

# De (on)zin van screening op kindermishandeling

Maartje Schouten, Elise van de Putte

**Kindermishandeling is een omvangrijk probleem, dat huisartsen op huisartsenposten vaak niet herkennen. Vroegtijdige signalering is echter belangrijk en daarom heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2011 besloten om het gebruik van een signaleringsinstrument voor kindermishandeling op huisartsenposten verplicht te stellen. Ons onderzoek op huisartsenposten laat zien dat de diagnostische waarde van het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 voor kindermishandeling zeer beperkt is. Wanneer de uitkomst positief is voor een vermoeden van kindermishandeling, kan dit maar bij 8% van de gevallen worden bevestigd. Tevens mist het instrument gevallen van kindermishandeling; het spoort maar twee van de honderd kinderen op die mishandeld worden. Een melding bij Veilig Thuis (VT) beschouwt men als gouden standaard omdat die uitkomst voor zowel positief als negatief gescreenden voorhanden is. De klinische standaard voor het vaststellen van kindermishandeling is het multidisciplinaire overleg. Deze uitkomst kon alleen bij de positieven bepaald worden en was bij 22% positief. Het instrument SPUTOVAMO kan helpen artsen bewuster te maken van de mogelijkheid van kindermishandeling, maar is niet geschikt als diagnostisch instrument.**

## ONDERZOEK A

Het doel van dit onderzoek was het evalueren van de klinische uitkomsten van een handelingsprotocol kindermishandeling in combinatie met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.<sup>7,16</sup> Het handelingsprotocol kindermishandeling bestaat uit het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 en twee flowcharts voor huisartsen en triagisten. Dit onderzoek laat zien dat een signaleringsinstrument in combinatie met de meldcode zorgde voor consistente acties en zorg voor kinderen met een vermoeden van kindermishandeling. Bij dit onderzoek bevestigde het multidisciplinaire team 22% van de vermoedens van kindermishandeling.

## ONDERZOEK B

Dit onderzoek moest de diagnostische waarde van het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 voor kindermishandeling op de huisartsenpost bepalen.<sup>9</sup> Veilig Thuis voorzag in anonieme informatie over alle kinderen met een positieve uitkomst op de checklist en een steekproef van de kinderen met een negatieve uitkomst op de checklist. Op basis van dit onderzoek adviseren we om de checklist niet als diagnostisch instrument voor kindermishandeling te gebruiken, maar hoogstens als een manier om het bewustzijn op kindermishandeling bij artsen te vergroten.



Letselspecifieke diagnostische tests zijn geschikter om kindermishandeling op te sporen dan generieke instrumenten.

Foto: Margot Scheerder

## HERKENNEN VAN KINDERMISHANDELING

Kindermishandeling is het doen of laten van ouders, of anderen in een vergelijkbare relatie met een kind, dat een ernstige aantasting of bedreiging vormt voor de veiligheid en het welzijn van het kind.<sup>1</sup> In Nederland is de prevalentie van kindermishandeling 34 per 1000 kinderen.<sup>2</sup> Dat betekent dat ongeveer 118.000 kinderen jaarlijks slachtoffer zijn van mishandeling. Kindermishandeling heeft ernstige korte- en langetermijngevolgen. Vroegtijdige herkenning – en daarmee voorkoming van erger – is dus essentieel. Spoedeisendehulpafdelingen en huisartsenposten spelen een belangrijke rol bij het vroegtijdig opsporen van kindermishandeling.

In Nederland zijn medische professionals sinds 2011 verplicht om een signaleringsinstrument voor kindermishandeling te gebruiken op spoedeisendehulpafdelingen en huisartsenposten, in combinatie met een protocol.<sup>3,4</sup> De Inspectie voor Gezondheidszorg stelde het gebruik van dit instrument

verplicht nadat was gebleken dat medici kindermishandeling nog vaak missen. Het is onduidelijk of deze maatregelen van de IGZ ook hebben geleid tot betere herkenning van kindermishandeling.

