

Diagnostische classificatie en codering in de psychiatrie

door R. Giel en F. Bogaarts

Inleiding

De GGD wordt door de overburen gebeld over een alleenwonende 38-jarige man, die volkomen verkommerd en vervuild in bed is aangetroffen. Hij heeft zichzelf bevuild omdat hij al bevend en wankelend het toilet niet meer kon halen. Overal staan en liggen drankflessen. Hij blijkt zeer angstig te zijn en is druk in de weer om vogeltjes van zijn dekens weg te slaan. Ook hoort hij mannen die hem uitschelden, zonder dat hij ertussen kan komen.

De GGD vraagt opname voor hem aan, onder de verdenking van een delirium tremens. In de kliniek klaart de man al snel op. Hij is een eenzame figuur, die vrijwel geen sociale contacten heeft en tot nu toe ongehuwd is gebleven. Hij heeft velerlei banen achter de rug, waarschijnlijk door zijn onvermogen zich ergens te binden. Het laatst was hij via een uitzendbureau als electricien werkzaam. Hij kreeg een vaste baan aangeboden omdat men zijn ijver en nauwkeurige werkwijze zeer op prijs stelde. Toen patiënt twee jaar oud was kwam zijn vader te overlijden. Hij is altijd een moederskindje geweest. Maar sinds het haar duidelijk is dat hij aan de drank is – hij drinkt al 15 jaar maar heeft het de laatste paar jaar niet meer voor haar kunnen verbergen – heeft zij hem verstoten. Patiënt raakt in tranen wanneer hij over zijn relatie met z'n moeder vertelt. Aanvankelijk lijkt patiënt wel te voelen voor een langere behandeling van zijn alcoholverslaving in een daartoe gespecialiseerde kliniek. Maar naarmate hij zich lichamelijk beter gaat voelen sluit hij zich emotioneel verder af en verschuilt hij zich achter een pantser van vriendelijke onderdanigheid. Na een week opgenomen geweest te zijn, besluit hij naar huis te vertrekken, met een vage afspraak met de A.A.

Voor de ervaren psychiater is het verloop van de hierboven geschetste opname geen verrassing. Hij had kunnen voorspellen dat

het delirium met behulp van voldoende vocht, voedsel, librium en vitamine B in enkele dagen voorbij zou trekken; ook dat de man onder invloed van de angsten die hij doormaakte en in het besef van zijn ellendige toestand, aanvankelijk open zou staan voor de mogelijkheid van een verdere behandeling; en tenslotte dat met de terugkeer van zijn levenskrachten, de kans op een terugvallen op oude en vertrouwde afweerpatronen groot zou zijn. De psychiater zou deze voorspellingen hebben kunnen doen op grond van de vergelijking van een aantal kenmerken van het probleem van de man met de kenmerken van soortgelijke patiënten in zijn praktijk en met gegevens uit de vakliteratuur.

Zijn voorspellingen en zijn daaruit voortvloeiende handelingen die gericht zouden zijn op het bevorderen van de kans op een bepaalde uitkomst – de meest of soms juist de minst verwachte –, dankt de psychiater aan zijn vermogen om de op zichzelf unieke geschiedenis van de man te reduceren tot een meer of minder nauw omschreven klasse van problemen. Vervolgens, wanneer hij deze 'diagnostische classificatie' van het probleem achter de rug heeft en een idee heeft gekregen van de waarschijnlijke afloop (de prognose), selecteert hij een meer of minder nauw omschreven klasse van ingrepen. Tenslotte keert hij terug naar de unieke situatie van zijn patiënt om de geselecteerde ingrepen in een aan die unieke situatie aangepaste vorm toe te passen. Daarmee is dan de cirkel van medisch-wetenschappelijk verantwoord, geneeskundig handelen rond.

