

Wanneer een verdenking een vaststaand feit wordt

Kindermishandeling door Falsificatie, deskundigenbewijs en effectieve rechtsbescherming in kinderbeschermingszaken

C.M. Sent¹

Inleiding

"They presented a variety of difficulties that should have been solved clinically, but the exotic label entangled them in a destructive web with no apparent escape."
(Pankratz 2006)

In een uitspraak van de Rechtbank Limburg van 16 juni 2026, ECLI:NL:RBLIM:2026:6009, beslist de rechtbank dat een jongen van 15 in een pleeggezin moet blijven wonen en niet terug mag naar zijn ouders, broers en zus. De jongen, die kennelijk ooit ernstig ziek was, zou aldus de rechtbank onnodig lang klein zijn gehouden door zijn ouders omdat de behandeling eerder had kunnen worden gestopt. De exacte feiten volgen niet uit de uitspraak. Een vertrouwensarts heeft kennelijk Kindermishandeling door Falsificatie (hierna: KMdF) vastgesteld, op grond van welke feiten is niet duidelijk. De rechtbank neemt deze kwalificatie over en legt haar ten grondslag aan ingrijpende beslissingen. Volgens de rechtbank kan niet worden vastgesteld dat KMdF "op ondeugdelijke gronden" is vastgesteld en voert de conclusie van de vertrouwensarts vervolgens aan als bewijs. De rechtbank verwacht vervolgens dat de ouders erkennen dat sprake is geweest van KMdF. Doen zij dat niet, dan mag hun zoon niet terug naar huis en wordt evenmin gewerkt aan uitbreiding van de omgang. Twee broers en een zus wonen wel thuis en met hen lijkt niets aan de hand. De jongen wil bovendien niets liever dan terug naar zijn familie.

De vraag of het oordeel van de vertrouwensarts al dan niet op ondeugdelijke wijze tot stand is gekomen en het gevolg daarop, roept principiële vragen op die verder reiken dan deze concrete kinderbeschermingszaak. Hoe moet de civiele rechter omgaan met een ernstige medische of gedragswetenschappelijke kwalificatie wanneer die kwalificatie de grondslag vormt voor ingrijpende maatregelen, zonder dat de rechter de onderliggende feiten afzonderlijk vaststelt? Waarom wordt een aan Veilig Thuis verbonden vertrouwensarts als forensisch deskundige² ingezet en hoe verhoudt zich dat tot het recht op een eerlijk proces ex artikel 6 EVRM? Welke waarborgen bestaan er voor onafhankelijkheid en transparantie?

¹ C.M. Sent is advocaat jeugdrecht en gezondheidsrecht en behandelt meer dan een decennium zaken waarbij ouders verdacht worden van KmdF.

² Buiten de vraag of een vertrouwensarts als voldoende onafhankelijk en deskundig mag worden gezien, is het ook de vraag of de arts onder ede is geplaatst bij het afleggen van een verklaring zoals te doen gebruikelijk is bij forensisch deskundigen.

En beschikken ouders uiteindelijk nog over een effectief rechtsmiddel als bedoeld in artikel 13 EVRM?

De Nederlandse richtlijn KMdF beschrijft hoe de vertrouwensarts *“een vermoeden van KMdF”* vaststelt of verwierpt. Dat is een verstrekkende formulering. De richtlijn zegt niet slechts: *er bestaan zorgen, er zijn aanwijzingen of er bestaat een vermoeden van mogelijke schade*. Zij creëert een procedure waarin de vertrouwensarts uiteindelijk de kwalificatie KMdF bevestigt. Daarmee laat men de juridische beoordeling of sprake is van kindermishandeling feitelijk aan een vertrouwensarts over. Hoe zorgvuldig de richtlijn ook tot stand lijkt te zijn gekomen,³ dat kan binnen ons rechtssysteem waarbij de rechter de feiten vaststelt, niet een juist uitgangspunt zijn.

Een negatieve vaststelling is nog geen positief bewijs

Rechtbank Limburg volstaat er desondanks mee dat volgens haar niet kan worden vastgesteld dat de eerdere conclusie KMdF *“op ondeugdelijke gronden”* tot stand is gekomen en behandelt KMdF als een bewezen feit. Daarmee is de deskundigenconclusie niet langer slechts onderdeel van de bewijsconstructie, maar is zij verworpen tot zelfstandig bewijs. De vraag of KMdF daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, is vervangen door de vraag of voldoende is aangetoond dat de deskundige zich heeft vergist. Dat een hypothese niet overtuigend is weerlegd, bevestigt die hypothese echter nog niet. Nog minder bewijst dit dat ouders daadwerkelijk klachten hebben gefalsificeerd.

