele tekens die wijzen op MBPS, evenmin uitsluiten dat er wel sprake van is (geweest) van MBPS door toedoen van de ouders. Bovendien was de situatie in juli 2013 van een zodanige ernst dat er toentertijd ruimschoots werd voldaan aan het criterium van artikel 1:254 BW.”

Op 17 januari 2014 heeft beklaagde aangifte gedaan van kindermishandeling tegen de ouders van F (klagers).

3.3 De klacht

Klagers stellen – samengevat weergegeven – dat beklaagde met vooringenomenheid en een tunnelvisie heeft gehandeld. Ondanks rechterlijke uitspraken bleef zij volharden in een diagnose waarvoor het dossier geen grondslag bood. Door het doen van aangifte heeft zij haar eigen belang boven dat van F gesteld. Beklaagde heeft daarbij relevante informatie buiten beschouwing gelaten. Zo vermeldt zij niet dat een koppelstuk – dat onderdeel was van een infuus – door de thuiszorg met heet kraanwater was afgespoeld en weer teruggeplaatst. Ook vermeldt zij niet dat F pas in G hoog-calorische voeding kreeg en dat het antibioticumbeleid werd gewijzigd. Dat had een verklaring kunnen zijn voor de verbetering van F haar conditie, niet de afzondering van de ouders. De diarree waar F last van had, kan ook hebben gezorgd voor de lijninfecties. Beklaagde heeft geen

van deze voor de ouders ontlastende informatie meegewogen. Alle aannames van beklaagde zijn bovendien verworpen door de kinderrechtter. Na die uitspraken had het AMK geen bevoegdheid meer om zich te bemoeien met de behandeling van F. Beklaagde had volgens klagers ook een persoonlijk belang, omdat zij overwoog te promoveren op PCF in Nederland. Zij wilde het dossier doorzetten om de strafrechtelijke mogelijkheden te onderzoeken. Zij heeft haar geheimhoudingsplicht geschonden door zonder toestemming informatie te vragen aan de behandelaar bij G en aan de huisarts. De strafrechtelijke aangifte had ook geen enkele zin, want opzet had niet bewezen kunnen worden, aldus klagers.

3.4 Het verweer

Beklaagde voert gemotiveerd verweer. Zij ontkent dat zij klachtwaardig heeft gehandeld. Anders dan klagers aannemen, heeft beklaagde professionele afwegingen gemaakt. De diagnose PCF is niet door haar gesteld, maar door haar collega's bij het AMK. Ook was deze diagnose al in G overwogen en in de second opinion van H. Ook de civiele (kinder)rechters namen deze diagnose tot uitgangspunt. De situatie van F was levensbedreigend. Klagers zagen de ernst er onvoldoende van in en werkten de behandeling van F tegen. Volgens beklaagde heeft het AMK in collegiaal overleg in redelijkheid kunnen besluiten om aangifte te doen. Het verweer zal hierna verder worden betrokken bij de overwegingen van het college.

3.5 De overwegingen van het college

Het college zal de klachtonderdelen gezamenlijk behandelen.

3.5.1

F vertoonde na haar geboorte ernstige groeiachterstand (*“failure to thrive”*) en werd herhaaldelijk opgenomen in verschillende ziekenhuizen. Er werd geen medische oorzaak gevonden voor de achterblijvende groei en het uitblijven van inhaalgroei. F werd op 11 juni 2013 opgenomen in G in verband met een septische shock. Bij het geven van parenterale voeding via een centrale lijn (PIC-lijn) traden infecties op met meerdere (deels steeds andere) faecale bacteriën, waarvan de bron ook na gericht onderzoek in G naar een mogelijke abdominale “strooihaard” onbekend bleef. Gezien de toediening van breed-spectrum antibiotica waren deze herhaalde infecties onverklaarbaar. Bij brief van 4 juli 2013 vroeg de behandelend kinderarts in G een second opinion aan bij een maag-darm-leverkinderarts in H. Daarbij werd na het schetsen van de voorgeschiedenis aangegeven dat er differentiaal diagnostisch ook werd gedacht aan *Pediatric Falsification Disorder* (PFD). De maag-darm-leverkinderarts gaf *Pediatric Condition Falsification* (PCF) als diagnose in overweging. Ook werd voorgesteld het AMK te betrekken bij de casus. Vervolgens zijn op 5 juli 2013 met de ouders afspraken gemaakt om hen grotendeels af te zonderen van F en over video-observatie. Zoals blijkt uit de onder de feiten beschreven klinische notities in G gaat het vanaf die datum opvallend goed met F en vertoont zij consistente groei.