Diagnostische classificatie en formulering

In deze cirkelgang worden dus allereerst zeer individuele verschijnselen vertaald in groepsverschijnselen. Op die manier is het mogelijk om:

1. de kenmerken te ontdekken die zieke mensen met elkaar delen en die statistisch gekoppeld kunnen worden aan eventuele etiologische factoren;
2. de meest waarschijnlijke afloop van hun ziekte te voorspellen; en
3. een therapeutische interventie te selecteren, waarvan het effect met zoveel mogelijk zekerheid kan worden voorspeld.

Deze vertaling van individuele in groepsverschijnselen is wat we de 'diagnostische classificatie' van iemands ziekte kunnen noemen. De voorwaarden voor een goede classificatie zijn:

1. een nauwkeurig omschreven doelstelling: in ons geval het opsporen van ziekte-eenheden, hun etiologische factoren en hun beloop;
2. een duidelijke omschrijving van elke klasse;
3. criteria voor het indelen van zieke personen of hun verschijnselen bij een bepaalde klasse, en eventueel criteria voor hun uitsluiting; en tenslotte
4. een rangorde van klassen voor het geval een zieke of zijn verschijnselen toch bij meerdere klassen is in te delen.

Wanneer dit deel van de cirkelgang, de reductie van een indivi-

duel complex van verschijnselen tot een diagnostische klasse, is voltooid, scheiden zich de wegen van enerzijds de onderzoeker, de statisticus of de planner en anderzijds de klinicus. De eersten hebben voldoende aan een code-nummer voor het bestuderen van groepsverschijnselen en voor het produceren van resultaten waarop de klinicus later een betere behandeling kan baseren.

De klinicus moet na deze reductie en de selectie van een therapeutische interventie weer terug naar zijn unieke patiënt, wiens persoonlijke geaardheid en omstandigheden hij heeft samengevat in een 'diagnostische formulering'. De formulering of samenvatting beschrijft kort en bondig het individu. De reden van zijn contact met de gezondheidszorg, de verwijzer, een korte karakteristiek van de patiënt in zijn normale doen, de identificatie van de sleutelfiguren in zijn gezins- of ander systeem, de diagnostische classificatie, het complex van lichamelijke, psychodynamische en sociale etiologische factoren en het onderzoeks- en behandelingsprogramma zullen in de 'diagnostische formulering' thuishoren.

De resultaten van de onderzoeker hangen af van de kracht van zijn classificatie-systeem en van de nauwkeurige toepassing ervan door de klinicus. Helaas bestaat er al geen overeenstemming over de hantering van het ziektemodel, laat staan over een 'diagnostische classificatie' binnen dit model. Toch zijn we in Nederland al een aantal jaren bezig met de toepassing van een classificatie-systeem in het kader van het Centrale Patiëntenregister Psychiatrische Instellingen, dat door de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid te Leidschendam, in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad, wordt bijgehouden. Het gaat om de Internationale Classificatie van Ziekten van de Wereldgezondheidsorganisatie. De rest van dit artikel gaat over een aantal problemen bij de toepassing.

De negende herziening van de 'International Classification of Diseases'

De Wereldgezondheidsorganisatie houdt zich al tientallen jaren met de classificatie volgens het ziektemodel bezig. Daarmee zet zij het werk van de Volkenbond voort, dat op zich weer werd voorafgegaan door dat van groepen Westeuropese epidemiologen. Tot 1974 was het classificatie-systeem niet veel anders dan een lijst van namen waarover internationaal slechts een beperkte mate van overeenstemming kon bestaan omdat de namen géén omschreven inhoud dekten. In 1974 verscheen de eerste toelichting (Glossary), in de vorm van een los boekwerkje behorend bij de achtste herziening van de 'International Classification of Diseases'. In 1977 kwam de negende herziening, ditmaal met de toelichting ondergebracht in de eigenlijke tekst van de I.C.D. (Section 5) voor de psychische stoornissen. Sectie V heeft, in deze negende herziening, zowel wat betreft zijn indeling in klassen als zijn toelichting enkele belangrijke wijzigingen ondergaan. De allerbelangrijkste is misschien wel dat er ook problemen kunnen worden geïdentificeerd die aanleiding geven tot een contact met de geestelijke ge-

zondheidszorg, zonder dat de hulpverlener er een traditionele psychiatische diagnose op van toepassing acht. Hiertoe dienen:

308 : acute reactions to stress

309 : adjustment reaction

311 : depressive disorder, not elsewhere classified

312 : disturbance of conduct not elsewhere classified.

