

”Münchausen syndrom by proxy”

Hjelpeapparatets skjulte overgrep

Av Mette Wright Larsen



Mette Wright Larsen er utdannet sykepleier og jordmor og har arbeidet 20 år i sykehus. I 21 år har hun vært omsorgsarbeider i hjemmet og har bred erfaring i hvordan offentlig hjelpeapparat fungerer i praksis.

Münchausen syndrom by proxy, MSbP, ble presentert i 1977 av den engelske barnelegen og professoren Roy Meadow. Syndromet handlet om mødre som skadet eller forgiftet sine barn og løy om deres symptomer for å oppnå nær og personlig kontakt med lege og helsevesen. Slik brukte mor barnet i rollen som *stedfortreder*, det vil si ”by proxy”. Det ble fremholdt at disse mødrene kunne gå så langt som å drepe ett eller flere barn. Når saken kom for retten, fikk hun tilfredsstilt ønsket om publisitet rundt egen person.

I juli 2005 ble Meadow fratatt legelisen mens syndromet ble fordømt av rettsapparatet i Storbritannia. Uskyldige mødre slapp ut av fengsel og krevde store erstatningssummer da det ble avslørt at barna hadde lidd av sykdom eller krybbedød. I iver etter å avsløre MSbP-kasus, hadde fagfolk brydd seg for mye om mor og for lite om det syke barnet.

Syndromet holdes levende i Norge med eksempler på at barnevernet har tatt barn fra mødre etter MSbP-vurderinger. Samtidig muteres syndromet med nye begreper og omfatter også voksne barn.

MSbP må ikke forveksles med diagnosen ”Münchausen syndrom” som kodes F68.1. etter kodeverket ICD-10. Da lider man av en viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, enten fysisk eller psykisk.

Flere psykologer har tilbakevist tankgangen omkring MSbP

א

אא

אאא

אאאא

אאאאא

אאאאאא

I Skolepsykologi nr. 4, 2006 ble ”Skadelig omsorg, by proxy - tilstander og PP-tjenesten” (1), beskrevet av Cand. Paed. Jan Kåre Moan som driver konsulentfirmaet ”Nexus kompetanse.”

Artikkelen inneholder ingen motforestillinger vedrørende de skjulte og negative sider som det omstridte syndromet har medført innen medisinske og psykologiske fagområder.

Det er grunn til å reflektere over muligheter for feilbruk av MSbP og balansere begrepet når et ikke godkjent syndrom ønskes utvidet til psykologiske og pedagogiske områder.

Flere psykologer har tilbakevist tankegangen omkring MSbP. Psykolog Søren Friis Smith presenterte sin artikkel ”Gal mor eller gal diagnose” i det danske tidsskriftet ”Psykolog Nyt,” nr.11, 2002 (2).

Moan peker på den overordnede hensikt at mor sykeliggjør barnet ved å beskytte familien mot destruktive konflikter mellom de voksne i familien:

”Dette har lenge vært en velkjent problematikk innenfor det medisinske fagområdet. Fenomenet er kjent som det såkalte Münchhausen by proxy syndromet, hvor omsorgspersonen – ofte med fatale konsekvenser – påfører barnet fysisk sykdom eller lidelse. Barnets mandat blir å leve opp til de symptomer som er forutbestemt av omsorgspersonen.”

Moan tar for seg en rekke trekk ved MSbP-mødre, blant annet:

”Tilsynelatende overbeskyttende og totalt opptatt av barnet sitt, pågående og verbal med ekstremt stor interesse for fagpersoner og eksperter. Dramatiserende framstilling av barnets problemer blir særlig tydeliggjort av det store spranget mellom mors framstilling og den virkelighetsbeskrivelse som andre gir av barnet (eks. lærere), er ofte alenemødre med en familiehistorie med mye kontakt med hjelpeapparatet.”

Jeg forkorter et eksempel fra Moans artikkel:

En mor oppsøker PPT med sønnen sin, Rune, som er 10 år. Ifølge mor har han fag- og konsentrasjonsvansker, og i tillegg betydelig motoriske problemer ”p.g.a. en traumatisk fødsel”. Mor er ugift, og Rune har ingen søsken. Skolen rapporterer om en velfungerende gutt, skolelegen sier rett ut at det etter hans mening er mor som har problemer – ikke gutten.