Uit de gepubliceerde uitspraak blijkt niet welke concrete gedragingen van de ouders als falsificatie zijn aangemerkt. Ook benoemt de rechtbank niet uit welke meerdere onafhankelijke bewijsmiddelen⁴ die falsificatie volgt. Bij maatregelen die diep ingrijpen in het door artikel 8 EVRM beschermde gezinsleven, behoren die stappen transparant en controleerbaar te zijn.

Bij KMdF is het onderscheid tussen feiten en de classificatie essentieel. Het woord *“falsificatie”* bevat al een feitelijke conclusie: informatie, symptomen of ziekteverschijnselen zouden daadwerkelijk zijn vervalst, overdreven of geïnduceerd. Relevante juridische vragen zijn; *Welke concrete symptomen heeft welke ouder gefalsificeerd of veroorzaakt, welke mededeling was feitelijk onjuist? Welk bewijs bestaat daarvoor? Wat wist de ouder op dat*

³ <https://richtlijnen database.nl/richtlijn/ kindermishandeling door falsificatie/startpagina - kindermishandeling door falsi.html> Een richtlijn is bovendien slechts een set aanbevelingen. Hier blijkt dat bij de totstandkoming van deze richtlijn geen juristen betrokken zijn geweest, noch strafrechtelijk noch gezondheidsrechtelijk gespecialiseerd.

⁴ Vgl. de vereisten van toetsbaarheid van de feitelijke grondslag en van alternatieve verklaringen. Een bewijsmiddel mag er bovendien niet uit bestaan dat achter de rug van ouders om bij behandelaars reeds de verdenking zou zijn gedeeld. Zie hiertoe EHRM Venema vs. Netherlands, EHRM 17 december 2002, nr. 35731/97 (Venema vs. Nederland)

moment en welke rol speelde de behandelaar? En welke alternatieve verklaringen zijn onderzocht en zijn deze gemotiveerd verworpen?

Van deskundigenoordeel naar feitelijke waarheid?

Deze problematiek is niet nieuw. Een relevante vergelijking biedt *R v LM* [2004] QCA 192, gewezen door het Queensland Court of Appeal op 4 juni 2004.⁵ Hoewel het een Australische strafzaak betreft, is de bewijsrechtelijke problematiek vergelijkbaar. Ook daar speelde het destijds als *Munchausen Syndrome by Proxy* (*hierna: MSbP*) aangeduide verwijt. Het hof maakt scherp onderscheid tussen enerzijds het gedrag dat moest worden bewezen en anderzijds het label MSbP dat aan dat gedrag werd gegeven. De essentiële vraag of de ouder daadwerkelijk symptomen had verzonnen of veroorzaakt, of handelingen had verricht waardoor het kind onnodige behandeling onderging, moest de feitenrechter zelf beantwoorden. Het label KMdF kan dat bewijs niet vervangen.

Een vertrouwensarts kan vaststellen dat het ziektebeloop ongebruikelijk is, verklaringen inconsistent lijken, klachten objectief niet bevestigd kunnen worden of onderzoek geen verwachte oorzaak heeft opgeleverd. Daaruit volgt echter niet automatisch dat een ouder heeft gefalsificeerd. De stap van "*onbegrepen medische presentatie*" naar "*falsificatie*" is geen gewone medische diagnose. Zij bevat oordelen over gedrag, causaliteit en waarheidsvinding. Wie deed wat? Welke mededeling was onwaar? Hoe staat vast dat zij onwaar was? Wat wist de ouder? Bestaat een alternatieve medische verklaring? Kan sprake zijn van een vergissing, interpretatieverschil of incomplete medische verslaglegging?⁶

De waarschuwing uit *R v LM* is daarmee nog actueel: een wellicht indrukwekkend label kan de indruk wekken dat een feit wetenschappelijk is vastgesteld, terwijl het label in werkelijkheid slechts de te bewijzen gedraging opnieuw benoemt. Morley waarschuwde al voor dit probleem.⁷ Het label MSbP vertelt op zichzelf niet wat er met het kind is gebeurd. Later formuleerden onder anderen Mart (2002), Roger (2003) en Pankratz (2006) vergelijkbare fundamentele kritiek op de wetenschappelijke en forensische status van het concept.

Verbetering na uithuisplaatsing: bewijs of observatie?

⁵ *R v LM* [2004] QCA 192, pars. 62-67; Pankratz 2010, Long & July 2008 e.a. verwijzen eveneens naar deze uitspraak om onderscheid te maken tussen het classificeren en het onderzoek naar de feiten.