Omdat het verplicht is om een signaleringsinstrument en protocol voor kindermishandeling te gebruiken, moeten artsen weten wat de diagnostische waarde is van deze instrumenten. Zijn de conclusies van deze instrumenten betrouwbaar, in termen van aan- of afwezigheid van een vermoeden van kindermishandeling? Eerder onderzoek op spoedeisende hulpafdelingen laat een matige betrouwbaarheid zien van signaleringsinstrumenten voor kindermishandeling.<sup>5,6</sup> Ons onderzoek richtte zich op het bepalen van de betrouwbaarheid van een signaleringsinstrument voor kindermishandeling dat huisartsenposten gebruiken. Tevens wilden we het bewustzijn van kindermishandeling vergroten en de herkenning ervan verbeteren. Verder zullen we aanbevelingen geven ten behoeve van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten.

### SIGNALERINGSINSTRUMENT SPUTOVAMO-R2

In twee onderzoeken hebben we het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 voor kindermishandeling (verder genoemd 'checklist') geïmplementeerd op vijf huisartsenposten in de regio Utrecht [kader]. De checklist bestaat uit vijf vragen. Bij een afwijkend antwoord op een vraag is er een vermoeden van kindermishandeling [figuur 1]. In een jaar tijd hebben de huisartsen voor alle kinderen die een van de vijf deelnemende huisartsenposten bezochten (n = 50.671) een checklist ingevuld. Bij 108 kinderen was sprake van een positieve checklist (0,2%). Bij onderzoek A hebben we daarna aan de hand van een multidisciplinair overleg bepaald of bij de kinderen met een vermoeden op de checklist, ook daadwerkelijk sprake was van kindermishandeling. Het multidisciplinaire team kon bij 24 van de 108 positieve checklists het vermoeden op kindermishandeling bevestigen (22%). Bij 36 kinderen (33%) stelde het team geen kindermishandeling vast. Van de overige kinderen met een positieve checklist was het vermoeden al verworpen of ontbrak informatie.

Bij onderzoek B hebben we aan de hand van een melding bij Veilig Thuis (VT) in tien maanden follow-up na het huisartsenpostbezoek bepaald of de uitkomsten op de checklist betrouwbaar zijn. We hebben ook gekeken naar een steekproef van kinderen met een negatieve uitkomst op de checklist. Van de 108 kinderen met een positieve uitkomst, konden we bij 9 het vermoeden op kindermishandeling bevestigen (8%). In de groep kinderen met een negatieve uitkomst bleek dat bij 1% van de kinderen wel sprake was van een melding bij Veilig Thuis – deze kinderen waren dus gemist met de checklist (n = 478). De prevalentie van kindermishandeling in dit onderzoek is 1%. De checklist spoort uiteindelijk maar 2% op van de kinderen bij wie sprake is van mishandeling, bevestigd door een melding bij Veilig Thuis.

### HEREVALUATIE VAN DE VERPLICHTE SCREENING

De matige validiteit van de checklist (onderzoek B) in com-



**Figuur 1**

De SPUTOVAMO-R2

binatie met de lage detectiegraad vraagt om een herevaluatie van de verplichte screening voor kindermishandeling op huisartsenposten.