En in de bijlagen:

Sectie V Supplementary classification of factors influencing health status and contact with health services, zoals woon- en werkproblemen.

Dan zijn er speciale kinderpsychiatrische klassen ontwikkeld:

299 : psychoses with origin specific to childhood

313 : disturbance of emotions specific to childhood and adolescence

314 : hyperkinetic syndrome of childhood

315 : specific delays in development.

Andere wijzigingen zijn de vereenvoudiging van de klassen voor misbruik van drugs zonder verslaving en voor psychosomatische aandoeningen.

Toch zijn hiermee alle problemen bij de 'diagnostische classificatie' nog lang niet de wereld uit. De casuïstiek aan het begin van dit artikel kan dit illustreren. Wanneer het classificatie-systeem maar één keuze toelaat, welke klasse moeten we dan kiezen:

291.0 : delirium tremens;

303 : alcohol dependence syndrome; of

301.9 : personality disorder, unspecified.

Als alle drie de klassen gebruikt kunnen worden, is de volgorde belangrijk omdat in een wetenschappelijke analyse misschien alleen de eerste gebruikt kan worden. De keuze hangt af van de doelstelling.

In het volgende zullen enkele problemen worden besproken zoals deze zich voordoen in het kader van het Centrale Patiëntenregister voor Psychiatische Instituten.

Problemen bij de diagnostische classificatie

De diagnostische classificatie met behulp van de I.C.D. bestaat natuurlijk uit twee stappen. De eerste is het uitschrijven van de diagnose in duidelijke en algemeen gebruikte termen en de tweede het zoeken van de juiste ICD-klasse bij deze bewoordingen. De tweede stap lijkt simpel, vooral wanneer in de eerste stap de 'taal' van de I.C.D. wordt gebruikt. Toch zal verderop blijken dat er nog allerlei afspraken nodig zijn.

Uit het kaartstelsel van het Centrale Register werden 10 diagnostische omschrijvingen gelicht. Vervolgens werd aan de ziekenhuizen gevraagd om deze omschrijvingen te coderen met behulp van de I.C.D. Dertig codeurs reageerden: 17 artsen, 11 administratieve medewerkers, 1 psycholoog en 1 verpleger. Dit zijn kennelijk degenen die in die ziekenhuizen de classificatie of codering van het Centrale Register verzorgen. De bevindingen zijn in tabel 1 samen-

Eerste ICD code	% overeenstemming	Aantal categorieën gedrag	gedrag somatisch	Aantal ICD-klassen sectie V	alle secties	% artsen	overeenstemming admin.	Diagnostische beschrijving
290	97%	1	4	1	2	100%	91%	aphasie, aproxie, agnosie, dementieel syndroom art. sclerosis cerebri diabetes enz.
303	77%	2	3	5	5	88%	55%	alcoholisme psychopathie organisch cerebrale st.
318	66%	1	1	3	4	59%	73%	mongoloïde idiotie
297	66%	1	2	4	4	65%	73%	paranoïde psychose doofstom
296	60%	3	3	8	8	53%	64%	involutie depressie hysterische karakterneurose zwakbegaafd
303	43%	3	3	6	6	59%	18%	depressief toestandbeeld karakterneurose chronisch alcoholisme
309	33%	3	3	5	5	35%	18%	agressief gedrag zwakbegaafd situatief
312	33%	5	5	6	6	24%	36%	onaangepast, delinquent randdebiel infantiel neurotisch situatief
297	30%	4	4	5	5	24%	36%	paranoïd-hallucinatoir puerperium matig begaafd vroeger recidiverende psychose
293	27%	3	4	8	9	41%	0%*	depressieve perioden verward, autistisch encefalopathie na influenza

* 36% van het administratief personeel is het eens over ICD 310.

gevat.