⁶ KMdF is geen medische diagnose in de gebruikelijke nosologisch (leer van classificatie van ziekten) betekenis, maar een kwalificatie van een vorm van kindermishandeling op basis van een verondersteld patroon van handelen van een ouder/verzorger en de gevolgen daarvan voor/bij het kind. De huidige Nederlandse Richtlijn KMdF maakt dat onderscheid zelf ook duidelijk, hoewel op sommige plaatsen ongelukkigerwijs het woord 'diagnose' wordt gebruikt

⁷ Morley C.J. Practical concerns about the diagnosis of Munchausen syndrome by Proxy, *Archives of Disease in Childhood* 1995, pp. 528- 529

Een ander probleem betreft de betekenis die wordt toegekend aan de positieve ontwikkeling van het kind na de uithuisplaatsing. Dat een kind na een uithuisplaatsing beter functioneert, kan juridisch relevant zijn. Het zegt vooral iets over de actuele toestand van het kind en mogelijk over factoren in de nieuwe omgeving. Maar daaruit retrospectief afleiden: *het kind gaat nu beter, dus de ouders moeten voordien zijn ziekte of klachten hebben veroorzaakt of gefalsificeerd*, is een causale gevolgtrekking die niet zonder meer kan worden gemaakt.⁸

Na een uithuisplaatsing verandert immers veel tegelijkertijd: verblijfplaats, dagritme, opvoeders, medische benadering, school, sociale contacten, behandeling, verwachtingen en de wijze waarop met klachten wordt omgegaan, niet alleen door de ouders maar ook door de behandelaars. Zonder controle van deze overige factoren kan verbetering na scheiding niet zonder meer worden toegeschreven aan het verdwijnen van vermeend falsificerend gedrag door een ouder. De zogenoemde *separation test* kan een observatie opleveren, maar toont niet zelfstandig causaliteit aan.⁹

De vertrouwensarts als onafhankelijke deskundige?

Een vertrouwensarts van Veilig Thuis is niet zonder meer een onafhankelijke gerechtelijke deskundige wanneer juist de juistheid van een oordeel van diezelfde organisatie ter discussie staat. Deskundigheid en onafhankelijkheid zijn verschillende vereisten. Artikel 190 Rv e.v. verlangt onpartijdigheid van een gerechtelijk deskundige. Wanneer iemand uit dezelfde keten die mogelijk betrokken was bij de oorspronkelijke verdenking vervolgens als deskundige wordt gebruikt om die verdenking te bevestigen, dreigen onderzoek, bewijs en validatie uit één bron te komen. Dat levert spanning op met het beginsel van *equality of arms*, vooral wanneer de rechter doorslaggevend gewicht aan dat oordeel toekent zonder reële mogelijkheid van onafhankelijke contra-expertise.¹⁰

Een vertrouwensarts heeft expertise in het verzamelen en het maken van een eerste beoordeling van signalen van kindermishandeling. Dat is iets anders dan beschikken over een gevalideerde methode waarmee in een individueel geval causale falsificatie kan worden vastgesteld. De rechter moet daarom eerst vaststellen welke concrete feiten de vertrouwensarts heeft waargenomen. Daarna volgt de vraag welke gevolgtrekkingen daaruit kunnen worden gemaakt en welke specifieke deskundigheid daarvoor noodzakelijk

⁸ Pankratz 2010: Persistent problems with the separation test in Munchausen syndrome by proxy, *The Journal of Psychiatry & Law* 38/Fall 2010; Vgl. in dit verband ook dr. Morley 1995 (kinderarts) die o.a. stelt dat veel kinderziektes in de loop der tijd vanzelf overgaan.

⁹ Pankratz 2010: Persistent problems with the separation test in Munchausen syndrome by proxy, *The Journal of Psychiatry & Law* 38/Fall 2010.

¹⁰ Vgl. EHRM *Korošec v. Slovenia*, nr. 77212/12, 8 oktober 2015

is. Een arts kan de rechter informeren over medische gegevens. De uiteindelijke conclusie “*deze ouder heeft bewust klachten gefalsificeerd*” is echter niet enkel een medische diagnose. Zij bevat oordelen over gedrag, causaliteit, betrouwbaarheid, kennis en mogelijk intentie/opzet. Het label KMdF mag die vragen niet aan rechterlijke beoordeling en aan hoor en wederhoor onttrekken.

Artikel 6 EVRM en deskundigenbewijs

Wanneer de rechter zwaar leunt op een oordeel van een vertrouwensarts dat ouders feitelijk moeilijk kunnen bestrijden, ontstaan problemen met rechtsbescherming. Uit de rechtspraak van het EHRM volgt niet dat iedere deskundige die verbonden is aan een overheidsinstantie daardoor automatisch onvoldoende onafhankelijk is. De positie van de deskundige, diens institutionele verbondenheid, de invloed van het rapport op de uitkomst en de mogelijkheden voor effectieve tegenspraak kunnen gezamenlijk echter doorslaggevend zijn.