JEG VISER TIL ET EKSEMPEL DER PPT OG SKOLE BRUKTE MOR ”BY PROXY”

Gutt 27 år, mentalt tilbakestående. Da gutten var liten søkte mor å få hjelp med hans alvorlige lærevansker i skolen. Hun hadde arbeidet i institusjon med barn med psykiske og fysiske lidelser. I hjemmet nedla hun et bety-

delig arbeid for sønnen med å trene opp muskler og taleevne og ga barnet kjærlighet og omsorg. Han var en positiv og glad unge, sosial og trygg. Atferden endret seg under skolegangen, han ble frustrert og deprimert. Lærere og PPT innprentet mor og barn at det ikke forelå en reell lidelse: ”Barnet kunne hvis det ville.”

Gutten konsentrerte seg så hardt om øyekontakt at neseblodet rant

I timer med pedagog ble barnet pålagt å se fagpersonen i øynene, fordi man mente at lærevanskene var bevisst løgn fra guttens side for å slippe skolearbeid og lekser. Gutten konsentrerte seg så hardt om øyekontakt at neseblodet rant.

Årsakene til alvorlige lære- og konsentrasjonsvansker ble overført på mor, og antatt å være et utslag av dårlige rutiner og mangelfull oppfølging i hjemmet. Mor ble forklart at ved sin omsorg for sønnen ”sydde hun puter under armene hans” og gjorde barnet en bjørnetjeneste. Etter årelang mobbing i skolen med beskjeder han ikke

evnet å etterfølge, så han det som eneste utvei å ta livet sitt. Tenåringen forsøkte å henge seg med et skjerf bundet til en klesknagg i skolens korridor, men ble oppdaget i tide av en renholder – et rop om hjelp blant fagfolk som dyttet på gutten evner som ikke fantes der.

En dansk psykiater i et kort vikariat i kommunen sa til guttens mor: ”Du må aldri gi opp, men støtte barnet ditt alt det du kan. En dag skal du se resultatet.” Med disse ordene og hjelp fra en våken, voksen assistent til gutten, klarte familien seg, inntil de fant det betimelig å skifte bosted.

20 år gammel ble gutten vurdert av psykiater ved et større sykehus. Psykiateren sa til mor: ”Det beste som har hendt din sønn, er dine ”bjørnetjenester,” uten din omsorg er det høyst usikkert hvordan det hadde gått med gutten din.”

I ny kommune fungerer omsorgsetaten. Her er ingen mistanker heftet ved mor og barn. Han ble integrert i hjelpeapparatet, og mor fikk selvrespekten tilbake ved å bli rådspurt og regnet som en ressurs. Barnepsykiater Pål Zeiner har en selvkomponert forkortelse: ”HPM,” Hør På Mor.

ULIKE FORKLARINGSMODELLER TIL MSBP

Moan skriver at i forklaringsmodeller til MSBP har det imidlertid vært enda mer

vanlig å se isolert på dyaden mor – barn, hvor mor bruker barnet som ”krykke” til å hankes med egen problematikk. Han nevner at *Welldon* har fokusert på morens mentale helse og mener å ha belegg for at flertallet av disse mødrene har en historie preget av symptomer på misbruk av seg selv, spiseforstyrrelser, medikamentmisbruk, promiskuitet og selvskading. Andre har rettet oppmerksomheten mest mot mors tidlige, ikke uttrykte traumer ved tap av foreldre eller deres hengivenhet gjennom utstøting eller misbruk. *Bach* mener at MSBP-mødre i barndommen ble utsatt for en ”traumatisk desillusjonering”, og at sadomasochistiske objektrelasjoner oppstår som forsvar og forsøk på å reparerer traumatiske tap:

”Disse mødrenes budskap til eksperten (her: legen) blir dermed masochistisk preget. Mor søker med andre ord å revansjere tidlige traumer ved å oppnå kontroll over hjelperen (legen). Schreier og Libow påpeker at barnet gjennom dette blir dehumanisert og gjort til fetisjobjekt.”