In de eerste kolom staat per patiënt de psychopathologische code (Sectie 5) die het eerst werd genoemd en met de meeste overeenstemming tussen de 30 codeurs. De 10 gevallen zijn in volgorde van afnemende overeenstemming gerangschikt, waarbij we het vierde 'digit' van de klassen maar buiten beschouwing hebben gelaten. De overeenstemming zou dan veel minder zijn geweest.

Allereerst valt op dat de klasse 303 (alcohol dependence) en 297 (paranoid states) zowel bovenin als onderin de kolom voorkomen, dus met veel zowel als weinig overeenstemming (zie kolom 2).

In de laatste kolom zijn de gedragsomschrijvingen die als min of meer afzonderlijke categorieën konden worden onderscheiden, per patiënt onder elkaar geplaatst. Het aantal daarvan in de laatste kolom is per patiënt in kolom 3 weergegeven. In kolom 4 staat dit getal inclusief somatische diagnoses.

Vergelijking van de kolommen 2 en 3 (en ook 4) laat zien dat de overeenstemming over de diagnostische classificatie globaal genomen afneemt, naarmate het aantal onderscheiden gedragscategorieën toeneemt. Een meer uitgebreide diagnostische omschrijving geeft dus meer ruimte voor onzekerheid over de classificatie.

Kolom 5 laat deze onzekerheid nog op een andere manier zien, namelijk als het aantal klassen dat per patiënt als eerste door de 30 codeurs werd genoemd. Kolom 6 toont dit aantal inclusief de somatische klassen die werden gecodeerd op de plaats waar eigenlijk uitsluitend psychopathologische coderingen thuishoren.

Om deze spreiding toe te lichten geven we patiënt nr. 5 uit tabel 1 als voorbeeld. Van de 30 codeurs noemde 60% klasse 296 (affective psychoses) als eerste. De anderen gebruiken de volgende klassen als eerste:

- 290 : senile and presenile organic psychotic conditions
- 297 : paranoid states
- 298 : other non-organic psychoses
- 300 : neurotic disorders
- 301 : depressive disorder, not elsewhere classified
- 317 : mild mental retardation.

De kolommen 7 en 8 laten zien dat de coderende artsen het onderling in dit geval iets minder eens waren dan het coderende administratieve personeel. In deze kolommen is de overeenstemming tussen de 17 artsen over het geheel genomen iets minder dan tussen de 11 administratieve personeelsleden.

We zullen nu wat dieper ingaan op de problemen die zich voordeden.

In de eerste plaats kan gezegd worden dat de diagnostische omschrijvingen veelal te summier waren en meestal zonder aanduiding van wat het meest op de voorgrond stond naar de mening van de diagnosticus. We zouden ons kunnen voorstellen dat de meest directe aanleiding tot de opname als eerste psychopathologische categorie wordt geclassificeerd of gedoceerd. Voor de patiënt aan het begin van dit artikel zou dit dus 'delirium tremens' zijn geworden. Voor alle patiënten, bijvoorbeeld, die wegens een suicide-

poging worden opgenomen, komt dan E 950: suicide and self-inflicted poisoning by solid or liquid poisoning (uit de I.C.D. supplementary classification of external causes of injury and poisoning), steeds op de eerste plaats.