Iedere zorgprofessional is verantwoordelijk voor en moet waken over een veilige omgeving voor kinderen om in op te groeien (IVRK). Het is lastig om kindermishandeling te herkennen in een medisch acute situatie, waarbij factoren als tijdsdruk, onbekende (medische) voorgeschiedenis en de angst voor een valse beschuldiging een rol spelen. Het (verplichte) signaleringsinstrument en protocol moeten artsen ondersteunen bij het correct en tijdig signaleren van kindermishandeling. Een belangrijke beperking van onderzoek naar kindermishandeling is dat een gouden standaard voor de diagnose kindermishandeling ontbreekt. In de twee onderzoeken hebben we gebruikgemaakt van verschillende referentietests (multidisciplinair overleg versus melding bij VT) en vonden we ook twee verschillende percentages correct positieve checklists. Dit verschil laat zien hoezeer de gekozen referentietest van invloed is op de uitkomst van het onderzoek. Het multidisciplinaire team was niet geblindeerd voor de uitkomst van de checklist, wat mogelijk heeft geleid tot een overschatting van het aantal kinderen met kindermishandeling. Voor de melding bij VT geldt dat in Nederland geen sprake is van meldplicht, maar van een meldrecht. De huisarts of andere zorgprofessional kan er daarom voor hebben gekozen om de zorg op te starten en de casus niet bij VT te melden. Dat leidt dus juist tot een on-

derschatting van het aantal kinderen bij wie kindermishandeling speelt. Ondanks de beperkingen van beide referentietests beschouwt de internationale literatuur een melding bij VT als een valide referentietest.<sup>7,8</sup>

We kunnen meerdere verklaringen geven voor de beperkte betrouwbaarheid van de checklist. Ten eerste is sprake van een lage prevalentie van kindermishandeling op huisartsenposten, wat resulteert in een lage voorafkans en een grotere kans op een hoge fout-positieve waarde.<sup>9</sup> De prevalentie in ons onderzoek (1%) is lager dan de prevalentie van kindermishandeling zoals vastgesteld in het meest recente prevalentieonderzoek (3,4%).<sup>2,10</sup> Ten tweede hebben we gebruikgemaakt van een brede uitkomstmaat, een definitie van kindermishandeling die alle vormen van kindermishandeling omvat. Het is lastig om een gevoelig instrument te ontwikkelen voor een diagnose die zo breed gedefinieerd is. Sittig et al. lieten zien dat het mogelijk is om een signaleringsinstrument te ontwikkelen voor de spoedeisende hulp dat geen enkel kind met mishandeling mist, wanneer men de veel smallere uitkomstmaat 'toegebracht letsel' gebruikt.<sup>6</sup> Ten derde omvat de brede definitie van kindermishandeling ook emotionele verwaarlozing.<sup>11</sup> Op de huisartsenpost, maar ook op de spoedeisendehulpafdeling, is het lastig om emotionele verwaarlozing vast te stellen. Omdat vaak informatie uit de voorgeschiedenis ontbreekt is het moeilijk om een herhaald patroon van verwaarlozing te herkennen. Als laatste spelen de belemmerende factoren bij de zorgprofessionals een rol, zoals de angst om vals te beschuldigen en om het gesprek aan te gaan.<sup>12</sup>

De betrouwbaarheid van een signaleringsinstrument lijkt het best vergroot te kunnen worden door instrumenten met smalle uitkomstmaten bij specifieke groepen te gebruiken waarin de prevalentie van toegebracht letsel groter is (letselspecifieke diagnostische instrumenten).<sup>13,14</sup>

## AANBEVELINGEN

Artsen kunnen de huidige signaleringsinstrumenten noch als diagnostische test, noch als signaleringsinstrument gebruiken, maar enkel en alleen om het bewustzijn op kindermishandeling te verhogen. In plaats van gesloten vragen zou de checklist uit open vragen kunnen bestaan, zodat deze niet de functie van diagnostische 'test' heeft, maar wel helpt bij het vergroten van het bewustzijn. Wij pleiten ervoor om artsen letselspecifieke diagnostische tests te laten gebruiken, bijvoorbeeld voor fracturen of brandwonden, in plaats van generieke instrumenten met een matige betrouwbaarheid en mogelijk misleidende uitkomsten. Tot slot is opleiding essentieel: het herkennen van signalen en weten hoe je die moet bespreken zouden tot de basisvaardigheden van alle zorgprofessionals moeten behoren.<sup>15</sup> ■

## LITERATUUR

1. Baartman H. Het begrip kindermishandeling: pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid. Augeo Foundation en Tijdschrift Kindermishandeling, 2009.
2. Alink L, Van IJzendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Vogels T, Euser S. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Kindermishandeling in

Nederland Anno 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2011.

3. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsindicatoren 2011 Basisset ziekenhuizen. Utrecht: IGZ, 2011.
4. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten onvoldoende alert op kindermishandeling. Inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2010.
5. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Ruige M, Van den Elzen AP, De Koning HJ, et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse Negl* 2014;38:1275-81.
6. Sittig JS, Uiterwaal CS, Moons KG, Russel IM, Nievelstein RA, Nieuwenhuis EE, et al. Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. *BMJ Open* 2016;6:e010788.
7. Schouten MC, Van Stel HF, Verheij TJ, Nieuwenhuis EE, Van de Putte EM. A screening protocol for child abuse at out-of-hours primary care locations: a descriptive study. *BMC Fam Pract* 2016;17:155.
8. Schouten MC, Van Stel HF, Verheij TJ, Houben ML, Russel IM, Nieuwenhuis EE, et al. The value of a checklist for child abuse in out-of-hours primary care: to screen or not to screen. *PlosOne* 2017 Jan 3;12:e0165641.
9. Davidson M. The interpretation of diagnostic test: a primer for physiotherapists. *Aust J Physiother* 2002;48:227-32.
10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
11. Advies en Meldpunt Kindermishandeling. AMK Overzicht 2013. Utrecht: Jeugdzorg Nederland, 2013.
12. Schols MW, De Ruiter C, Ory FG. How do public child health-care professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health* 2013;13:807.
13. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010;125:67-74.
14. Berger RP, Fromkin J, Herman B, Pierce MC, Saladino RA, Flom L, et al. Validation of the Pittsburgh Infant Brain Injury Score for abusive head trauma. *Pediatrics* 2016;138(1):e20153756.
15. Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde. Richtlijn signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Utrecht: Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde, 2016.
16. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijke geweld. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, 2014.

Schouten M, Van de Putte E. De [on]zin van screening op kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2018;61(1):30-4.  
Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC Utrecht, Algemene en sociale pediatrie, Utrecht: dr. M.C.M. Schouten, arts-onderzoeker; prof.dr. E.M. van de Putte, kinderarts sociale pediatrie  
Correspondentie: maartjeschouten@hotmail.com  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

# Gooi het mishandelde kind niet met het badwater weg

Mariëlle Dekker

Sinds het promotieonderzoek van Schouten wordt ten onrechte gepleit voor het afschaffen van SPUTOVAMO, de vragenlijst kindermishandeling. Door het gebruik van deze vragenlijst zouden te veel zorgmedewerkers kindermishandeling missen en ook te vaak ten onrechte vermoeden dat er van kindermishandeling sprake is. Alleen zijn niet de signaleringsvragen het probleem, maar vooral de manier waarop onderzoekers en artsen ze gebruiken.

SPUTOVAMO is nooit ontwikkeld als een medisch screeningsinstrument dat zou discrimineren tussen het al dan niet aanwezig zijn van de diagnose ‘kindermishandeling’ – die diagnose bestaat niet. ‘Kindermishandeling’ is een verzamelterm voor een breed scala aan gezinssituaties waarin de veiligheid en het welzijn van kinderen ernstig worden bedreigd. De vragenlijst is in 1997 ontwikkeld als onderdeel van een uitgebreide signaleringsprocedure en is bedoeld voor attendering en niet voor het vaststellen of uitsluiten van een diagnose. Schouten had dus beter kunnen onderzoeken of de 50.671 keer dat artsen in de regio Utrecht deze vragenlijst op hun computerscherm negatief afsloten, bewust de (on)mogelijkheid van kindermishandeling hebben overwogen. In plaats daarvan meet zij dat bij 1% van de kinderen bij wie een huisartsenpost géén kindermishandeling vermoedde, Veilig Thuis tot maar liefst tien maanden later tóch kindermishandeling heeft vastgesteld. Vervolgens concludeert zij dat deze

