

Consistentie van psychiatrische diagnoses

Mededelingen uit het Patiëntenregister Intramurale
Geestelijke Gezondheidszorg (20)

door *P. van Lieshout, G. Brook en P. van Dijk*

Samenvatting

Met behulp van de gegevens uit het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg werd nagegaan in welke mate de diagnoses, die patiënten op verschillende momenten kregen, overeenkwamen. Ongeveer 80% van de patiënten kreeg bij ontslag dezelfde diagnose als bij opname. Werd een patiënt binnen een jaar heropgenomen, dan was de kans 60% op een identieke opname-diagnose als bij het voorafgaande ontslag. Althans als de patiënt binnen dezelfde instelling werd opgenomen. Werd de patiënt in een andere instelling heropgenomen, dan was de kans op overeenstemming 45%. Deze resultaten worden nader geanalyseerd en van mogelijke verklaringen voorzien.

Inleiding

De waarde van diagnostische systemen in de psychiatrie staat al een tijd lang erg in de belangstelling. Wie de internationale vakpers open-slaat, kan er zeer vele verslagen en onderzoeken naar de betrouwbaarheid van een aantal classificatiesystemen aantreffen. Een belangrijk, zo niet het belangrijkste beoordelingsmoment bij deze empirische onderzoeken is de 'interrater reliability': meerdere beoordelaars beoordelen los van elkaar een patiënt en de mate van overeenstemming wordt beschouwd als maat voor de betrouwbaarheid van het diagnosticeren.

Eén van de voornaamste problemen bij onderzoek dat uitgaat van 'interrater reliability' is dat de metingen bijna onvermijdelijk tot stand komen binnen een experimentele setting. Gangbaar is om een aantal beoordelaars te vragen om, speciaal ten behoeve van een onderzoek, diagnoses te stellen van vooraf geselecteerde patiënten of casussen. Een dergelijke opzet brengt met zich dat vooral informatie wordt verzameld over de waarde van een diagnostisch systeem bij maximale inspanning.

De waarde van zo'n diagnostisch systeem in de praktijk, waarin vaak sprake is van tijdsdruk en waarin de concentratie wel eens wat minder wil zijn dan in een experimentele situatie, blijft onduidelijk.

Daarover gaat dit artikel: in hoeverre komen verschillende beoordeelaars ook in de praktijk tot overeenkomstige diagnoses.

Materiaal

Het materiaal voor dit onderzoek wordt gevormd door de diagnoses die zijn opgenomen in het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG). Deze diagnoses zijn gebaseerd op de International Classification of Diseases (ICD-9-codes). De consistentie van diagnoses kan op grond van dit materiaal op drie manieren worden bepaald. De diagnose die patiënten krijgen bij hun opname kan allereerst vergeleken worden met de diagnose die bij ontslag gegeven wordt. Ten tweede kan de ontslagdiagnose van een niet onaanzienlijk deel van de patiënten vergeleken worden met de diagnose die zij krijgen als ze na korte tijd heropgenomen worden in *dezelfde* inrichting. Ten slotte kan de ontslagdiagnose van een patiënt vergeleken worden met de diagnose die de patiënt krijgt bij heropname in een ander algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Vanzelfsprekend zijn deze drie manieren van vergelijken pas gerechtvaardigd als aan een aantal vooronderstellingen is voldaan. Vergelijking bij voorbeeld tussen de diagnose bij ontslag en de daarop volgende heropname, zegt vooral iets over de consistentie van de diagnose als het gepresenteerde ziektebeeld in beide gevallen niet te veel van elkaar verschilt, als beide beoordelaars over vergelijkbare diagnostische kennis beschikken en als de procedures in het psychiatrisch ziekenhuis om de PIGG-gegevens op te stellen min of meer identiek zijn. Op dergelijke vooronderstellingen komen we onder het hoofdje 'discussie' terug.