3.5.2

Klagers hebben aangevoerd dat er andere mogelijke verklaringen waren voor de infecties door faecale bacteriën en dat beklagde die buiten beschouwing heeft gelaten. Zij hebben erop gewezen dat een thuiszorgmedewerker in

april 2013 een koppelstuk van het infuus met heet water heeft afgespoeld en hergebruikt. Ook zou de besmetting hebben kunnen ontstaan doordat de lijn aan de luier was bevestigd, om onbedoeld losstrekken te voorkomen, en F diarree had. Het college acht dit in het licht van de feiten geen aannemelijke verklaringen. Na het onterechte hergebruik van het koppelstuk door de thuiszorg in april 2013 werd in de kweek op 24 april 2013 een huidbacterie gevonden, geen darmbacterie. Dat ontlasting uit de luier een afdoende verklaring zou zijn, is evenmin aannemelijk. De PIC-lijn is namelijk waterdicht. De verschillende soorten darmbacteriën werden aangetroffen in kweken in H, weken na het afspoelen van het koppelstuk door de thuiszorg. Deze kweken waren afgenomen uit de centraal intraveneuze lijn, alsmede perifeer, waar de thuiszorgmedewerker niet bij betrokken kan zijn geweest. Ook kunnen die kweken gezien het tijdsverloop niet in verband staan met het hergebruik van het koppelstuk in april 2013, omdat deze zijn afgenomen op:

- 11 juni t/m 16 juni 2013 in G (*E coli*, *Klebsiella oxytoca*/*Enterobacter cloaca*); gegeven antibiotica: ceftazidim teicoplanine; vanaf 13 juni teicoplanine +meropenem;
- 17 juni 2013 in G (*Citrobacter*, *Lactococcus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus avium*); gegeven antibiotica: teicoplanine +meropenem;
- 19 juni 2013 in G (*Lactobacillus*);

Op 25 juni 2013 werden de antibiotica gestopt. Op 2 en 3 juli 2013 was weer sprake van positieve bloedkweken. Op 5 juli 2013 werden *E coli* en *Clostridium faecalis* aangetroffen, gegeven antibiotica: gentamycine, amoxicilline.

Vanaf 12 juli 2013 kon worden gestopt met de antibiotica en deed dit soort infecties zich niet meer voor. Een abdominale “strooihaard” was – zoals gezegd – niet gevonden. Klagers hebben nog aangevoerd dat het uitblijven van infecties te verklaren zou zijn door de wijziging in antibiotica per 5 juli 2013 en dat de groei gestimuleerd kan zijn door de hoogcalorische voeding die vanaf dat moment werd toegediend. Dat is echter geen aannemelijke verklaring voor het eerder herhaaldelijk ontstaan van dit soort infecties met verschillende faecale bacteriën, zonder aanwijsbare bron. Het toedienen van hoogcalorische voeding kan op zichzelf ook geen afdoende verklaring vormen voor de oorzaak van de ernstige groeiachterstanden sinds de geboorte van F. Volgens de klinische aantekeningen in G heeft ook het ziekenhuis dit verband niet gelegd. Daarom kan ook niet op goede grond worden aangenomen dat beklaagde ten onrechte voor de ouders ontlastende informatie heeft genegeerd of in redelijkheid niet had mogen wijzen op een verband tussen het verdwijnen van de infecties en het opvallende herstel en de consistente groei van F enerzijds en het per 5 juli 2013 in G grotendeels afzonderen van F van haar ouders anderzijds.

3.5.3

Op 17 januari 2014 – een dag na de tussenbeschikking van het hof van 16 januari 2014 – heeft beklaagde aangifte gedaan van kindermishandeling tegen de ouders van F (klagers). Klagers stellen – kort gezegd – dat beklaagde aan een tunnelvisie leed en ondanks de rechterlijke uitspraken zonder goede reden bleef volharden in een diagnose waar het dossier onvoldoende feitelijke grondslag voor bood. Beklaagde heeft

om die redenen ten onrechte aangifte gedaan, aldus klagers. Zij heeft volgens klagers niet in het belang van het kind gehandeld en haar eigen belang daarboven gesteld, omdat zij zou hebben overwogen te promoveren op het onderwerp.

3.5.4

Wat is nu de relevantie van de civiele uitspraken voor de vraag of beklaagde in redelijkheid strafrechtelijke aangifte kon doen? G deed op 5 juli 2013 melding bij het AMK, waar beklaagde werkzaam was. Het AMK betrok de Raad bij de zaak. De Raad diende bij de kinderrechtter een verzoek in tot ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing. Bij beschikking van 19 september 2013 wees de kinderrechtter dat verzoek af, omdat er kort gezegd geen causaal verband was komen vast te staan tussen de door het AMK gestelde diagnose PCF en een doen of laten door de ouders. Ook was niet gebleken van korte termijn risico's op herhaling van groei-stagnaties en “*problematic doctoring*”. De hulpverlening was op dat moment opgestart en de ouders werkten daarop dat moment volledig aan mee. Deze beschikking is door het gerechtshof J – na het geven van de tussenbeschikking van 16 januari 2014, waarbij nader advies aan de Raad was verzocht – bij beschikking van 11 december 2014 bekrachtigd.