Jeg betviler ikke at barn som er grovt mishandlet i oppveksten og som er oversett av hjelpeapparatet, kan komme til å utvikle sykkelig atferd med utsvevende seksualliv, seksuell sadistisk legning, tilfredsstillelse ved å bli mishandlet og ved å mishandle. Disse mødrene

er dobbelt psykisk skadet fordi det offentlige også sviktet dem, og bør ikke påføres et tredje overgrep ved en ”stedfortreder”-diagnose kalt MSBP.

Vi som har arbeidet ved fødeavdelinger, kjenner til mødre som er seksuelt misbrukt i oppveksten, uten at de ble dårligere mødre av den grunn. Det er heller slik at brent barn skyr ilden og trenger mer omsorg og tettere kontakt enn andre.

Det finnes overgrep som aldri oppdages og eksempler på hva skjult incest fører til av ødelagt selvtillit og redsel for overmakt. En gammel kvinne fortalte meg om langvarig seksuelt misbruk påført av hennes egen mor i barndommen. Hun fikk tidlig psykiske vansker, og allerede som barn ble hun medisinerert for ”nervelidelse”. Piken ble lærerinnens mobbeoffer under skolegangen og mistet all selvtillit og tillit til maktpersoner. Hennes liv var preget av et misbrukt barns dårlige samvittighet og skyldfølelse. Hun vegret seg for nærkontakt, forlot et rom dersom barn ble ammet, sa ofte hun hadde vært en dårlig mor. På sykehjemmet tok hun tilbake sin tapte barndom ved å regredere til småbarnestadiet: Krevde å bli tatt hånd om på alle måter, bli vasket og matet, ønsket bleier, foretrakk mannlig pleier og mente at ingen var glad i henne.

"POWERFUL FIGUR"

Moan beskriver morens møte med "powerful figur":

"By - proxy - konstellasjonen bringer mor i møte med en "powerful figur". Barnet blir adgangsbilletten til å kontrollere en statusperson. Disse mødrene fremstår tilsynelatende omsorgsfulle, men langt fra så opptatt av årsakene til barnets symptomer som av hjelperen."

Jeg betviler at dagens mødre har samme respekt for fagfolk og leger som for 50 år siden

Jeg betviler at dagens mødre har samme respekt for fagfolk og leger som for 50 år siden. Det er vanskelig å tenke seg en misbrukt mor på jakt etter en "powerful figur." Hun vil søke en trygg omsorgsperson som støtte, uten å føle seg ydmyket og misbrukt. Det ligger en fare i det å se på seg selv som en "powerful figur," det kan lett skape avstand og mistillit mellom fagpersonen og den hjelpesøkende.

EKSEMPEL PÅ FAGLIG UVITENHET

Gutt, 18 år, med en livstruende, allergisk reaksjons-

form blir vennlig rådet av en yngre lege til "å bestemme seg for ikke å være syk" ved å gjennomgå utredning og behandling som ikke er tilpasset lidelsen. Det skyldes mangel på kunnskap og muligens forutinntatthet; faktaopplysninger fra fagfolk, pasienten og hans mor nådde ikke frem. Legen sa til gutten at han burde flytte, underforstått at mors tilstedeværelse gjorde sønnen syk. Ifølge legen var det "visse likheter" med ham og hans bror. (Se neste eksempel.)

Ungdommen har en sjelden allergisk reaksjonsform der proteiner i visse matslag, pollen, gress og lukter fra gress og mat gir akutt anafylaktisk reaksjon med strupehevelser og blodtrykksfall.

Overlege Florvaag ved Haukland Sykehus har forsket på slike reaksjoner og sa bl.a. i et intervju i 2000 (3): "Hvert år dør det flere personer av anafylaksi i Norge. Nøyaktig hvor mange vet vi ikke fordi det mangler gode statistikker. Anafylaktiske reaksjoner forekommer uhyre sjeldent. Barn tåler slike reaksjoner mye bedre enn voksne. Med andre ord: Jo eldre man blir, desto farligere er de anafylaktiske reaksjonene. En fjerdedel av de som rammes av anafylaktiske reaksjoner får hevelser i de øvrige luftveiene (nese og svelg). De farligste reaksjonene ved anafylaktiske anfallet er luftveisreaksjonene. Disse er faktisk skyld i hele 70 prosent av alle dødsfallene."