Ten behoeve van het onderzoek werd allereerst een specifieke groep patiënten uit het PIGG-bestand geselecteerd. Er werd een cohort samengesteld dat bestaat uit patiënten die in 1981 ontslagen zijn uit een apz, en die de drie jaar die daaraan vooraf gingen niet ontslagen zijn. Op die manier bestaat de onderzochte groep uit patiënten die onderling min of meer vergelijkbaar zijn, in die zin dat de meesten in 1981 voor het *eerst* ontslagen werden uit een apz. Vervolgens werd via record-linkage (Baldwin 1973) nagegaan welke van deze patiënten *binnen 365 dagen* na ontslag opnieuw werden opgenomen. Bovendien werd nagegaan of ze bij de laatste heropname binnen dezelfde instelling, dan wel binnen een andere instelling werden opgenomen. In tabel 1 is het aantal heropnamen en het aantal patiënten waarom het gaat, weergegeven. Uit deze gegevens kan worden afgeleid dat van de patiënten die voor het eerst zijn ontslagen ongeveer 25% binnen 365 dagen wederom is opgenomen in een apz. Hierbij moet voor de duidelijkheid worden opgemerkt dat geen rekening is gehouden met een eventuele heropname in een paaz omdat paaz-opnamen niet in het PIGG zijn opgenomen. Uit andere bron (Ten Horn 1982) is bekend dat het percentage heropnamen in dat geval in de buurt van de 38% zou liggen.

Tabel 1: Cohort 1981

Aantal malen heropgenomen	Aantal patienten absoluut	%	Waarvan in dezelfde instelling	Waarvan in andere instelling
0 x heropgenomen	7.564	74.2	—	—
1 x heropgenomen	2.054	20.2	1641	413
2 x heropgenomen	433	4.2	356	77
3 x en vaker heropgenomen	138	1.4	108	30

Resultaten I: opname- versus ontslagdiagnose

De eerste, nog heel onzuivere maat voor de overeenstemming over diagnoses is de mate waarin patiënten bij ontslag dezelfde diagnose krijgen als bij opname. In tabel 2 staan de resultaten vermeld voor de groep patiënten die niet werd heropgenomen, en voor de groep die éénmaal werd heropgenomen, ongeacht de vraag of de heropname wel of niet in dezelfde instelling plaats vond. De groepen die vaker werden heropgenomen bevatten te weinig patiënten om significante uitspraken te kunnen doen.

Tabel 2: Diagnose bij (eerste) opname en (eerste) ontslag

	0 x heropgenomen			1 x heropgenomen		
	Aantal opname- diagnosen	Aantal identieke ontslag- diagnosen	Percentage identieke ontslag- diagnosen	Aantal opname- diagnosen	Aantal identieke ontslag- diagnosen	Percentage identieke ontslag- diagnosen
Dementie	755	671	89	89	76	85
Andere organische stoornissen	260	160	62	51	39	77
Schizofrenie	542	431	80	242	194	80
Affectieve psychose	735	556	76	240	189	79
Andere psychose	1325	997	75	417	318	76
Neurose	1777	1410	79	456	358	79
Persoonlijkheidsstoornis	631	439	70	165	120	73
Alcoholverslaving	619	555	90	174	150	86
Drugsverslaving	340	315	93	99	94	95
Niet verslaafd drugsmisbruik	44	29	66	12	8	67
Speciale syndromen	323	224	69	58	39	67
Stoornissen specifiek voor kinderen en adolescenten	46	29	63	17	11	65
Zwakzinnigheid	67	44	66	22	17	77
E/V	100	59	59	12	6	50
Totaal	7564	5915	78	2054	1619	79

Er springen drie resultaten in het oog. Allereerst blijkt in 1 op de 5 gevallen een herziening van de diagnose nodig. Ten tweede blijkt de kans op herziening onafhankelijk te zijn van de vraag of het gaat om een heropgenomen patiënt of niet. Ten derde blijken sommige diagnoses een grotere consistentie te vertonen dan andere (dementie en verslaving).