3.5.5

Het college overweegt dat het dossier – zoals hiervoor is gebleken – reden tot grote zorg gaf. Zowel G als de second opinion van H noemden PFD of PCF als mogelijke oorzaak van het ziektebeeld van F. Andere verklaringen voor de levensbedreigende situatie waarin F was komen te verkeren, waren niet voor-

handen. Het gerechtshof J overwoog in de onder de feiten aangehaalde rechts-overweging 3.8.2. dat zij van oordeel was dat de Raad voldoende aannemelijk had gemaakt dat F het slachtoffer was geworden van PCF. Volgens het hof stond echter niet vast dat de ouders daarvoor verantwoordelijk waren. Het hof overwoog echter ook dat het gelet op de vele aanwijzingen die wijzen op Münchhausen by proxy evenmin uit te sluiten was dat wel sprake was (geweest) van toedoen van de ouders. Bovendien, zo schrijft het hof, was de situatie in juli 2013 zodanig ernstig dat er toentertijd ruimschoots werd voldaan aan het criterium voor een ondertoezichtstelling.

3.5.6

Het college is van oordeel dat op het moment van aangifte het vermoeden van PCF nog steeds actueel was. De *“failure to thrive”* was nog steeds onverklaard gebleven. Ook was gebleken dat F in het ziekenhuis vanaf 5 juli 2013 – toen zij grotendeels afgezonderd werd van haar ouders en video-observatie was ingesteld – uitstekende en consistente groei vertoonde. Nieuwe lijninfecties met faecale bacteriën deden zich niet meer voor. Er kan dus niet op goede grond worden gezegd dat de gedachte aan manipulatie – waar dus niet alleen beklagde aan dacht, maar ook haar collega's bij het AMK, G en de second opinion van H – uit de lucht gegrepen was of een te persoonlijke opvatting van beklagde was.

3.5.7

De uitspraak van het gerechtshof J heeft het vermoeden van PCF ook niet weggenomen, gezien zijn rechtsoverweging 3.8.2. Over de vraag of er op een of meer momenten tegenover F een

strafbaar feit was gepleegd, hebben de kinderrechter en het hof zich ook niet uitgelaten, omdat deze strafrechtelijke vraag in de civielrechtelijke zaak niet ter beoordeling voor lag. Bij de civielrechtelijke zaak draaide het immers alleen om de vraag of er nog sprake was van een ontwikkelingsbedreiging voor F, die beschermingsmaatregelen (ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing) voor de toekomst nodig maakten, omdat de ouders daar niet vrijwillig aan mee zouden werken. Daarmee hebben die uitspraken geen doorslaggevende betekenis voor de vraag of beklagde als vertrouwensarts bij AMK in redelijkheid aangifte van kindermishandeling kon doen vanwege het ziektebeeld dat F in het verleden had laten zien. Gezien het vermoeden van PCF kon bovendien voor herhaling worden gevreesd.

3.5.8

Het doen van aangifte had ook toegevoegde waarde, omdat het openbaar ministerie opsporingsbevoegdheden ten dienste staan waarover de Raad en het AMK niet beschikten. Dat beklagde in de aangifte de ouders noemt, vindt het college in het licht van de het vermoeden van PCF niet tuchtrechtelijk verwijtbaar, omdat deze diagnose naar zijn aard op betrokkenheid van een ouder of een verzorgende wijst en beklagde geen feitelijke aanwijzingen had voor de betrokkenheid van anderen. Dat beklagde bewust onjuiste of irrelevante informatie in haar aangifte heeft betrokken, kan het college niet vaststellen. Het enkele feit dat klagers een andere perceptie hebben van een of meer gebeurtenissen, is daartoe niet voldoende. De klinische aantekeningen in G van 5 en 6 juli 2013 bevatten weergaven van ernstige conflicten tussen de

behandelaar respectievelijk de verpleging enerzijds en de ouders anderzijds. Het gegeven dat op enig moment na de aangifte justitiële dwangmiddelen tegen de ouders zijn ingezet, valt beklagde niet te verwijten, omdat daaraan een eigen afweging van het openbaar ministerie en/of de politie ten grondslag ligt.