I guttens kommune har man ikke hatt en innbygger med denne type lidelse tidligere. I slike tilfeller er det lett å bli utsatt for feilvurderinger og fordømmende holdninger fra miljøet. Kommunen undersøkte guttens assistansebehov ved hjelp av et utkrysingsskjema som var mer tilpasset tradisjonell pleietrengende med behov for hjelp til personlig hygiene, kle på seg og spise selv, enn assistanse ved livstruende reaksjonsform og stort miljøhandikap. Gutten gjorde kommunen oppmerksom på mangelen, men fikk ingen ny vurdering.

Gutten gjorde kommunen oppmerksom på mangelen, men fikk ingen ny vurdering

Det har vært episoder, der en forelder med forbindelser innen kommunen har satt ut usanne rykter blant leg og lærd, påberopt seg førstehånds kjennskap til familien og satt diagnosen MSbP på guttens mor og skaffet seg selv oppmerksomhet.

Jeg legger til at den eneste behandling ved anafylaktisk lidelse er et omfattende arbeid med å sørge for avstand til aktuelle allerge-

ner (de stoffer man ragerer på). I praksis viser det seg at forebyggende arbeid med inne- og utemiljø kan mistenkeliggjøres av uforstand og degraderes til overbeskyttelse, hysteri og ”skadelig omsorg”.

Med stadig økende tilfeller av allergier, samtidig som MSbP- mistanker rettes mot mødre til allergiske barn, er det grunn til å slå fast at allergi kan være et alvorlig handikap og ikke et ”luksusproblem”.

EKSEMPEL PÅ PASIENTSKADDELIG MSBP- MISTANKE

Gutt, 17 år, får oppkast og diare etter å ha fått i seg et ukjent, illesmakende stoff fra en nyåpnet brusflaske. Kraftig hodepine, alvorlig vekt- energi- og helsetap følger sammen med tydelige symptomer på sykdom. Ungdommen er stadig i kontakt med lege. Etter 7 måneders sykdom ønsker han vitamin- og mineraltilskudd, hans mor støtter opp om guttens tilstand. Legen som setter gutten på diett, mener det er unødvendig. Guttens mor betegnes som ”gal i hodet” og ”ønsker sønnene syke.”

Beskrivelser av guttens plager er nærmest fraværende i journalen. Fastlege forteller pasienten at tilfellet kan skyldes at mor lider av MSbP, oppfordrer pasienten til å begynne å leve, flytte fra hjemmet og ta utdanning, ”du kan gjerne reise til andre leger, men ingen kan hjelpe

deg.” Pasientens helsesvikt blir nedgradert og presentert i et skadelig lys som fører til forutinntatthet hos nye fagfolk. Besøk hos pasientombudet fører ikke frem: ”Vann som er rent i havet, kan man ikke gjøre noe med.”

Leger anser sykdommen til å være av psykisk natur, pasienten sendes til lokal og sentral psykiatrisk utredning. Tester ved psykosomatisk avdeling avslører intet galt, psykiateren ønsket ny innleggelse av pasienten sammen med en mistenkelig engasjert mor.

Gutten ble ikke opplyst om psykiske diagnoser og kliniske mistanker før han etterlyste kopier fra journalen to år etter og leser: ”Det kan dreie seg om en svært sammensatt og komplisert psykosomatisk lidelse”. Det er anført koder for to psykiske lidelser, klinisk mistenkes somatiseringslidelse (tolker normale symptomer som sykelige) eller tidlig schizofreni.

Gutten ønsker svar på hvordan man er kommet frem til mistanker/diagnoser. Hans mor etterlyser hvilke kriterier man bygger MSbP-mistanken på. Ingen påtar seg ansvar, og ingen svar blir gitt.

Ungdommen ble vurdert av allergolog i 2006, som var informert skriftlig og muntlig om ”tilfellet” av kommunen og deres leger. Allergologen holdt foredrag for pasienten om mødre som ødela for barna sine, men som oppførte seg så normalt

at selv legestudenter ikke oppdaget hvordan mødrene var. Pasienten ble ikke spurt om hvordan hans helseplager artet seg. Legen fremholdt for andre leger at han trodde dette var et tilfelle av MSbP. Til pasienten sa han at det ville være veldig galt å ikke vurderte MSbP når man ikke fant en diagnose etter mange års undersøkelser.

På samme tid fikk pasienten påvist betydelig beinskjørhet, 23 år gammel.