Het is interessant na te gaan hoe het bijstellingspatroon van de opnamediagnose verloopt. Er blijkt één vorm van bijselling te zijn die slechts in één richting werkt: van de diagnoses 'andere organische stoornissen' blijkt bij ontslag 20% omgezet te zijn in 'dementie', terwijl het omgekeerde nauwelijks voorkomt. Daarnaast zijn er een aantal diagnoses die duidelijk uitwisselbaar zijn. In tabel 3 is een overzicht opgenomen van de uitwisselingen tussen opname- en ontslagdiagnose in de groep patiënten die niet heropgenomen werd. Voor de overzichtelijkheid zijn alleen wisselingen die op meer dan 40 patiënten betrekking hebben, vermeld.

Tabel 3: Opnamediagnose (verticaal) en ontslagdiagnose (horizontaal)

Opname \ Ontslag					
	Schizofrenie	Affectieve psychose	Andere psychose	Neurose	Persoonlijkheidsstoornis
Schizofrenie	431		49		
Affectieve psychose		556	44	70	
Andere psychose	74	65	997	63	42
Neurose		64	66	1410	109
Persoonlijkheidsstoornis				71	439

Wat opvalt aan deze verschuivingen is niet dat er binnen de groep psychosen, en tussen 'neurosen' en 'persoonlijkheidsstoornissen' uitwisselingen plaats vinden; clinici hebben zich al herhaaldelijk uitgesproken over de moeilijkheden in afbakening die zich in de praktijk binnen deze groepen voordoen. Veel opvallender is dat de veranderingen *binnen* deze twee groepen niet groter zijn dan de veranderingen *tussen* de groepen. Met name de diagnoses 'affectieve psychose' en 'andere psychose' blijken in de praktijk even goed veranderd te kunnen worden in een andere psychose als in 'neurose' of 'persoonlijkheidsstoornis'.

Resultaten II: heropname binnen dezelfde instelling

Bij heropname worden in principe alle gegevens van patiënten die no-

dig zijn voor het PIGG, opnieuw verzameld. Zo kan nagegaan worden of bij een heropname binnen 365 dagen na ontslag patiënten dezelfde diagnose krijgen. Deze procedure is niet automatisch een zuivere toetsing van de consistentie van diagnoses. Een deel van de patiënten die heropgenomen worden, worden heropgenomen binnen dezelfde instelling, en dan kan het voorkomen dat dezelfde psychiater wederom een diagnose stelt. Die tweede diagnose kan in zo'n geval niet alleen gebaseerd zijn op wat de psychiater aan ziektebeeld ziet, maar ook op wat de psychiater zich herinnert omtrent de diagnose bij de vorige opname of op wat hij leest in het beschikbare dossier. In dat opzicht treedt er dus een bias op in de resultaten in de richting van meer overeenstemming. Vandaar dat we de gegevens van heropname binnen dezelfde instelling en in een andere instelling hier apart presenteren. Allereerst de heropnamen binnen dezelfde instelling.

Omdat de ontslagdiagnose vaak te beschouwen valt als een correctie op de opnamediagnose, hebben we de ontslagdiagnose bij de een na laatste opname vergeleken met de opnamediagnose bij de laatste opname. De periode die tussen de beide diagnoses viel is dus maximaal 365 dagen. Uitsplitsing van deze resultaten in de groep die na de laatste opname opnieuw werd ontslagen, en de groep die na heropname nog in de inrichting verbleef, leverde geen significante verschillen op. Tabel