3.5.9

Dat beklagde deze casus te persoonlijk heeft opgevat, zal het college ook niet aannemen. De gekozen handelswijze van het AMK en beklagde is in lijn met de gangbare opvattingen daarover en niet uitzonderlijk. Het college citeert ter illustratie een passage van de website van het Nederlands Jeugdinstituut:

“Wanneer duidelijk wordt dat daadwerkelijk sprake is van het münchhausen-by-proxysyndroom is het noodzakelijk de politie, het openbaar ministerie en de Raad voor de Kinderbescherming te betrekken om het kind te beschermen en een mogelijk strafrechtelijk traject tegen de pleger te starten. Het kind heeft een veilige plek nodig om te verblijven. Het kan zijn dat de ouder met het münchhausen-by-proxysyndroom uit huis gaat, maar het kan ook nodig zijn om het kind uit huis te plaatsen.”

Uit het dossier blijkt dat het AMK collegiaal tot de conclusie is gekomen dat er bij uitsluiting sprake moest zijn van PCF en dat de veiligheid van F een ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing noodzakelijk maakte (brief AMK aan de Raad van 12 augustus 2013, aangepast op 17 juli 2014). Bij de totstandkoming van deze brief waren twee collega-vertrouwensartsen betrokken en een

teamleider van het AMK. De naam van beklagde komt in die brief niet voor. Beklagde heeft bovendien niet persoonlijk besloten tot aangifte over te gaan. Uit het AMK-dossier (bijlage 17 bij het verweerschrift, pagina 15) blijkt dat het hier een beslissing van het AMK betrof en dat deze beslissing in teamverband tot stand is gekomen. Uit de informatie van de betrokken ziekenhuizen, het advies van de Raad en uit de uitspraken van de kinderrechtser en het hof blijkt – zoals gezegd – ook dat er sprake is (geweest) van een zeer ernstige situatie en PCF.

3.5.10

Voor de beschuldiging dat beklagde een persoonlijk motief bij de aangifte zou hebben gehad, omdat zij overwoog op het onderwerp PCF te promoveren, ontbreekt iedere redelijke aanwijzing. Van het schenden door beklagde van het beroepsgeheim is het college ook niet gebleken, omdat beklagde desgevraagd informatie van de behandelaar en de huisarts heeft verkregen. Het verzoeken om informatie levert geen schending op van de geheimhoudingsplicht.

3.5.11

Uit het voorgaande blijkt dat de klachten ongegrond zijn. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal worden bepaald dat deze beslissing in geanonimiseerde vorm zal worden gepubliceerd.

4. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klachten ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanoni-

miseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht' en 'Gezondheidszorg Jurisprudentie'.

Noot

1. Baby F vertoonde vanaf enige tijd na haar geboorte op 9 januari 2012 een ernstige groeiachterstand (*failure to thrive*). Zij werd herhaaldelijk opgenomen in verschillende ziekenhuizen, maar er werd geen medische oorzaak gevonden voor de achterblijvende groei en voor het uitblijven van inhaalgroei. Bij het geven van voeding via een centrale lijn bleek sprake van zogeheten lijninfecties die niet verklaard konden worden. Baby F kreeg breed spectrum antibiotica toegediend en er bleken steeds verschillende fecale bacteriën uit de genomen kweken waarvan de bron onduidelijk bleef. Anderhalf jaar later werd de baby in het ziekenhuis opgenomen in verband met een septische shock. Op 4 juli 2013 vroeg het ziekenhuis waar baby F verbleef een second opinion bij een ander ziekenhuis. Beide ziekenhuizen noemden *Pediatric Condition Falsification* (PCF) als mogelijke oorzaak. PCF is een ernstige vorm van kindermishandeling. Het kan dan gaan om het uitvergroten, veroorzaken, verergeren of verzinnen van psychische en fysieke klachten bij kinderen door de ouder(s), vaak de moeder. Daarna volgde op 5 juli 2013 een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK (tegenwoordig Veilig Thuis geheten) en op 5 en 8 juli een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK). Een ouder broertje van baby F

zou een vergelijkbaar traject hebben doorlopen, zij het minder heftig. Op 5 juli 2013 werden met de ouders afspraken gemaakt om hen grotendeels af te zonderen van de baby, en over video-observatie. Vanaf die datum gaat het opvallend goed met de baby en vertoont zij consistente groei.

2. De RvdK diende bij de kinderrechter een verzoek in tot ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing. De kinderrechter wees dat verzoek af omdat er geen causaal verband was komen vast te staan tussen de diagnose PCF enerzijds en het doen of laten door de ouders anderzijds. Ook was niet gebleken van korte termijnrisico's op herhaling van groeistagnaties, omdat de hulpverlening al was gestart en de ouders op dat moment volledig meewerkten. Het hof bekrachtigde de beschikking van de kinderrechter. In zijn uitspraak van 11 december 2014 (na een tussenuitspraak op 16 januari 2014) is het van oordeel dat de RvdK voldoende aanneemelijk heeft gemaakt dat de baby het slachtoffer is geworden van PCF. Maar het hof kon niet vaststellen dat het de ouders, althans één van hen, zijn geweest die hiervoor verantwoordelijk zijn.