ET FUNGERENDE HJELPEAPPARAT?

Moan stiller spørsmålet:

”Hvorfor fungerer hjelpeapparatet dårlig i ”by-proxy” saker?

Det vil være forbundet med stor risiko og ubehag å trekke i tvil en mors framstilling av barnets problematikk. En skal ha både trygghet og legitimitet for å holde fast ved den faglige definisjonsmakten som behøves for å flytte problemfokus over fra barnet til moren. Alle som har vært involvert i denne type saker har erfart hvor arbeidsmessig og følelsesmessig krevende de er.

En rekke nye syndromer eks. ADHD, ADD og Aspergers syndrom, dysleksi og dyskalkuli utgjør ikke en klar og entydig kategori. Man antar at det er mye lettere for en mor med ”by-proxy”-problematikk å manipulere våre fagfolk enn i det medisinske/somatiske.”

Jeg har her gitt eksempler på misforståtte ”by proxy”-påstander innen det medisinsk/somatiske fagfelt og for fagfelt innen PPT. Skjult fysisk sykdom og funksjonshemninger ligger ofte til grunn når leger og hjelpeapparat overser et sykt barn og bruker mor ”som stedfortreder” for manglende diagnose og innsikt. I USA har MSbP-mødre alliert seg i (”M.A.-M.A.” Mothers Against Munchausen Syndrome by Proxy Allegations) (4).

”TILSYN MED HELSEVIRKSOMHET. KVALITETSKONTROLL ELLER HEKSEPROSESS?”

”Norsk forum for helserett” inviterte til møte i Oslo den 7. november 2006 (5) med denne overskrift som tema. Det var flere aktuelle emner som ble luftet på møtet:

Direktør i Statens helsetilsyn ønsker bedre ”meldekultur”, at helsepersonell skal varsle om kritikkverdige forhold. Når helseforetak ikke fungerer som det skal, skyldes det ofte dårlig og manglende ledelse, mangel på informasjon/internkontroll og at helseforetak/helsepersonell ikke lærer av andres feil i systemet. Tilliten til helsetjenesten skal fremmes. Direktøren vil ha endringer i sosialtjenesteloven.

En professor og overlege ved Ullevål universitetssykehus nevner arroganse koblet med faglig udyktighet, uheldige rammebetingelser for medi-

sinsk arbeid; alt skal gå fortere, alle pasienter skal gjennom sofistikerte utredninger, og alt skal dokumenteres.

Korte sitat fra et pasientombud på møtet: ”Pasientens fremstilling tillegges liten vekt. Høy terskel for å gi pasienten medhold. Konklusjonen er uklar. Helsetilsynene i fylkene er ulike i vurderinger og saksbehandlinger.” Ombudet mente at pasienter må få kommentere uttalelser, og fokus settes på et faktisk problemområde. Folk forventer grundighet av Helsetilsynet og å bli tatt på alvor. Pasienter frykter å ikke bli trodd, og at ”lege verner om lege”. Det er kritikkverdige og frustrerende for pasienten at i saker tillegges ofte helsepersonells ord størst vekt.

Over 40 % av pasientene som feilbehandles på norske sykehus får aldri vite om det

Den 26.02.07 var aviser og TV preget av nyheter fra Statens helsetilsyn (6):

”Over 40% av pasientene som feilbehandles på norske sykehus får aldri vite om det, viser tall fra helsetilsynet. Mange leger er redde for å

bli stemplet som udyktige hvis de innrømmer feil, mener legene selv.”

Et kjent tema er pasienter med stoffskiftelidelser, plassert i psykiatrisk sykehus og feilmedisinert over mange år før nye utredninger avslørte den faglig uforstand som var begått.

BARNEMISHANDLING KREVER POLITIETTERFORSKNING

Barnelegeforeningen har informasjon om hvilke kriterier man skal være på vakt over og hvordan man takler MSbP-mødre. Opplysningene er lagt ut på deres nettside (7).

”Fenomenet er ofte knyttet til psykiatrisk sykdom hos foreldre og kombinert med dysfunksjonelle familereasjoner.”

Nettsiden viser til at symptomene hos barnet er bl.a. uforklarlige, ekstraordinære eller forlengede sykdomsbilder mens vanlige funn er for eksempel forfalskning av urinfunn, forgiftning eller ”allergiske reaksjoner” samt høy mortalitet.