Tabel 4: Ontslag- en heropnamediagnose in dezelfde instelling

	1 x heropgenomen			meer dan 1 x opgenomen		
	Aantal ontslag- diagnosen	Aantal identieke heropna- me- diagnosen	Percentage identieke heropna- me- diagnosen	Aantal ontslag- diagnosen	Aantal identieke heropna- me- diagnosen	Percentage identieke heropna- me- diagnosen
Dementie	75	59	79	2	2	100
Andere organische stoornissen	39	14	37	4	1	25
Schizofrenie	190	120	63	59	39	66
Affectieve psychose	203	136	67	70	52	74
Andere psychose	323	174	54	80	44	55
Neurose	340	222	65	83	48	58
Persoonlijkheidsstoornis	153	64	42	53	29	55
Alcoholverslaving	136	103	76	57	36	63
Drugsverslaving	80	65	81	26	23	88
Niet verslaafd drugsmisbruik	10	1	10	3	1	33
Specifieke syndromen	51	20	39	12	6	50
Stoornissen specifiek voor kinderen	14	5	36	6	2	33
Zwakzinnigheid	19	7	37	4	1	25
E/V	8	2	25	5	1	20
Totaal	1641	992	60%	464	285	61%

4 bevat dan ook de mate van overeenstemming voor de beide groepen te zamen. Opvallend is allereerst dat bij heropname 60% van de diagnosen identiek is aan de diagnosen bij het voorafgaande ontslag. Bovendien valt op dat de mate van overeenstemming tussen de heropnamediagnose en diagnose bij het ontslag daaraan voorafgaand niet stijgt met het aantal heropnamen. De overeenstemming blijft gemiddeld 60%, of het nu gaat om de overeenstemming tussen eerste en tweede opname of tussen tweede en derde, derde en vierde, enz. De vraag welke diagnosen een hogere consistentie vertonen dan andere, levert hetzelfde antwoord op als de vraag naar de consistentie tussen opname- en ontslagdiagnose binnen één opname. Ook nu blijken dementie en de verslavingen vaker tot identieke diagnosen te leiden.

Zijn er karakteristieke verschuivingen waar te nemen bij de heropnamediagnosen? De resultaten daarvan zijn vermeld in tabel 5. Voor de overzichtelijkheid zijn alleen verschuivingen opgenomen die op meer dan 20 patiënten betrekking hebben. Omdat het verschil tussen de groep die 1 maal werd heropgenomen en de groep die vaker werd heropgenomen gering bleek, zijn de gegevens van deze groepen samengevoegd in deze tabel.

Tabel 5: Ontslag- en heropnamediagnosen binnen dezelfde instelling

Heropname Ontslag	Heropname				
	Schizofrenie	Affectieve psychose	Andere psychose	Neurose	Persoonlijkheidsstoornis
Schizofrenie	159		44		
Affectieve psychose		188	22	30	
Andere psychose	48	40	218	44	26
Neurose		33	29	270	41
Persoonlijkheidsstoornis			26	41	93

Deze tabel levert in essentie dezelfde informatie als tabel 3: de diagnose schizofrenie wordt nog wel eens omgezet in 'andere psychosen', maar zelden in iets anders, terwijl de diagnosen 'affectieve psychose', 'andere psychose', 'neurose' en 'persoonlijkheidsstoornis' met gelijke frequentie worden uitgewisseld.

Resultaten III: heropname binnen een andere instelling

Heropname binnen dezelfde instelling betekent dat degene die de diagnose stelt, dat niet alleen op grond van het vertoonde beeld, maar ook op grond van zijn of haar herinnering kan doen. Heropname binnen een andere instelling betekent dat de diagnose in ieder geval door een andere persoon gesteld wordt en het 'geheugeneffect' dus is uitgeschakeld. Als we ervan uitgaan dat de diagnose van een patiënt bij heropname in een andere instelling meestal gesteld wordt voordat een dossier of een ontslagbrief van de voorafgaande opname de instelling heeft bereikt, dan verwachten wij een lagere overeenstemming tussen ontslag en heropnamediagnose dan bij heropname in dezelfde instelling. Tabel 6 laat zien in welke mate deze verwachting uitkomt.