In EHRM *Korošec v. Slovenia*, nr. 77212/12, 8 oktober 2015, kende de nationale rechter groot gewicht toe aan deskundige commissies die institutioneel verbonden waren aan het bestuursorgaan, terwijl een verzoek om een onafhankelijke deskundige was afgewezen. Het EHRM beoordeelde dit vanuit het beginsel van *equality of arms*. De vraag is daarom of een vertrouwensarts die verbonden is aan de organisatie die ook de melding onderzocht, wel voldoende onafhankelijk kan optreden als forensisch deskundige. De Wmo 2015 geeft Veilig Thuis de wettelijke taak om na een melding te onderzoeken of sprake is van kindermishandeling en te beoordelen welke vervolgstappen nodig zijn.¹¹ Daaruit volgt niet dat één professional binnen Veilig Thuis bevoegd en bekwaam is om een medisch-forensisch betwiste causaliteitsvraag als deskundige¹² te beslechten.

Voor kinderbeschermingszaken biedt artikel 810a lid 2 Rv bovendien een specifieke waarborg. De Hoge Raad benadrukte in HR 12 april 2019, ECLI:NL:HR:2019:575, dat deze bepaling ouders in staat moet stellen een standpunt in een kinderbeschermingszaak gemotiveerd te weerspreken door middel van contra-expertise. Wanneer moet worden onderzocht of symptomen daadwerkelijk zijn gefalsificeerd, behoort de deskundige expertise te hebben op het terrein waarop de klachten en mogelijke alternatieve diagnoses liggen. De aangewezen contra-deskundige zou dan bovendien geen andere vertrouwensarts mogen zijn: Wanneer de kernvraag luidt of medische symptomen werkelijk zijn gefalsificeerd of dat daarvoor een alternatieve verklaring bestaat, ligt een onafhankelijk

¹¹ Wet maatschappelijke ondersteuning 2015: Wmo 2015.

¹² Daarbij verdient aandacht dat registratie als vertrouwensarts niet hetzelfde is als de registratie als onafhankelijk forensisch of gerechtelijk deskundige. Daar is bij een vertrouwensarts geen sprake van.

multidisciplinair medisch team met relevante specialisten en zo nodig forensisch-medische expertise meer voor de hand.¹³

De vertrouwensarts kan toelichten: *“Dit heb ik onderzocht, deze informatie heb ik ontvangen, dit heb ik met de ouders besproken en dit was mijn conclusie.”* Ook kan hij veronderstelde veiligheidsrisico's toelichten. Dat is iets anders dan optreden als onafhankelijke deskundige over de vraag of Veilig Thuis terecht KMdF heeft vastgesteld. Ook de onderzoeksopdracht verdient aandacht. Wanneer aan een tweede beoordelaar wordt gevraagd of “sprake is van KMdF”, ligt de hypothese al in de vraagstelling besloten, met het risico van beoordeling binnen dezelfde epistemologische context. Een neutrale onderzoeksvraag begint bij de feiten, medische gegevens en onderzoek naar mogelijke alternatieve verklaringen.

De kwaliteit van de deskundigenrapportage

In navolging van de Hoge Raad gelden ook in het civiele recht hoge eisen voor een deskundigenbericht, waarbij de vraag gesteld moet worden of wel gesproken kan worden van een deskundigenbericht.¹⁴ Volgens vaste rechtspraak benadrukt de Hoge Raad onder meer het belang van de onderzoeksmethode, de betrouwbaarheid daarvan, de betrouwbaarheid van de resultaten en de deskundigheid van de onderzoeker.¹⁵ Kan een *onafhankelijke derde uit het rapport reconstrueren hoe de deskundige vanuit de primaire feiten tot de conclusie KMdF is gekomen?* Daarvoor moet zichtbaar zijn welke feiten als uitgangspunt zijn genomen; welke feiten worden betwist; welke methoden of criteria zijn toegepast; welke alternatieve verklaringen zijn onderzocht; waarom die alternatieven zijn verworpen en welke onzekerheid aan de conclusie verbonden is. De enkele stelling dat KMdF “complex” is of een verwijzing naar uitgangspunten uit de niet juridische Richtlijn KMdF kunnen deze toets niet vervangen. Een oordeel gebaseerd op ‘gezag’ van een deskundige kan dat evenmin.

Erkenning als voorwaarde voor terugkeer

¹³ Long, William R. Ph D; Munchausen by Proxy/ Factitious Disorder By Proxy, A critical Assesment for Judges and Lawyers.

¹⁴ Volgens vaste rechtspraak van de Hoge Raad kan aan een deskundigenbericht slechts betekenis worden toegekend indien het voldoende gemotiveerd, inzichtelijk en controleerbaar is. Het deskundigenbericht dient met redenen te zijn omkleed en partijen moeten in staat zijn effectief commentaar te leveren op de gegevens, uitgangspunten en gevolgtrekkingen waarop het berust. Wanneer tegen de zienswijze van de deskundige concrete en voldoende gemotiveerde bezwaren worden ingebracht, dient de rechter deze bezwaren in zijn beoordeling te betrekken en kan hij niet volstaan met een beroep op het gezag van de deskundige. HR 9 december 2011, ECLI:NL:HR:2011:BT2921.

