

del zal immers bij start met 20 mg/kg lichaamsgewicht snel bescherming tegen insulten bieden.

LITERATUUR

- Grohmann R, Rütther E, Sassim N, Schmidt LG. Adverse effects of clozapine. *Psychopharmacology* 1989; 99 (suppl): S101-4.
- Schulte PFJ, Bakker B, Bogers JPAM, van Dijk D, Cohen D. 'Richtlijn voor het gebruik van clozapine' en 'Clozapine - Toelichting bij een richtlijn', Clozapine Pluswerkgroep, Castricum, 2013, www.Clozapinepluswerkgroep.nl
- Simpson G, Cooper T. Clozapine plasma-levels and convulsion. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 99-100.

AUTEURS

MARLIES WIGARD, psychiater, Yulius Geestelijke Gezondheid te Dordrecht.

ARTHUR VAN GOOL, psychiater en plaatsvervangend A-opleider, Yulius Academie, Yulius Geestelijke Gezondheid te Dordrecht.

P.F.J. (RAPHAEL) SCHULTE, psychiater en A-opleider, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

Correspondentieadres: Marlies Wigard, Yulius Geestelijke Gezondheid, Postbus 753, 3300 AT Dordrecht.

E-mail: m.wigard@yulius.nl

Reactie op 'Inschatten van agressie tijdens contacten met de ggz-crisisdienst met een checklist: een replicatiestudie'

Penterman e.a. (2009) vonden eerder dat met de 'Checklist Risico Crisisdienst' agressief gedrag van patiënten bij contact met de crisisdienst beter kan worden geschat. Ook een vervolgprijs (Penterman e.a. 2013) laat zien dat een visuele-analoge schaal van gevaar (van 0 tot 100) en gevaarlijke personen in de omgeving (ja of nee), bruikbare 'voorspellers' zijn met 92% correcte classificaties (eerder 91%). Het *Tijdschrift voor Psychiatrie* is te prijzen dat ruimte geboden wordt voor de rapportage van een replicatiestudie. Echter, in dit geval is opnieuw een predictiemodel neergezet dat helemaal geen voorspellende waarde heeft.

Want hoe goed is die 92% correcte classificaties? Een eerste antwoord kan zijn dat we in alle gevallen uitgaan van de grootste categorie. In deze studie werden 101 agressie-incidenten vastgelegd: 8,5% van 1185 crisisdienstcontacten. Dat geeft een ondergrens voor de beoordeling van de voorspellende waarde van het model: uitgaan van niet agressief gedrag geeft in 91,5% een correcte inschatting. Een tweede antwoord gaat ervan uit dat het model geen voorspellende waarde heeft: waargenomen en voorspelde indelingen zijn onafhankelijk. Voor deze berekening moeten we de classificatietabel weten, maar die informatie ontbreekt. Van de eerdere studie weten we wel dat een maximale sensitiviteit van 74% en specificiteit van 84% werd bereikt. Ook uit de 'praktijkvoorbeelden' die Penterman e.a. doorrekenen, blijkt dat de kans op agressie fiftyfifty is, zelfs bij een zeer hoge score op de visuele-analoge schaal (0,97) en gevaarlijke personen in de directe omgeving van de patiënt.

De crisisdienst kan dus in het algemeen verwachten dat agressief gedrag uitblijft en bij dreigend gevaar een muntje opgooien. De auteurs concluderen dat het vastleggen van agressieve incidenten en een wekelijks nabespreking goede hulpmiddelen lijken om de veiligheid van de medewerkers te vergroten, aangezien het aantal crisiscontacten waarvoor agressie werd gerapporteerd, is gedaald. Dat is een boeiende hypothese, maar geen conclusie die volgt uit deze replicatiestudie.

LITERATUUR

- Penterman EJM, Nijman HLI. Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 355-64.
- Penterman EJM, Nijman HLI, Saalmink K, Rasing S, van der Staak CPF. Inschatten van agressie tijdens contacten met de ggz-crisisdienst met een checklist: een replicatiestudie. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 93-100.