3. De vertrouwensarts liet het er niet bij zitten. Op 17 januari 2014, dus de dag na de tussenuitspraak van het hof, deed zij aangifte van kindermishandeling tegen de ouders. Zij achtte de diagnose PCF levensbedreigend voor baby F en de ouders zouden de ernst ervan onvoldoende inzien. Ze zou de aangifte niet op eigen houtje hebben gedaan, maar hebben voorbesproken met Veilig Thuis. De ouders dienden op hun beurt een klacht in tegen de vertrouwensarts bij de tuchtrechter. Zij stelden onder

meer dat de vertrouwensarts aan tunnelvisie leed en, ondanks de rechterlijke uitspraken, zonder goede reden bleef volharden in een diagnose waar het dossier onvoldoende grondslag voor bood. Een aangifte had volgens de ouders ook geen enkele zin, want opzet had niet bewezen kunnen worden. De vertrouwensarts had, volgens de klagende ouders, ook een persoonlijk belang, omdat zij overwoog te promoveren op PCF in Nederland; zij zou het dossier willen doorzetten om de strafrechtelijke mogelijkheden te onderzoeken. Bovendien zou zij haar geheimhoudingsplicht hebben geschonden door zonder toestemming informatie te vragen aan de behandelaar in het ziekenhuis en aan de huisarts.

4. Het tuchtcollege in deze zaak wees alle klachten af. Zo zouden de uitspraken van de kinderrechter niet in de weg staan aan het doen van een aangifte. Die uitspraken van de kinderrechter gaven slechts aan dat op het moment van de beoordeling volgens de normen van de voorliggende bepalingen van Boek 1 BW geen aanleiding bestond voor de civiele maatregelen tot ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing. De vraag of er tegenover de baby een *strafbaar* feit was gepleegd, lag immers niet voor aan de kinderrechter en het hof. Het doen van aangifte heeft, aldus het tuchtcollege, bovendien toegevoegde waarde, omdat het Openbaar Ministerie opsporingsbevoegdheden ten dienste staan waarover de RvdK en het AMK/Veilig Thuis niet kunnen beschikken. Voor de beschuldiging dat de vertrouwensarts een persoonlijk motief bij de aangifte zou hebben gehad – omdat zij overwoog op het onderwerp PCF te promoveren – zou iedere redelijke aanwijzing ontbreken. Ook van het schenden door

beklaagde van het beroepsgeheim was het college niet gebleken, omdat beklaagde desgevraagd informatie van de behandelaar en de huisarts had verkregen. Het verzoeken om informatie leverde, aldus het tuchtcollege, geen schending op van de geheimhoudingsplicht.

5. In deze noot kijken wij kort naar twee kwesties: (i) hoe zit het met het beroepsgeheim van de vertrouwensarts?; en (ii) hoe moeten we in dat licht aankijken tegen een (kennelijk zelfstandig gedane) aangifte door de vertrouwensarts tegen de ouders van baby F?

6. Over het schenden van de geheimhoudingsplicht van artsen wordt regelmatig voor de tuchtrechter geklaagd, maar dat is minder het geval als het gaat om dat van *vertrouwensartsen*. Uit gepubliceerde tuchtrechtzaken van de afgelopen vijf jaren blijkt dat er een à twee keer per jaar een klacht tegen een vertrouwensarts wordt ingediend. Het medisch beroepsgeheim voor de arts is onder meer neergelegd in artikel 7:457 BW en artikel 88 Wet BIG; en de schending ervan is strafrechtelijk gesanctioneerd in artikel 272 Sr. Ook de vertrouwensarts heeft een beroepsgeheim, ofschoon de uitspraak van de Hoge Raad in het zogeheten Vertrouwensarts-arrest (HR 15 oktober 1999, ECLI:NL:HR:1999:AA3797, NJ 2001, 42) veel stof heeft doen opwaaien. In dat arrest overwoog de Hoge Raad dat de vertrouwensarts geen beroepsgeheim en geen verschoningsrecht toekomt. De wetgever besloot meer duidelijkheid te bieden door de geheimhoudingsplicht in de wet (toenmalig art. 51 lid 1 Wet op de Jeugdzorg) te verankeren voor de Stichting Jeugd-