¹⁵ HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001: AB1205 . De Hoge Raad stelt daar voorop dat het schriftelijke deskundigenbericht “met redenen moet zijn omkleed”. Tegenwoordig volgt dat uit art. 198 lid 4 Rv. Het rapport moet dus niet alleen een conclusie bevatten: er moet voldoende duidelijk worden gemaakt waarop die conclusie berust. Art. 19 Rv bepaalt dat de rechter zijn oordeel ten nadele van een partij niet mag baseren op bescheiden of andere gegevens waarover die partij zich niet voldoende heeft kunnen uitlaten. Dat vloeit ook voort uit art. 6 EVRM. Dit brengt mee dat de desbetreffende partij de gelegenheid moet hebben gehad om effectief commentaar te leveren op een deskundigenbericht dat aan de rechterlijke beslissing ten grondslag wordt gelegd (vgl. EHRM 18 maart 1997, ECLI:NL:XX:1997:AD4449, NJ 1998/278, Mantovanelli/Frankrijk)

Misschien wel het meest problematische van de uitspraak is dat van ouders wordt verlangd dat zij KMdF erkennen voordat serieus aan terugplaatsing of uitbreiding van contact wordt gewerkt. Dat creëert een *catch-22*:¹⁶ Erkennen ouders dat zij hun kind ziek hebben gehouden of klachten hebben gefalsificeerd, dan bevestigt dat de hypothese. Ontkennen zij dit, dan wordt die ontkenning uitgelegd als gebrek aan probleeminzicht, onvoldoende reflectie, onvoldoende samenwerking of het “opzoeken van strijd”. Ontkenning wordt dan eveneens onderdeel van het bewijs. Voor ouders die menen niets te hebben gefalsificeerd en stellen naar beste eer en geweten de adviezen van artsen hebben opgevolgd, resteert dan nauwelijks nog een uitweg. Vasthouden aan hun standpunt verkleint het perspectief op gezinshereniging, “erkenning” verlangt dat zij een feit toegeven dat zij juist betwisten. Dat raakt rechtstreeks aan de procedurele waarborgen van artikel 6 EVRM en de onschuldpresumptie.

Artikel 8 EVRM: actuele beoordeling en gezinshereniging

Een uithuisplaatsing en beperking van ouder-kindcontact vormen een vergaande inmenging in het door artikel 8 EVRM beschermde gezinsleven. Zo’n maatregel moet niet alleen een wettelijke grondslag hebben, maar dient tevens te berusten op relevante en voldoende redenen, proportioneel zijn en tot stand gekomen in een besluitvormingsproces waarin ouders hun belangen daadwerkelijk kunnen beschermen.¹⁷

Een kinderbeschermingsmaatregel hoort bovendien in beginsel tijdelijk te zijn. Het EHRM heeft herhaaldelijk benadrukt dat gezinshereniging het uitgangspunt moet blijven. In *Strand Lobben and Others v. Norway* [GC], nr. 37283/13, 10 september 2019, en *Abdi Ibrahim v. Norway* [GC], nr. 15379/16, 10 december 2021, benadrukt het Hof dat maatregelen na uithuisplaatsing zoveel mogelijk verenigbaar moeten blijven met het uiteindelijke doel van hereniging. Zelfs een valide historische kwalificatie KMdF kan daarom niet onbeperkt als zelfstandige rechtvaardiging voor scheiding blijven functioneren. De feitenrechter moet steeds onderzoeken: *welk concreet en actueel risico maakt terugplaatsing, contactuitbreiding of een gefaseerde terugkeer nú onverantwoord?*

Ook het gegeven dat de andere kinderen thuis wonen zonder vergelijkbare problematiek sluit KMdF ten aanzien van één kind weliswaar niet uit, maar is wel relevant. Wanneer de beschuldiging mede berust op een vermeend afwijkende ziekteperceptie, pathologische overmedicalisering of een structurele behoefte van ouders om een kind als zieker te presenteren, ligt het voor de hand te onderzoeken waarom een vergelijkbaar patroon bij de andere kinderen ontbreekt. Uit de uitspraak blijkt daar niets over.

¹⁷ Vgl. in dit verband EHRM 17 december 2002, nr. 35731/97, **Venema vs. Nederland**, EHRM 17 december 2002, waarbij ook sprake was van een verdenking van Munchausen by Proxy en een daaropvolgende uithuisplaatsing.

Artikel 13 EVRM: bestaat werkelijk een effectief rechtsmiddel?