AUTEUR

ANDRÉ I. WIERDSMA, socioloog/methodoloog, O3 Mental Health Care Research Center, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. André I. Wierdsma, O3 Mental Health Care Research Center, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assessing aggressive behaviour at the psychiatric emergency service with a checklist: a replication study'

ANTWOORD aan Wierdsma

Volgens Wierdsma kunnen medewerkers van een crisisdienst 'in het algemeen verwachten dat agressief gedrag uitblijft en bij dreigend gevaar een muntje opgooien'. Medewerkers van de crisisdienst Uden/Veghel prefereren om hun inschattingen van agressierisico's aan de hand van een checklist te structureren boven het gooien met een muntstuk. Het gaat bij de uitkomsten wel of geen agressie namelijk niet om gelijkwaardige uitkomsten, waarbij het je om het even is wat er gebeurt, zoals het gooien van kop of munt. Je wilt voorkomen dat crisisdienstmedewerkers onvoorbereid in een gevaarlijke situatie terechtkomen, omdat de gevolgen van een agressief incident groot kunnen zijn.

In een klassiek artikel formuleerden Wilson en Jungner (1968) tien principes waaraan routinematig screenen op ongewenste uitkomsten en risico's moet voldoen om zinvol te zijn. Zo moet (1) de ongewenste uitkomst ernstige gevolgen hebben; (2) moeten er mogelijkheden zijn om maatregelen te treffen die de ongewenste uitkomst of de gevolgen ervan kunnen verminderen; en (3) de screening moet wat betreft investering (van tijd en geld, mogelijke 'bijwerkingen' etc.) uitvoerbaar zijn en in verhouding staan tot de eventuele schade die de ongewenste uitkomst kan hebben.

Volgens ons wordt er bij de werkwijze die binnen onze crisisdienst is ontwikkeld aan deze principes voldaan. De gevolgen van een agressief incident kunnen groot zijn, er zijn maatregelen te nemen die de kans erop, dan wel de gevolgen ervan, kunnen verminderen en de screening vergt een geringe investering. Het volgen van de aanbeveling van Wierdsma leidt ertoe dat crisisdienstmedewerkers alleen en onvoorbereid ook situaties zullen ingaan waarin in meer dan één op de twee gevallen sprake is van agressie. Dit terwijl er mogelijkheden zijn om het eventuele gevaar te verminderen, zoals een collega meenemen, de patiënt op een andere locatie spreken of politieassistentie achter de hand houden.

Bij alle fenomenen met een lage frequentie (base rate) gaat de stelling op dat voorspellen dat ze helemaal niet zullen optreden getalsmatig tot een mooie overall 'voorspellende' waarde leidt. Je zit percentueel behoorlijk goed als je voorspelt dat van een steekproef van 100 personen niemand een bepaalde zeldzame, maar ernstige, ziekte zal krijgen of niemand door een levensdelict zal overlijden. De consequenties van deze laagfrequente incidenten zijn echter dermate ernstig dat het in het algemeen niet acceptabel wordt geacht om variabelen of risicotaxatiemethoden die statistisch significant samenhangen met een verhoogde kans op dergelijke uitkomsten, niet te gebruiken.

Het verplichte gebruik van bepaalde (risicotaxatie-)instrumenten in de tbs-sector is hiervan een goed voorbeeld. Vanwege de ernstige consequenties die een ongewenste uitkomst voor slachtoffers heeft, neemt men bij een nog bestaand verhoogd risico vaak het zekere voor het onzekere met als gevolg dat er zonder twijfel talrijke 'fout-positieven' lang in tbs-behandeling blijven terwijl ze niet zouden recidiveren.

Bij de door ons gepresenteerde praktijkvoorbeelden lopen de kansen op agressie volgens het model van 3 tot 54%. Het gaat dus om substantiële verschillen. Wij gaven deze voorbeelden overigens juist met de bedoeling om hulpverleners te waarschuwen om de voorspellende waarde ook bij extreem hoge risico-inschattingen niet te over-

schatten omdat 'er zelfs dan nog bijna 50% kans op een 'vals alarm' is' en 'ook bij hoge inschattingen op agressierisico's is de kans op vals alarm aanzienlijk' (p. 97).