## SPUTOVAMO is bedoeld voor attendering en niet voor diagnostisering

kinderen gemist zouden zijn door het gebruik van de vragenlijst. Alsof vijf tamelijk basale medisch-anamnestiche vragen tijdens een eenmalig kort medisch consult in staat zouden zijn om alle vormen van kindermishandeling naar boven te halen, inclusief nog toekomstige kindermishandeling en inclusief al die tienduizenden gevallen van (emotionele) verwaarlozing zonder fysiek letsel.<sup>1</sup> Deze verwachting past niet bij de aard van het probleem kindermishandeling, de aard van de vragenlijst en de aard van het spoedeisende medische contactmoment. Vervolgens stelt Schouten dat 100 van de 109 kinderen ‘ten onrechte gesignaleerd’ zouden zijn, omdat slechts 9 kinderen gemeld werden bij Veilig Thuis. Ook hier zijn we met grote stappen te snel thuis. Allereerst omdat medische teams bij

veel meer kinderen (24 in plaats van 9) kindermishandeling hebben bevestigd, zónder dit altijd te melden bij Veilig Thuis – dat mag in een land zonder meldplicht. Vervolgens bleken nog eens 12 kinderen weliswaar niet op dit moment mishandeld, maar wel bekend bij jeugd(beschermings)organisaties. Zorgvuldig onderzoek bij opvallende letsels van eerder mishandelde kinderen of kinderen van wie bekend is dat zij *at risk* zijn voor kindermishandeling, is uiterst waardevol, gezien de grote kans op (re)victimisatie. Tot slot weten we uit ander onderzoek dat voor 60% van de met de vragenlijst gesignaleerde gezinnen hulp wordt opgestart voor gezinsproblemen die we wellicht (nog) geen kindermishandeling noemen, maar die wel degelijk een bedreiging vormen voor het welzijn van kinderen. Zo kan juist toekomstige kindermishandeling worden voorkomen.<sup>2</sup>

Grofweg durf ik te stellen dat bij meer dan vijftigduizend kindcontacten op huisartsenposten meer dan vijftig kinderen in zorgwekkende opvoedsituaties terecht worden opgemerkt en dat de situatie van tien tot twintig gesignaleerde kinderen ‘onbestemd’ blijft: kindermishandeling is niet aangetoond, maar ook niet ontkracht. Dat is een veelvoorkomend knelpunt in de aanpak van kindermishandeling in het algemeen en voor artsen in het bijzonder, waar Schouten mijns inziens te weinig aandacht aan besteedt. Enkele tientallen ouders vallen dan nog in de categorie ‘ten onrechte gesignaleerd’: dat is uiteraard te veel, maar op meer dan 50.000 kindcontacten allesbehalve een ‘hausse’ aan onterechte vermoedens, zoals de media beweerden. Bovendien is ‘ten onrechte gesignaleerd’ iets anders dan ‘vals beschuldigd’: professionele communicatie maakt hier hét verschil.

Terecht vragen artsen zich af of de prijs van vijftigduizend vragenlijsten invullen niet te hoog is voor wat het tientallen gezinnen oplevert of kost. Maar laten we niet vergeten waar we vandaan komen. Tot 2008 haalde een arts de vragenlijst kindermishandeling (SPUTOVAMO) pas uit de kast als hij of zij een niet-pluisgevoel kreeg. In een hele provincie als Friesland signaleerden de ziekenhuizen destijds slechts drie gevallen van kindermishandeling. Zorgvuldige dossierreconstructie



Foto: iStock

Denk niet dat het een alternatief is om de vragenlijst kindermishandeling pas in te vullen als een casus een onbestemd gevoel veroorzaakt.

van Wieldraaijer liet zien dat een veelvoud aan kinderen met voor artsen waarneembare signalen van kindermishandeling was gemist.<sup>3</sup> Het is daarom een zeer grove, doch niet ongefundeerde schatting dat artsen terecht tot driemaal zoveel kindermishandeling signaleren wanneer ze zich bij *iedere* acute medische zorgvraag van kinderen afvragen of kindermishandeling tot de mogelijkheden behoort.