Barnelegeforeningen oppfordrer til tett behandlingsoppfølging og skjerpet overvåkning: Arbeid aldri alene, etabler fortløpende veiledning av erfaren overlege, etabler raskt et tverrfaglig team. Skjult videoovervåkning har vært benyttet i slike saker: Har juridiske og etiske implikasjoner som ikke er

avklart. I første omgang bør man ikke konfrontere foreldrene med selvmotsigende utsagn. Dette er etterforskning og dermed politiets/barnevernets oppgave.

Her snakker barnelegene om mødre som begår grove, straffbare handlinger mot barn, slik vi har sett eksempel på via TV- opptak fra sykehus i utlandet. Det burde være mulig i dag å bytte ut det forslitte begrepet MSbP med det riktige navnet: Barnemishandling.

MOANS KONKLUSJON OG PERSPEKTIV

”Konklusjonen er et stort behov for å utvide perspektivet på MSbP slik vi kjenner det fra det medisinske fagfeltet til også å omfatte det psykologiske og pedagogiske området.

I første omgang vil det være et spørsmål om innsikt og forståelse nok til å vekke mistanke. Det vil også være et spørsmål om det er innarbeidet praksis og kompetanse i tjenesten på å jobbe ut fra et perspektiv som inkluderer familiodynamikken og utviklingshistorien (anamnesen) til omsorgspersonen så vel som til barnet.”

Jeg minner om den økende mengde av psykiske lidelser hos nordmenn og asylanter med lange køer for behandling. Jeg kan vanskelig forstå at det er samfunnsnyttig å påføre familier en mistenkelig og omstridt MSbP-

påstand som fører til psykiske traumer.

Menn anklager kvinner for ”by proxy”- overgrep, uten å nevne eksempler på hvorfor enkelte menn mishandler barn, eller hvorfor andre menn misbruker barn på grunn av syk legning. En pedofils ønske om å tilfredsstille sitt behov med barn, driver ham til å bruke barn ”by proxy”, som stedfortreder for sitt seksuelle avvik.

Overgrep utført av menn omtales alltid som en politisak og ikke en påstand om MSbP.

Det er en økende og skjult voldsaktivitet mot små barn i norske hjem der både mor og far kan være overgripere: Dette er saker som hører inn under politiets arbeid.

MSBP OG OFFENTLIG SAKSBEHANDLING

Man kunne utvide MSbP-perspektivet til å gjelde enkeltmennesker i byråkratiet som markerer maktposisjon og prestisje, mens hjelpesøkende og deres reelle helsesituasjon holdes utenfor saksbehandlingen.

Det synes som om begrepet MSbP kan være et vikarierende tema i saker som gjelder for eksempel assistansebehov hos barn. Når kommunen i ankesak krever langvarig mentalutredning uten dokumenterbar nytte, samt medisinske utredninger som ikke er faglig forsvarlige og som høyeste ankein-

stans lar passere, gis det grunn til å stille spørsmål ved saksbehandling og de motiv som ligger bak. Slike spørsmål blir ikke besvart, selv om det bekreftes fra saksimpliserte at mor mistenkes for MSbP. Det er et syndrom som det offentlige ikke vil ta stilling til, fordi man mener dette er ”et medisinsk område.” Mistanken blir et ikke-eksisterende tema og synes tabubelagt av ankeinstanser.

Bytte ut det forslitte begrepet MSbP med det riktige navnet: Barnemisshandling

Professor Marianne Haslev Skånland ved universitetet i Bergen, betegner MSbP som svindel og destruktive aksjoner fra hjelpeapparatet i artikkel av 29.12.04, ”Fakta og forskning” (8).

KLAR TALE FRA FAGFOLK

Den pensjonerte professor, barnelege og allergolog Kjell Aas ble intervjuet i VG den 17.12.06 (9) om MSbP og uttalte bl.a.: *”Denne betegnelsen har aldri vært godkjent som diagnose i Norge og er svært omdiskutert. Det*

er mødremishandling av legene å bruke denne betegnelsen. Både medisinerne og pasienter ville være best tjent med at betegnelsen ble helt utryddet. Jeg har aldri sett noen tilfeller hvor mor eller andre har påført barn lidelse for selv å få oppmerksomhet fra helsevesenet.”