Wierdsma herhaalt in zijn reactie conclusies en beperkingen van ons onderzoek die wij zelf in de discussie noemden. Zo bediscussieerden wij ruim zijn opmerking dat de daling van het aantal crisiscontacten met agressieproblematiek bij de gebruikte onderzoeksmethode slechts in hypothetische zin toe te schrijven is aan de werkwijze in Veghel/Uden. Wij gaven diverse alternatieve verklaringen voor de daling, bijvoorbeeld dat de medewerkers mogelijk na verloop van tijd geen zin meer hebben om agressierapportageformulieren te blijven invullen.

De kritiek van Wierdsma op uitkomsten van regressieanalyses waarbij men tracht vrij laagfrequente voorvallen die ernstige consequenties kunnen hebben te voorspellen, blijkt voor veel wetenschappelijke artikelen op te gaan. Dat Wierdsma zijn kritiek op ons artikel in een reactie aan het Tijdschrift voor Psychiatrie heeft verwoord, maakt discussie mogelijk. Óf, en in welke gevallen, kunnen uitkomsten van regressieanalyses voor de praktijk zinvol zijn? De uitkomsten die men met een logistische regressieanalyse probeert te voorspellen hebben vaak wat betreft de ongewenstheid van de uitkomsten verschillende 'gewichten', zoals bij agressie of geen agressie naar onze mening het geval is. In statistische termen uitgedrukt, zal men bij sommige uitkomsten liever vaker op een 'vals alarm' hebben geanticipeerd dan op een onverwachte 'hit' te worden getraakteerd. Men kan hier een parallel trekken met het op grote schaal geven van vaccinaties voor heden ten dage uiterst zeldzame, maar ernstige, ziekten.

LITERATUUR

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health papers 34. Genève: World Health Organization; 1968. pp. 26-7.

AUTEURS

HENK NIJMAN, senior onderzoeker, Altrecht te Utrecht, divisie Aventurijn, en bijzonder hoogleraar Forensische Psychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen, en lid van het Behavioural Science Institute.

BERRY PENTERMAN, psychiater en stagebegeleider sociale psychiatrie, GGZ Oost Brabant, regio Uden/Veghel.

CEES P.F. VAN DER STAAK, emeritus hoogleraar Klinische Psychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentieadres: Berry Penterman, GGZ Oost Brabant, Postbus 189, 5460 AD Veghel.

E-mail: ejm.penterman@ggzooostbrabant.nl

Reactie op 'Chronischevermoeidheidssyndroom; sluiting van de CVS-referentiecentra in België: quo vadis?'

Van Den Eede en Moorkens (2013) suggereerden dat het stellen van de diagnose chronischevermoeidheidssyndroom (CVS) op basis van de vermoeidheid-plus-criteria van Fukuda e.a. de voorkeur verdient. Ook stellen zij dat cognitieve gedragstherapie (CGT) en progressieve conditietraining (GET) onderbouwde behandelingsmethoden zijn voor CVS, met bewezen klinisch effect. Een verminderde werking van de hypothalamushypofyse-bijnieras (HPA-as), veroorzaakt door een ontregeling van het stresssysteem, kenmerkt volgens hen de gemeenschappelijke pathogenetische eindroute van CVS. Tevens impliceren zij dat de CVS-referentiecentra in België gesloten werden uit budgettaire overwegingen. Ik zet vraagtekens bij de juistheid van die stellingnamen.

De CVS-diagnosecriteria definiëren een heterogene populatie patiënten met chronische vermoeidheid. Dit vormt niet alleen een belemmering voor eenduidige wetenschappelijke conclusies, maar staat ook een effectieve behandeling in de weg. Daarom pleitten Carruthers e.a. (2011) voor onderscheid tussen myalgische encefalomyelitis (ME) en 'CVS'. Specifieke cognitieve afwijkingen en langdurige verergering van klachten, zoals pijn en spierzwakte, na een minimale inspanning (post-