zorg, waartoe het toenmalige AMK behoorde; en dus ook voor de aldaar werkzame vertrouwensarts. Tegelijkertijd kregen het AMK / Veilig Thuis en de vertrouwensarts de bevoegdheid tot het delen van informatie met andere instellingen, zoals de politie, het OM en de RvdK. Inmiddels zien we die bevoegdheid terug in artikel 4.1.1 lid 2 Wmo 2015. Daaruit blijkt dat Veilig Thuis een gedane melding kan onderzoeken en daartoe informatie mag opvragen. Ook kan Veilig Thuis waar nodig instanties die verdere passende professionele hulp kunnen verlenen in kennis stellen van een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling, of een vermoeden daarvan; dat geldt ook voor de politie of de RvdK. En voorts stelt Veilig Thuis de behandelend arts die de melding heeft gedaan op de hoogte van de stappen die naar aanleiding van de melding zijn gezet. De vertrouwensarts verricht, in het kader van een onderzoek naar een ontvangen melding aan Veilig Thuis, handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg en heeft daarmee op grond van de Wet BIG dus een eigen beroepsgeheim (zie bijvoorbeeld RTG Amsterdam 3 juli 20218, ECLI:NL:TGZRAMS:2018:74).

7. De vertrouwensarts zet haar of zijn medische expertise in bij meldingen waarbij bijvoorbeeld sprake is van lichamelijke mishandeling, levensbedreigende situaties voor kinderen of seksueel misbruik. De vertrouwensarts duidt en verheldert sociaal-medische problematiek, geeft advies en ondersteuning aan medewerkers van Veilig Thuis, aan (para)medische professionals en aan andere betrokkenen. De vertrouwensarts adviseert over wat nodig is om kindermishandeling of huiselijk ge-

weld te stoppen, de veiligheid van kinderen te borgen en eventueel opgelopen schade zo goed mogelijk te herstellen. Afhankelijk van de melding kan de vertrouwensarts ook zelf medisch onderzoek doen (uiteraard met instemming van betrokkenen) en in gesprek gaan met de gezinsleden. De vertrouwensarts werkzaam bij Veilig Thuis is dus een bijzondere arts in de zin dat zij of hij sterk uiteenlopende taken heeft en dit kan leiden tot uiteenlopende perspectieven op haar of zijn geheimhoudingsplicht. Dat maakt het soms lastig om de reikwijdte van het beroepsgeheim van de vertrouwensarts in zijn algemeenheid te duiden.

8. In het Handelingsprotocol (2019) van Veilig Thuis wordt de vertrouwensarts bovendien sterk gepositioneerd in de collegialiteit van de andere professionals binnen Veilig Thuis: de gedragswetenschappers en de zogeheten 'aandachtsfunctionarissen op diverse deelterreinen' van het werk van Veilig Thuis. In het protocol gelden er wel privacy- en andere zorgvuldigheidsregels voor de medewerkers, maar over een beroepsgeheim van de vertrouwensarts wordt niet gerept. Hetzelfde geldt voor de Richtlijn medisch-complexe vormen van kindermishandeling van de Vereniging Vertrouwensartsen (2022) en de protocollen die zien op het omgaan met strafrechtelijke kindermishandeling zoals de Handreiking samenwerking bij strafbare kindermishandeling. Daarin valt op dat de regie en de afweging om informatie met justitie te delen in hoge mate bij politie en justitie zijn belegd (zie daarover hierna).

9. Zodra een melding bij Veilig Thuis is gedaan, is de wijze waarop de vertrou-

wensarts vervolgens te werk gaat vastgelegd in het eerdergenoemde Handelingsprotocol 2019. Ook de manier waarop de vertrouwensarts binnen Veilig Thuis handelt in de samenwerking met politie, OM, NFI en de RvdK, is beschreven, namelijk in de Handreiking samenwerken bij strafbare kindermishandeling (2019) en het daarbij behorende 'Bouwblokkendocument' voor de verbetering van samenwerking bij strafbare kindermishandeling (2020). Die documenten behelzen een stappenplan, dat loopt van Vermoeden, via Melden, Onderzoeksplan en veiligheidsplan, Interventie, ondersteuning en monitoring, naar Afronden en evalueren. Dat is het stappenplan dat de vertrouwensarts binnen Veilig Thuis met de samenwerkingspartners in de keten afloopt. Dat kan eindigen bij een melding bij de politie. En dan is de vraag of er nog wel ruimte is voor de vertrouwensarts om los van de beslissing van het OM zelfstandig aangifte te doen en daartoe informatie in te winnen bij de behandelend arts en de ziekenhuisarts, zoals in deze casus. Daarop komen wij aan het slot van deze noot terug.