Een tweede probleem is dat degene die moet classificeren zichzelf soms in de schoenen plaatst van degene die de diagnostische omschrijving opstelde. Over mongoloïde idiotie (zie tabel 1), bijvoorbeeld, had 100% overeenstemming kunnen bestaan. De somatische code (758.0) daargelaten, is er maar één psychopathologische code mogelijk: 318.2 idiocy, IQ under 20. Maar op grond van hun ervaring zeggen de classificerende artsen dat het IQ bij mongoloïde idiotie meestal hoger is dan 20, en als gevolg daarvan gebruiken zij dan een andere code: 318.1 of 318.0. Deze houding stemt overeen met die van enige andere codeurs, die opmerken dat ze de patiënt moeten kennen om de juiste code te vinden. De taak van de codeur is echter niet het kennen van de patiënt. Waar het in dit geval aan schort is een heldere diagnostische omschrijving die het classificeren of coderen mogelijk zou hebben gemaakt.

Een derde moeilijkheid ontstaat wanneer men niet de beide delen van de I.C.D. gebruikt: Deel I, de indeling naar klassen; en Deel II, het alfabetische register. Een van de codeurs merkte bijvoorbeeld op, dat een psychose in het puerperium niet in de I.C.D. voorkomt. Via het alfabetische register wordt echter duidelijk dat men 293.8: other transient organic psychotic conditions, kan kiezen, tenzij uit de diagnostische omschrijving blijkt dat het om een nader gespecificeerde andere psychose gaat.

Een vierde moeilijkheid rijst als men de toelichting niet goed leest. Zo weet de codeur psychopathie op basis van een organisch cerebrale stoornis niet te plaatsen. De I.C.D. is vrij duidelijk hierover. Logischerwijze komt men terecht bij 310: specific nonpsychotic mental disorders following organic brain damage. Daar blijkt dat men 310.1: cognitive or personality change of other type, zou kunnen gebruiken. Maar ook de combinatie van bijvoorbeeld 301.7: personality disorder with predominantly sociopathic or asocial manifestation, met 348.9: unspecified other conditions of the brain, is mogelijk.

Eigenlijk gaat het in de bovenbeschreven gevallen steeds om een onvoldoende diagnostische omschrijving door de behandelende arts. Zonder verdere toevoeging, bijvoorbeeld, op de diagnose 'depressie' raakt degene die moet classificeren verdwaald tussen:

- 290.2 : senile dementia, depressed or paranoid type;
- 295.7 : schizophrenia, schizoaffective type;
- 296 : affective psychoses;
- 298.0 : other non-organic psychoses, depressed type;
- 300.4 : neurotic depression;
- 301.1 : affective personality disorder;
- 308.0 : acute reactions to stress, predominant disturbance of emotions;
- 309.0 en .1 : adjustment reaction, brief and prolonged depressive reaction;

en tenslotte

311 : depressive disorder, not elsewhere classified.

Al deze klassen hebben een depressieve component. Voor de belangstellende lezer is het misschien de moeite waard om eens na te gaan op hoeveel plaatsen in Sectie 5 hij agressief gedrag kwijt kan.

Eén van de tot nu toe onoverkomelijke moeilijkheden in de psychiatrie en dus in de diagnostische classificatie, is het ontbreken van één of meer duidelijke dimensies of maatstaven, waarmee men tot één of meer indelingen kan komen van elkaar uitsluitende klassen. Een voorbeeld van de huidige verwarring is:

310 : specific non-psychotic mental disorders following organic brain damage

- 310.0 : frontal lobe syndrome
- 310.1 : cognitive or personality change or other type
- 310.2 : postconcussional syndrome
- 310.8 : other
- 310.9 : unspecified

Bij 310.0 speelt de topografische dimensie een rol, bij 310.1 de dimensie van het psychologisch dysfunctioneren, bij 310.2 die van de etiologie, terwijl de toelichting op 310.8 het hanteren van topografische en etiologische maatstaven verraadt.