## ‘Ten onrechte gesignaleerd’ is iets anders dan ‘vals beschuldigd’

Stop er dus mee om attenderende signaleringsvragen als een medisch screeningsinstrument te beschouwen. Maar stop er ook mee om vragen die als attenderend zijn bedoeld, onoplettend tienduizenden malen weg te klikken van het computerscherm. Denk niet dat het een alternatief is om de vragenlijst kindermishandeling pas in te vullen als een casus een onbestemd gevoel veroorzaakt: het verleden leert dat zo tientallen mishandelde kinderen per provincie worden gemist. Laten we andere werkwijzen ontwikkelen waarmee de attenderende waarde van de vragen beter tot zijn recht komt. En laten we tot

die tijd het mishandelde kind niet met het badwater weggooiën en systematisch en met aandacht een vragenlijst kindermishandeling gebruiken. Dan is er meer winst voor kinderen en minder nevenschade voor ouders dan velen door de mediaberichtgeving rondom het onderzoek van Schouten vrezén. ■

### LITERATUUR

1. Alink L, Van IJzendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Leiden Attachment Research Program, Algemene en Gezinspedagogiek, Centrum voor Gezinsstudies, Universiteit Leiden, TNO, 2011.
2. Sittig JS, Post ED, Russel IM, Van Dijk IA, Nieuwenhuis EE, Van de Putte EM. Evaluation of suspected child abuse at the ED; implementation of American Academy of Pediatrics guidelines in the Netherlands. *Am J Emerg Med* 2014;32:64-6.
3. Wieldraaijer F, De Vries TW. Weinig herkenning van kindermishandeling op de SEH. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:1-5.

Dekker M. Gooi het mishandelde kind niet met het badwater weg. *Huisarts Wet* 2018;61(1):35-6.  
Augeo Foundation, Driebergen-Rijsenburg: M. Dekker, algemeen directeur  
Correspondentie: marielle@augeo.nl  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

# Stop SPUTOVAMO nu!

Wim Verstappen

Sinds 2011 gebruiken artsen op huisartsenposten en spoedeisendehulpafdelingen SPUTOVAMO om kindermishandeling op te sporen. Veel huisartsen vinden het invullen van dit instrument maar een hinderlijke onderbreking van hun meestal drukke dienst. Met een lage positief voorspellende waarde lijkt het instrument ook nauwelijks een meerwaarde te hebben voor het ontdekken van kindermishandeling. We moeten stoppen met het invullen van SPUTOVAMO en alternatieve protocollen ontwikkelen.

Toen uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) was gebleken dat medewerkers binnen de spoedzorg kindermishandeling vaak missen, hebben huisartsenposten en ziekenhuizen het screeningsinstrument SPUTOVAMO moeten invoeren. Voor de huisartsenposten komt het erop neer dat het registratiesysteem bij alle kinderen tot 18 jaar zes vragen stelt om zo te achterhalen of er mogelijk sprake is van kindermishandeling. De vragen zijn al ingevuld, ervan uitgaande dat er geen kindermishandeling heeft plaatsgevonden. Waar het kind ook mee komt – oorspijn, koorts of een omgezwikte enkel – de huisarts kan het contact niet afsluiten zonder de SPUTOVAMO in te vullen.