10. In de genoemde documenten, zowel van Veilig Thuis zelf als die over de samenwerking met andere organisaties, komt het woord beroepsgeheim vrijwel niet voor. Op zijn best kan men zeggen dat het beroepsgeheim van de vertrouwensarts 'opgaat' in de handelingsvoorschriften van de verschillende documenten. Er is dus ook niet te ontkomen aan een mogelijke angst bij behandelend artsen dat hun melding op enig moment tot justitiële stappen kan leiden of tot inschakeling van de RvdK. In het zogeheten 'Bouwblokkendocument' dat bij de Handreiking samenwerken

bij strafbare kindermishandeling (2019) hoort, wordt de 'angst' dat als Veilig Thuis vaker meldt bij justitie, de meldingen vanuit professionele melders aan Veilig Thuis zullen afnemen, dan ook nadrukkelijk benoemd:

'Het maken van een melding bij de politie vraagt om het doorbreken van het beroepsgeheim van artsen. Wanneer artsen een melding doen, gaat hier een zorgvuldige afweging op basis van proportionaliteit en subsidiariteit aan vooraf. Artsen zijn persoonlijk aansprakelijk voor de afweging die zij maken en kunnen via het tuchtrecht berispt worden wanneer zij het beroepsgeheim doorbreken. Met name wanneer het gaat om zaken in het grijze gebied zijn artsen soms terughoudend om melding te maken.'

'Naast transparantie naar het gezinssysteem is transparantie naar de melder een belangrijk uitgangspunt. De melders worden ingelicht door VT wanneer zij de casus voorleggen aan justitie. Er is angst dat het uitgangspunt "melden, tenzij..." leidt tot een averechts effect: het draagvlak onder artsen om vermoeden te melden neemt af, zij willen in vertrouwen de vertrouwensarts consulteren. De KNMG heeft in een brief aan de landelijke stuurgroep FMEK aangegeven dat overleg tussen VT en justitie bij elke melding van kindermishandeling aan VT ertoe kan leiden dat artsen minder gaan melden.'

11. Dat die angst (of zorg: wat gebeurt er met de informatie die ik met de doorbreking van mijn beroepsgeheim heb verstrekt, aan welke regels heeft de ver-

trouwensarts zich te houden als het gaat om verdere geheimhouding?) ook werkelijk leeft, blijkt ook uit een kwalitatief onderzoek uit 2017 van Yolanda Schothorst, *Beroepsgeheim in de samenwerking tussen sociale en zorgprofessionals – Resultaten van kwantitatief onderzoek onder verschillende groepen professionals*, waarin werd gekeken hoe zij omgaan met het beroepsgeheim in de samenwerking tussen sociale en zorgprofessionals. Daaruit bleek onder zorgprofessionals inderdaad de nodige onzekerheid te bestaan. Een van de conclusies was dat het beroepsgeheim bijdraagt aan de veiligheid en goede zorg voor de cliënt/patiënt, maar dat het ook belemmerend kan werken op de samenwerking tussen groepen van zorgprofessionals. Het vraagstuk van het beroepsgeheim van (ook) de vertrouwensarts lijkt dus reëel. Wellicht zou het goed zijn om dan maar explicieter te zijn en het beperkte beroepsgeheim van de vertrouwensarts nadrukkelijker te adresseren. Want hoe men het ook wendt of keert, een melding door een behandelend arts aan de vertrouwensarts / Veilig Thuis kan uiteindelijk terecht komen bij derden, met name als het gaat om strafbare kindermishandeling of huiselijk geweld.

12. Het valt op dat in de professionele regelgeving voor vertrouwensartsen het al dan niet hebben van een beroepsgeheim, en hoe daar mee om te gaan – bijvoorbeeld richting politie en OM, maar ook in verhouding tot de behandelend arts – wordt omzeild, terwijl het wel degelijk blijkt te leven. Tien jaar geleden al vroeg Hendriks in zijn redactioneel ('Vertrouwensarts: een te vertrouwen arts?', *TvG* 2013, p. 433) aandacht voor de vraag in hoeverre het beroepsgeheim van de behandelend

arts in de handen van een vertrouwensarts wel veilig is. Hendriks merkte op dat vertrouwensartsen een sleutelrol vervullen bij het geven van advies aan melders bij vermoedens van kindermishandeling en bij het organiseren van hulp na zo'n melding. Ook merkte hij op dat zij daarbij in hoge mate afhankelijk zijn van de bereidheid van artsen en anderen om ruimhartig vertrouwelijke gegevens te verstrekken. Die bereidheid, aldus Hendriks, zal samenhangen met de wijze waarop vertrouwensartsen vervolgens omgaan met de verkregen informatie.