Naast deze meer algemene problemen bij de classificatie van psychiatrische ziektebeelden met behulp van de I.C.D., zijn er nog enkele andere die voor een deel samenhangen met het systeem van het Centrale Patiëntenregister voor Psychiatrische Instituten of met eigenaardigheden in de Nederlandse diagnostiek. Binnen het systeem van het register kent men een kaart die bij de opname moet worden ingevuld en dus veelal de diagnostische reden van de opname zal bevatten, maar ook bij het ontslag van de patiënt moet op een kaart een diagnostische classificatie worden ingevuld. Omdat er géén duidelijke afspraak voor bestaat, gebeurt de classificatie op verschillende manieren. De een vult 'géén psychiatrische diagnose' bij het ontslag in, om daarmee aan te geven dat de patiënt thans is genezen. Een ander vervangt de classificatie van de opnamekaart door een andere, die de diagnostische achtergrond van het probleem, nieuwe inzichten of verdere ontwikkelingen van het ziektebeeld weergeven. Een derde tenslotte, laat de oorspronkelijke classificatie staan en voegt daaraan verdere ontwikkelingen en inzichten in geclassificeerde vorm toe. Waarschijnlijk is deze laatste manier de beste, omdat hij een overzicht geeft van de opname als geheel.

Het classificeren van suïcide-dreiging of -neiging met de I.C.D. is niet goed mogelijk, hoewel dit toch een veelvuldige reden tot opname is. In het alfabetische register wordt naar de code 300.9: niet nader gespecificeerde neurose, verwezen. Dit is onjuist omdat de betrokkene daarmee zonder meer een psychiatrisch etiket krijgt opgeplakt. Indien er géén sprake is van een psychiatrisch ziektebeeld en ook niet van een poging (die met E950 is te coderen), dan is het beter een V-code te gebruiken (supplementary classification

of factors influencing status and contact with health services). In ons land valt nogal eens de diagnose 'debiliteitspsychose'. Deze diagnose komt niet in de I.C.D. voor. Een bijkomstig probleem is dat deze diagnose volgens het leerboek van Kraus veelal bij zwakbegaafden en niet zozeer bij debielen moet worden gesteld. Zwakbegaafdheid kwam in de achtste herziening van de I.C.D. nog wel voor (310: borderline mental retardation), maar niet meer in de negende versie. Daarin is de lichtste graad van achterlijkheid 317: mild mental retardation, IQ 50-70.

Waarschijnlijk is het in dit geval het beste de code 297: paranoid states, of 298: other non-organic psychoses, te combineren met 317, 318 of 319 al naar gelang de graad van achterlijkheid of de onbekendheid daarvan.

Al deze punten wijzen erop dat de zo noodzakelijke ontwikkeling van een internationaal classificatie-systeem nog geenszins ten einde is.

Slotbeschouwing

De kwaliteit van wat de behandelende clinicus doet hangt mede af van de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek. Dit laatste hangt onder andere af van een goed classificatie-systeem. De onderzoeker zal dit moeten ontwerpen en ontwikkelen, de clinicus zal het moeten toepassen.

De indeling van iemands ziektebeeld berust in het kader van het Centrale Patiëntenregister bij de codeur, maar deze kan niet buiten een behoorlijke diagnostische omschrijving van de behandelende arts.

Uit het voorgaande is gebleken dat er voor de toepassing van de I.C.D. een aantal afspraken nodig zijn. Wat de codeur moet doen staat goeddeels in de I.C.D. zelf. Maar aan welke voorwaarden de clinicus in zijn diagnostische omschrijving moet voldoen, is niet vastgelegd. Hij zal op zijn minst moeten vastleggen welk ziektebeeld de aanleiding tot de opname was, wat de onderliggende psychopathologische syndromen waren, of er somatische syndromen zijn en of er een verband leek te bestaan met één van de psychopathologische syndromen.

Als de clinicus geen rangorde heeft aangegeven in de ziektebeelden die hij in zijn omschrijving noemt, dan zal de codeur een afgesproken hiërarchie van syndromen moeten hanteren. De afspraken hangen van de doelstelling van het classificatie-systeem af, zij zullen anders luiden voor degene die beleid voert dan voor iemand die op zoek is naar de etiologie van stoornissen.

Literatuur

Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases. World Health Organization, Geneva 1978, (verkrijgbaar bij Nijhof te Den Haag).