In de praktijk kijk ik nauwelijks nog naar die vragen en vul ik alleen op het laatste *nee* in, om verder te gaan met de volgende patiënt. Ik ervaar het als een hinderlijke onderbreking van meestal drukke diensten en leg ook niet meer een verband met kindermishandeling. Ik begrijp wel dat veel huisartsen dit instrument alleen maar lastig vinden en niet begrijpen waarom het helpt bij de opsporing van kindermishandeling.

## GEEN VALIDE INSTRUMENT

In deze H&W bespreekt Maartje Schouten twee onderzoeken naar de waarde van het screeningsinstrument SPUTOVAMO. Ze geeft de huisartsen feitelijk gelijk. Met een positief voorspellende waarde van 0,2%, en bij de verkorte versie van 1,4%, is het duidelijk dat SPUTOVAMO geen meerwaarde heeft bij het ontdekken van kindermishandeling. Het laat zien dat bijna al deze meldingen fout-positief waren, dus dat er geen sprake was van kindermishandeling. SPUTOVAMO blijkt in beide versies geen valide instrument waarmee je kindermishandeling kunt opsporen. De vraag blijft waarom huisartsenposten zo haastig hebben gereageerd op de vraag van IGZ. Niemand ontkent dat het belangrijk is om kindermishandeling op te sporen, integendeel. Hoe onduidelijk de prevalentiecijfers van kindermishandeling ook zijn, het is duidelijk dat kindermishandeling meestal (te) laat wordt vastgesteld. Wie heeft bedacht dat huisartsen dit screeningsinstrument moeten gaan gebruiken heeft maar weinig geleerd van alle implementatieles-

sen. Bij het invoeren van vernieuwingen moet immers niet alleen gebruik worden gemaakt van wetenschappelijke kennis, maar ook van kennis uit het veld. Bij de ontwikkeling van een screeningsinstrument moet je natuurlijk ook kijken of het aan de tien criteria van Wilson en Jungner voor verantwoorde screening voldoet. Wanneer huisartsen betrokken zouden zijn geweest bij het tot stand komen van het screeningsinstrument zou, denk ik, geconcludeerd zijn dat zo'n instrument nooit voor alle kinderen bruikbaar is.

## BETERE ALTERNATIEVEN

Hoe nu verder? SPUTOVAMO heeft duidelijk geen meerwaarde. Zoals Maartje Schouten ook voorstelt moeten er ten eerste aparte protocollen komen voor specifieke klachten waarbij kindermishandeling vaker voorkomt, bijvoorbeeld blauwe plekken of kneuzingen zonder duidelijk verhaal. Ten tweede moeten huisartsen zich ervan bewust blijven dat kindermishandeling voorkomt, erover durven spreken en hun vaardigheden om dat te doen blijven ontwikkelen. De LESA Kindermishandeling biedt daarvoor concrete handvatten,<sup>1</sup> naast de door NHG/LHV/InEen ontwikkelde Toolkit kindermishandeling.<sup>2</sup> Verder zijn er huisartsambassadeurs in de regio's actief en biedt Augeo in samenwerking met LHV en NHG goede nascholingen aan.<sup>3</sup> Maar laten we in elk geval meteen stoppen met het invullen van SPUTOVAMO. Daar is het onderwerp te belangrijk voor. ■

## LITERATUUR

1. De Vries L, et al. LESA Kindermishandeling. Utrecht: NHG, 2016.
2. NHG, LHV, InEen. Toolkit Kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg. [www.lhv.nl/service/toolkit-aanpak-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-de-huisartsenzorg](http://www.lhv.nl/service/toolkit-aanpak-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-de-huisartsenzorg).
3. [www.augeo.nl](http://www.augeo.nl)

Verstappen W. Stop SPUTOVAMO nu! Huisarts Wet 2018;61(1):37.  
 Weert: dr. W. Verstappen, huisarts; medisch directeur ShoKo.  
 Correspondentie: [wimhjmverstappen@gmail.com](mailto:wimhjmverstappen@gmail.com)  
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.