13. Deze observatie lijkt nog steeds actueel. Als het gaat om kindermishandeling en huiselijk geweld is de vertrouwensarts de spin in het web. Hendriks sprak over een 'sleutelpositie'. Door deze positie, die in een aantal opzichten hybride is, van (soms zelfs welhaast) betrokken bij de behandeling tot aan samenwerker met justitie of de RvdK, én doordat het vraagstuk van de beperkte reikwijdte van het beroepsgeheim niet werkelijk wordt geëxpliciteerd, lijkt de vertrouwensarts (ook tuchtrechtelijk) nog steeds kwetsbaar. De discussie over de mate waarin de vertrouwensarts een zelfstandig beroepsgeheim heeft, wordt al gevoerd sinds het eerdergenoemde Vertrouwensarts-arrest van de Hoge Raad uit 1999. Ze is met de Wmo in 2015 wel duidelijker geworden als het gaat om de doorbreking ervan, maar is nog steeds onvoldoende helder. Zo schrijft de Handreiking samenwerking bij strafbare kindermishandeling (2019) het opstellen en uitvoeren van een gezamenlijk onderzoeksplan voor. Daarin is Veilig Thuis, en daarmee dus ook de vertrouwensarts, een cruciale partner. Het zou daarom naar ons gevoel ver-

standig zijn dat de KNMG en de VVAK de vragen rond het beroepsgeheim van de vertrouwensarts nader onder ogen zien in de verschillende fases na een melding. Eigenlijk gaat het dan om aandacht voor de samenhang tussen de vernieuwde KNMG-meldcode (2023), het Handelingsprotocol Veilig Thuis (2019), de Handreiking samenwerking bij strafbare kindermishandeling (2019) en de Richtlijn medisch-complexe vormen van kindermishandeling van de Vereniging Vertrouwensartsen (2022). Thans lijkt het beroepsgeheim van de vertrouwensarts, en daarmee de reikwijdte ervan, bewust of onbewust, in deze documenten te zijn ‘weggeschreven’; en dat terwijl onder professionals de omgang met het beroepsgeheim wel degelijk tot de nodige onzekerheid leidt.

14. Dan ons tweede punt; de aangifte in deze casus door de vertrouwensarts. De Wmo 2015 bepaalt dat er door Veilig Thuis onderzoek kan worden gedaan naar een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling, of een vermoeden daarvan, en dat bijvoorbeeld de politie in kennis kan worden gesteld van een gedane melding. Maar hier gaat het om iets anders: namelijk om een *aangifte* van kindermishandeling door de vertrouwensarts (al dan niet namens Veilig Thuis). Volgens haar eigen Handelingsprotocol heeft Veilig Thuis die bevoegdheid. Daarin noemt zij immers die bevoegdheid (al is het eenmaal: zie punt 14.2 aldaar), en verwijst daarbij – naar onze mening ten onrechte – naar artikel 4.1.1 Wmo 2015. Maar de Wmo 2015 rept niet van een bevoegdheid tot het doen van aangifte (overigens wordt op de *website* van Veilig Thuis de mogelijkheid van aangifte weer niet genoemd).

15. In de praktijk blijken aangiftes door vertrouwensartsen / Veilig Thuis inderdaad voor te komen. Wij vragen ons in het licht van bovenstaande af wat daarvoor de juridische basis is en of dat *überhaupt* wel de bedoeling is. Veilig Thuis en haar vertrouwensartsen maken immers deel uit van een zorgvuldig geprotocolleerde keten die loopt van de behandelend arts(en) tot aan organisaties als de politie, het OM en de RvdK. Hier speelt, naar ons gevoel, het leerstuk van de relativiteit: zijn de wettelijke bevoegdheden van Veilig Thuis ook gegeven met het doel om *zélf* aangifte te doen? Of hebben die bevoegdheden alleen het doel een melding te onderzoeken en zo nodig de keten in kennis te stellen van een melding? Ons lijkt het laatste. Het Handelingsprotocol 2019 en de Handreiking samenwerking bij strafbare kindermishandeling (2019) schrijven een nauwe afstemming en samenwerking voor tussen Veilig Thuis en deze organisaties. Uit die afstemming en samenwerking *kán* een strafrechtelijk onderzoek voortvloeien. Maar als dat niet het geval is, lijkt het ons dat Veilig Thuis en haar vertrouwensartsen zich daarbij moeten neerleggen. In casu sprak de vertrouwensarts met het oog op het voorbereiden van een aangifte met de behandelend arts(en) van baby F. Door dat te doen, zou men kunnen zeggen dat deze vertrouwensarts haar beroepsgeheim wel degelijk heeft geschonden.

16. Samenvattend zou deze uitspraak onzes inziens moeten leiden tot (i) een oproep aan de beroepsgroepen om meer aandacht te besteden aan de reikwijdte van het beroepsgeheim van de vertrouwensarts; en (ii) tot meer duidelijkheid over de vraag of er wel voldoende grondslag is voor het zelf-

standig aangifte doen van kindermishandeling of huiselijk geweld door de vertrouwensarts.

Prof. mr. drs. M.P. Sombroek van Doorm,
hoogleraar Recht en Gezondheid bij de afdeling jeugdrecht en gezondheidsrecht van de Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leiden

Prof. mr. C.J.J.M. Stolker,
emeritus-hoogleraar privaatrecht aan dezelfde universiteit