Tabel 6: Ontslag- en heropnamediagnose in een andere instelling

	1 x heropgenomen			meer dan 1 x heropgenomen		
	Aantal ontslag- diagnosen	Aantal identieke heropna- me- diagnosen	Percentage identieke heropna- me- diagnosen	Aantal ontslag- diagnosen	Aantal identieke heropna- me- diagnosen	Percentage identieke heropna- me- diagnosen
Dementie	20	12	60	2	1	50
Andere organische stoornissen	11	3	27	2	1	50
Schizofrenie	64	32	50	11	4	36
Affectieve psychose	44	22	50	15	7	47
Andere psychose	77	31	41	17	5	29
Neurose	82	39	48	18	6	33
Persoonlijkheidsstoornis	38	14	37	18	6	33
Alcoholverslaving	32	20	63	12	10	83
Drugsverslaving	21	9	43	6	5	83
Niet verslaafd drugsmisbruik	3	0	0	1	1	100
Speciale syndromen	8	1	13	2	1	50
Stoornissen specifiek voor kinderen en adolescenten	3	0	0	2	0	0
Zwakzinnigheid	7	3	43	1	0	0
E/V	3	1	33	0	0	-
Totaal	413	187	45	107	47	45

Minder dan de helft van de patiënten die werden heropgenomen in een andere instelling blijken dezelfde diagnose te krijgen als ze hadden toen ze na de voorafgaande opname met ontslag werden gestuurd. Van de in totaal 520 ontslagen patiënten kregen er 234 een identieke diagnose (45%). Belangrijke verschillen tussen degenen die eenmaal en degenen die vaker werden heropgenomen binnen 365 dagen blijken er niet te zijn.

De vraag of er karakteristieke verschuivingen optreden, moet met enige voorzichtigheid behandeld worden: het gaat immers om relatief geringe aantallen patiënten per categorie. In tabel 7 zijn de gegevens vermeld, indien de verandering 10 of meer patiënten betrof.

Tabel 7: Ontslag- en heropnamediagnosen in andere instelling

Ontslag \ Heropname	Heropname				
	Schizofrenie	Affectieve psychose	Andere psychose	Neurose	Persoonlijkheidsstoornis
Schizofrenie	36		20		
Affectieve psychose		29	10	11	
Andere psychose	13	12	36	15	
Neurose		10	16	45	13
Persoonlijkheidsstoornis				10	20

Het patroon dat ontstaat, bevestigt de eerder vermelde resultaten: schizofrenie wil bij heropname nogal eens 'andere psychose' worden en omgekeerd, terwijl de diagnosen 'affectieve psychose', 'andere psychose', 'neurose' en 'persoonlijkheidsstoornis' in gelijke mate en in alle richtingen verwisseld worden.

Discussie

De overeenstemming tussen de diagnosen die een patiënt op verschillende momenten krijgt, is relatief gering. Het grootste is de overeenstemming tussen diagnose bij opname en diagnose bij ontslag: gemiddeld 78%. Vergelijken we de diagnose bij ontslag met de diagnose bij heropname binnen 365 dagen in dezelfde instelling, dan blijkt de overeenstemming gemiddeld 61%. Vergelijken we de diagnose bij ontslag met de diagnose bij heropname binnen 365 dagen in een andere instelling, dan blijkt de overeenstemming gemiddeld 45%.

In hoeverre kunnen deze resultaten geïnterpreteerd worden als een bevestiging van reeds eerder gepubliceerde kritieken op vigerende classificatieschema's in de psychiatrie, en in hoeverre zijn ze verklaarbaar door allerlei interfererende factoren die geen betrekking hebben op de waarde van het classificatieschema zelf? Om die vraag te beantwoorden zullen we ingaan op vier typen factoren die de uitkomst van dit onderzoek kunnen verklaren. Achtereenvolgens gaat het om facto-

ren die te maken hebben met de gehanteerde onderzoeksmethode, de manier waarop diagnoses tot stand komen in psychiatrische ziekenhuizen, de mate waarin ziektebeelden constant zijn en de betrouwbaarheid van het diagnostische systeem.