Rettsmedisiner Torleif Rognum sa i samme reportasje: ”Det er et lite presist begrep og gir et diffust bilde på noe som ikke er hovedpoenget. Hovedpoenget er om barn er påført skade eller ikke.”

KONKLUSJON

Uskyldige mødre og deres barn rammes av falske og ærekrenkende MSbP-mistanker i Norge. Slike saker får et mystifisert preg lokalt og hemmeligholdes for offentlig delaktighet til det beste for opphavsmenn, og til varig mistenksomhet og skade for mødre og barn.

MSbP finnes ikke i kodeverket ICD-10, men er et munnhell og ikke en medisinsk faglig fundert diagnose. Det er ”en selvoppfyllende diagnose,” der symptomer på det påståtte syndromet gjenspeiler en naturlig oppførsel hos mødre i de tilfeller der leger ikke klarer å finne en diagnose. Holder barnets mor fast ved påstanden om sykt

barn, selv etter MSbP-mistanker og forsøker å få hjelp hos andre leger, bekrefter hun syndromet, ifølge de kriterier som legges til grunn. Det legges til rette for en urovekkende feilmargin som kan skremme mødre med syke barn fra å oppsøke fagfolk av redsel for å bli stemplet som et MSbP-kasus.

PP-tjenesten bør være særlig bevisst på de psykiske og fysiske skadevirkninger det har for syke barn, om moren mistenkes for MSbP og barnets sykdom neglisjeres.

MSbP er en 30-år gammelt betegnelse som har avlet mer sykdom og lidelse enn vært til hjelp og bør derfor fjernes.

FOTNOTER:

1. Artikkelen ”Skadelig omsorg, by proxy-tilstander og PP-tjenesten” av Cand. Paed. Jan Kåre Moan Skolepsykologi nr. 4 – 2006 <http://www.skolepsykologer.no/Rettighet%209-18.pdf>
2. Artikkelen ”Gal mor eller gal diagnose” av Psykolog Søren Friis Smith, det danske tidsskriftet ” Psykolog Nyt,” nr.11, 2002 http://hjem.get2net.dk/sfsmith/artikler/gal_mor.htm
3. Intervju med overlege Florvaag ved Haukeland Sykehus, bladet ”Helsenytt for Alle” i 2000 <http://www.helsenytt.no/artikler/anafylaksi.htm>

4. ”M.A.M.A.” Mothers Against Munchausen Syndrome by Proxy Allegations. <http://www.msbp.com>
5. ”Norsk forum for helserett” inviterte til møte i Oslo den 7. november 2006. Tema: ”Tilsyn med helsevirksomhet. Kvalitetskontroll eller hekseprosess?”
6. 26.02.07 var aviser og TV preget av nyheter fra Statens helsetilsyn (6): ”Over 40% av pasientene som feilbehandles på norske sykehus får aldri vite om det,” <http://www1.vg.no/helse/artikkel.php?artid=169015>
7. Barnelegeforeningens info om MSbP Informasjon om hvilke kriterier man skal være på vakt over og hvordan man takler MSbP-mødre. <http://www.psykiatriveka.no/index.gan?id=17000&subid=0> Revidert og utvidet versjon 2007: Veileder i akutt pediatri, 2. utgave 2007. 12.7 Münchausen by Proxy (MBP), Pediatric condition falsification (PCF) http://www.legeforeningen.no/asset/31596/3/31596_3.doc
8. Artikkelen ”Fakta og forskning,” 29.12.04, av professor Marianne Haslev Skånland ved universitetet i Bergen http://www.barnasrett.no/Artikler/fakta_og_forskning_om_barnemishandling_1.htm
9. Artikkel i VG 17.12.06 om MSbP. Uttalelser fra den pensjonerte professor, barnelege og allergolog Kjell Aas og rettsmedisiner Torleif Rognum. <https://www.buyandread.com/mediaport/buy.htm?pub=156&date=20061212> (Det koster 12 kr å kjøpe en digital kopi av VG fra 17.12.06)

Mette Wright Larsen
Hornsbakken 2, 8372 Gravdal
Telefon 76 08 21 81
E-post: mettewrightlarsen@hotmail.com