Daarmee komt ook artikel 13 EVRM, het recht op een effectief rechtsmiddel in beeld. Nederlandse ouders beschikken formeel over rechtsmiddelen: Zij kunnen zich tegen een kinderschermingsmaatregel verweren, hoger beroep instellen en contra-expertise verzoeken. De vraag is echter of deze rechtsmiddelen materieel wel effectief zijn wanneer de kwalificatie KMdF in opeenvolgende procedures als gegeven wordt overgenomen zonder dat de onderliggende feiten onafhankelijk toetsbaar zijn. Wanneer bovendien verzet tegen de beschuldiging als gebrek aan probleeminzicht wordt aangemerkt, mag er formeel hoger beroep bestaan, materieel wordt het bijna onmogelijk zich tegen de beschuldiging te verweren.

Een juridisch niemandsland

Zo ontstaat een juridisch niemandsland. Ouders worden geconfronteerd met een beschuldiging die feitelijk dicht tegen strafrechtelijk verwijtbaar handelen aanligt: zij zouden hun kind, zoals de rechtbank stelt, *"kleiner hebben gehouden"*. Tegelijkertijd vindt kennelijk geen strafrechtelijke vervolging plaats en speelt daarom gewaarborgde waarheidsvinding geen rol.¹⁸ Dat betekent niet dat de civiele kinderrechtster zulke feiten niet mag vaststellen. Maar ook de civiele rechter zal dan onderscheid moeten maken tussen het label KMdF en de concrete gedragingen en feiten waarop die kwalificatie berust.

In een strafprocedure is het ondenkbaar dat een enkele deskundigenconclusie de rechterlijke vaststelling vervangt dat iemand het onderliggende gedrag daadwerkelijk heeft verricht. Waarom zou dat in een kinderschermingsprocedure wezenlijk anders zijn?

Het bredere wetenschappelijke probleem

De uitspraak kan niet los worden gezien van de wetenschappelijke ontwikkeling rondom het concept. Sinds Meadow in 1977 de term *Münchhausen Syndrome by Proxy* introduceerde, zijn zowel terminologie als het concept diverse malen fundamenteel gewijzigd. Ook nu bestaat er geen wetenschappelijke consensus over het concept KMdF. Evenmin bestaan er wetenschappelijk gevalideerde diagnostische criteria.¹⁹ Diverse

¹⁸ Bijkomend probleem is dat Veilig Thuis niet aan waarheidsvinding doet en daartoe ook niet de bevoegdheden heeft, zoals een Openbaar Ministerie die wel heeft. Dat maakt dat extra gewicht moet worden toegekend aan de stellingen dat een classificatie niet door een aan Veilig Thuis gelieerde persoon zou mogen worden vastgesteld.

¹⁹ Meadow, 1977; Mart, 2002; Glaser, 2020; RCPCH, 2021. Ook de Richtlijn KMdF wijst hierop.

deskundigen wijzen al sinds 1995²⁰ op problemen rond het gebruik van het label en het gebrek aan specificiteit van gehanteerde kenmerken.²¹

Dat betekent niet dat ouders geen symptomen kunnen fabriceren of ziekte bij kinderen kunnen induceren. Dat gedrag bestaat en kan zeer ernstig zijn. Het bestaan daarvan bewijst echter niet dat iedere daarop gebaseerde diagnostische of classificerende methode wetenschappelijk valide en betrouwbaar is. Een belangrijk deel van de literatuur over KMdF bestaat uit casusbeschrijvingen en retrospectief onderzoek naar geselecteerde groepen. Zulke studies leveren beschrijvende informatie op, maar beantwoorden veel moeilijker de vraag hoe betrouwbaar ware- van vals-positieve verdenkingen kunnen worden onderscheiden. Casusbeschrijvingen vormen geen wetenschappelijke empirische basis voor cijfers en prognoses. Empirische en daarmee wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. En hoewel dat in de Richtlijn KMdF nota bene wordt onderkend, worden hier opmerkelijk genoeg geen gevolgen aan verbonden.

Wie uitsluitend reeds als KMdF geclassificeerde dossiers onderzoekt, kan niet vaststellen hoe vaak dezelfde kenmerken voorkomen bij kinderen en ouders bij wie géén falsificatie heeft plaatsgevonden. Daarvoor zijn controlegroepen, vooraf geoperationaliseerde diagnostische criteria en een onafhankelijke referentiestandaard noodzakelijk. Dergelijke gevalideerde criteria en standaarden ontbreken.²² In het grootste deel van de literatuur worden o.a. deze basale wetenschappelijke uitgangspunten genegeerd en worden onjuiste statistische gevolgen geschetst over o.a. mortaliteit en recidivegevaar.²³ Juist bij een uiterst zeldzaam verschijnsel,^{24,25} moet een zeer hoog risico op een vals-positieve classificatie onderdeel vormen van zowel de diagnostische - als juridische (forensische) beoordeling.

²⁰ Morley C.J. Practical concerns about the diagnosis of Munchausen syndrome by Proxy, *Archives of Disease in Childhood* 1995, pp. 528- 529

²¹ Diverse als diagnostische criteria aangevoerde 'rode vlaggen' missen o.a. specificiteit; de mate waarin zij onderscheidend zijn van gevallen waarbij geen sprake is van falsificatie. O.a. Mart (2002) analyseerde uitvoerig de wetenschappelijke forensische problemen. Ook Pankratz (2023) wees op blijvende problemen in een forensische context. Ook in de richtlijn wordt hier aandacht aan besteed.

²² Pankratz 2006 stelt dat na bijna dertig jaar klinische en juridische toepassing de definitie van MSBP controversieel blijft. Hij waarschuwt dat moeders/ouders met ongebruikelijke of problematische presentatie van de klachten van hun kinderen in juridische procedures terecht kunnen komen terwijl het probleem klinisch had moeten worden opgelost. Relevant is zijn kritiek dat deskundigen *warning signs* verwarren met *diagnostic signs* en retrospectieve onderzoeken gebruiken alsof deze diagnostische bewijskracht hebben. Ook bekritiseert hij het vervangen van MSBP door *Pediatric Condition Falsification*, omdat daardoor fouten en misverstanden onder hetzelfde concept kunnen vallen terwijl intentie juist een cruciale kwestie is. Reeds lange tijd wordt in zowel de wetenschappelijke als juridische literatuur gewaarschuwd dat MSBP/FII niet als een zelfstandige diagnose of als bewijs van het onderliggende gedrag mag worden gebruikt. Morley 1995; Fisher & Mitchell 1995; Baldwin 1996; Rand & Feldman 1999; Mart 1999; Mart 2002; Mart 2004; R v LM [2004] QCA 192, paras. 62, 66-68, 71 en 97; A County Council v A Mother [2005] EWHC 31 (Fam), paras. 175-178; Pankratz 2006; Pankratz 2010; Clements & Aiello 2023.

²³ Pankratz 2010, Separation Test, p. 310. Cijfers die uitsluitend gebaseerd zijn op retrospectieve onderzoeken en dus incidentbeschrijvingen, worden ten onrechte gepresenteerd als voorspellende statistiek. Zo presenteert Rosenberg een percentage van 20 % mortaliteit, uitsluitende gebaseerd op 2 kinderen (20%) van 10 die zijn overleden. Dergelijke percentages worden overgenomen in opvolgende literatuur zonder de kanttekening dat dit statistisch onjuist is.

²⁴ KMdF is nadrukkelijk geen medische diagnose, maar bestaat uit een samenstel van gedragingen.

²⁵ Er bestaan geen wetenschappelijk gevalideerde onderzoeken naar de *base rate* van KMdF, oftewel de mate waarin KMdF voorkomt. Vooralnog dient daarom aangenomen te worden dat sprake is van een uiterst zeldzaam fenomeen. Dat betekent eveneens dat de kans op een vals-positieve diagnose vele malen groter is dan de kans dat werkelijk sprake is van KMdF. Dat dwingt tot grote terughoudendheid bij het stellen dat sprake is van KMdF. o.a. Mart 2002; Pankratz 2006

De gevolgen van vals-positieven oftewel onterechte verdenkingen leiden tot grote schade voor zowel kinderen als hun ouders.²⁶

Uit de Limburgse uitspraak blijkt niet dat rechtbank of vertrouwensarts de mogelijkheid van een vals-positieve classificatie expliciet heeft overwogen of onderzocht. Evenmin blijkt welke onzekerheidsmarge aan de conclusie van de vertrouwensarts is verbonden, zoals dat wel een vereiste is voor een forensische deskundigenrapportage.

Wat had de rechtbank wél moeten doen?

Een rechterlijke beoordeling in een zaak waarin KMdF wordt gesteld, moet beginnen bij de feiten en niet bij het label.²⁷ Welke symptomen zouden zijn gefalsificeerd? Welke concrete mededelingen waren feitelijk onjuist? Op grond waarvan staat dat vast? Welke handeling zou ziekte hebben veroorzaakt of in standgehouden? Welke medische interventie zou zonder de vermeend onjuiste informatie niet hebben plaatsgevonden? Was de informatie afkomstig van de ouder zelf of betreft het een interpretatie van een behandelaar? Was dat een interpretatie destijds of inzicht achteraf, misschien mede ingegeven door het label?

Alternatieve verklaringen moeten serieus worden onderzocht. Dat ouders stellen naar beste weten voor hun zoon te hebben gezorgd, is zo'n alternatieve verklaring. De rechter moet die verklaring aan de feiten toetsen én, wanneer hij haar verworpt, uitleggen waarom. Daarbij moet hij onderscheid maken tussen het bewust onjuist presenteren van klachten, een verschil van inzicht over de ernst van reële klachten, een achteraf onjuiste medische overtuiging, door de aanvankelijk ernst van de ziekte, zorgen bij de ouders én daadwerkelijke falsificatie. Welke rol hebben de behandelaars gehad bij het vermeende 'klein houden'? Hebben zij vanuit hun autonome gezaghebbende rol als arts op enig moment aangedrongen op het staken of verminderen van behandeling? En heeft de rechtbank de rol van de behandelaar ook afgewogen tegen het gegeven dat als ouders zich verzet zouden hebben tegen voortzetting van de behandeling dat mogelijk als 'rode vlag' was opgevat?

Historische feiten zijn geen actueel risico

Zelfs wanneer aannemelijk zou zijn dat in het verleden daadwerkelijk falsificatie heeft plaatsgevonden, volgt daaruit niet automatisch dat een kind vele maanden of jaren later onder geen enkele voorwaarde naar huis kan terugkeren of zelfs niet samen met zijn ouders meer mag eten. Daarvoor is een afzonderlijke actuele beoordeling noodzakelijk. Wat is het

²⁶ Carrasco J. *False Accusations of Munchausen Syndrome by Proxy: A Mother's Experience of Persecution*, dissertation, Pacifica Graduate Institute, 2023; O.a. Pankratz 2006; Mart 2002 en Clements & Aiello (2023) beschrijven de ingrijpende gevolgen van onterechte of niet-bevestigde verdenkingen voor zowel het kind als het gezin. Dit hoge risico op iatrogene schade kan niet zonder meer genegeerd worden.

²⁷ Zie uitspraak Hof Australië: *R v LM* [2004] QCA 192, gewezen door het Queensland Court of Appeal op 4 juni 2004.

risico nu? Waaruit bestaat het? Kan hulpverlening, toezicht, medische regie of gefaseerde terugplaatsing dat risico beperken? Welke ontwikkeling hebben ouders en kind doorgemaakt? En welk gewicht krijgt de wens van het kind? Een eerder door de rechter feitelijk bewezen gedraging kan onderdeel zijn van die beoordeling. Zij mag de actuele beoordeling nooit vervangen.

Wat is het beste voor de minderjarige?

Uit de uitspraak wordt evenmin duidelijk welke belangenafweging de rechtbank heeft gemaakt m.b.t. de minderjarige. Er bestaat omvangrijke wetenschappelijke literatuur over de psychologische en emotionele gevolgen die langdurige scheiding van ouders voor kinderen kan hebben. Wanneer de rechtbank te veel artsbezoek of gebruik van hulpmiddelen die achteraf meer dan strikt noodzakelijk bleken, zwaarder laat wegen dan de hoogstwaarschijnlijk optredende schade als gevolg van langdurige scheiding van ouders, broers en zus, zal inzichtelijk moeten zijn op welk gevalideerd inzicht die afweging berust. Dat klemmt te meer wanneer de minderjarige zelf nadrukkelijk naar huis wil en er met zijn broers en zus nooit iets aan de hand was.

Conclusie

De uitspraak van Rechtbank Limburg, ECLI:NL:RBLIM:2026:6009, legt een fundamenteeler probleem bloot dan alleen de vraag of in deze concrete zaak KMdF terecht is aangenomen. Het probleem is de transformatie van een verdenking naar een feit zonder zelfstandige en controleerbare rechterlijke vaststelling van de onderliggende feiten en gedragingen. Wanneer een niet-onafhankelijke vertrouwensarts KMdF vaststelt, de rechter die conclusie vervolgens als bewijs hanteert en ouders daarna gebrek aan probleeminzicht verwijt omdat zij de kwalificatie betwisten en niet willen toegeven zich schuldig te hebben gemaakt aan kindermishandeling door Falsificatie, ontstaat een bewijsconstructie die nauwelijks nog te weerleggen is. Dat is uit het oogpunt van effectieve rechtsbescherming problematisch.

Degene die falsificatie stelt, behoort de concrete gedragingen waarop die conclusie berust inzichtelijk (verifieerbaar en falsificeerbaar) te maken. Ouders behoren niet te worden belast met de vrijwel onmogelijke taak juist dat label te ontkrachten. Een deskundigenlabel mag nooit het bewijs vervangen van de gedraging waarop dat label is gebaseerd. Dat uitgangspunt verdient des te meer gewicht wanneer de gevolgen niet beperkt blijven tot de classificatie op zich, maar ertoe leidt dat een kind langdurig niet met zijn familie mag samenleven. Hoe ernstiger de beschuldiging en hoe dieper de daaruit voortvloeiende maatregelen ingrijpen in het gezinsleven, des te hogere eisen worden gesteld aan feitelijke precisie, deskundigenbewijs en effectieve rechtsbescherming.