Onderzoeksmethode – Allereerst valt aan te voeren dat de statistische maat die in dit onderzoek gehanteerd is (het percentage identieke diagnoses bij ontslag respectievelijk heropname), niet onproblematisch is. Er zijn minstens drie principiële kritiekpunten aan te geven waarvan één theoretisch gesproken tot 'gunstigere' resultaten zou kunnen – maar niet hoeven – leiden, de twee andere altijd tot 'ongunstigere'.

Het eerste kritiekpunt is dat patiënten verschillende diagnoses op hetzelfde moment kunnen hebben (iemand kan én schizofreen én alcoholist zijn). Onderzoek zou dus hoofd- én nevendiaagnosen in beschouwing moeten nemen. Dit zou de resultaten in positieve zin kunnen beïnvloeden. We zijn dit nagegaan en hebben de hoofddiagnose en nevendiagnose samengenomen en opnieuw de mate van overeenstemming bepaald. De resultaten bleken minimaal 1% en maximaal 3% te verschillen. De grootste afwijking trad op bij de vergelijking tussen opname- en ontslagdiagnose van de groep patiënten die niet is heropgenomen. Volgens tabel 2 bestond over 78% van de diagnoses overeenstemming. Zou rekening zijn gehouden met nevendiaagnosen, die overigens maar aan een beperkt aantal patiënten zijn gegeven, dan bedraagt de overeenstemming 81%. Doorslaggevend is dit kritiekpunt dus niet.

Een ander kritiekpunt is dat de maat 'procentuele overeenstemming' geen rekening houdt met toevalsovereenkomsten. Immers, ook als bij heropname een volledig willekeurige diagnose gesteld zou worden, bestaat er een kans op overeenstemming. Als maat voor de 'inter-rater reliability' wordt dan ook wel Kappa gehanteerd, een maat voor procentuele overeenstemming die gecorrigeerd is voor kansovereenkomsten. Een dergelijke maat levert een score op die altijd lager ligt dan de hier gepresenteerde gegevens. Omdat procentuele overeenkomst gemakkelijker interpreteerbaar is dan Kappa en omdat in dit onderzoek het aantal patiënten groot is, het aantal diagnosecategorien 14 bedraagt en de spreiding over die categorieën betrekkelijk groot is, waardoor Kappa niet tot wezenlijk andere resultaten zou leiden, is hier alleen de meest eenvoudige maat gepresenteerd (zie voor een uitvoerige bespreking Dutilh e.a. 1984).

Het derde kritiekpunt betreft het aantal diagnosecategorien. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met de verschillende onderverdelingen binnen één diagnosecategorie. De ICD-diagnosen die ten behoeve van het PIGG-systeem verzameld worden, zijn veel gedetailleerder dan de hier vermelde diagnosecategorien die ten behoeve van dit onderzoek teruggebracht werden tot 14 hoofdcategorieën. Zou met deze verfijning rekening zijn gehouden, dan zou de mate van overeenstemming (nog) lager zijn dan hierboven vermeld is.

Ziekenhuisgebonden factoren – Naast problemen van statistische aard, kunnen er ook allerlei ziekenhuisgebonden factoren zijn, die de resultaten beïnvloed hebben. Voor een goede beoordeling daarvan is het noodzakelijk in te gaan op de manier waarop diagnoses ten behoeve van het PIGG-systeem in de ziekenhuizen tot stand komen. Er zijn twee fasen te onderscheiden. De eerste fase behelst de classificatie: het uitschrijven van een diagnose in duidelijke termen. De tweede fase omvat het coderen: het zoeken van de juiste ICD-klasse bij deze beschrijving. Beide activiteiten worden meestal door verschillende personen binnen een apz uitgevoerd: het uitschrijven van de diagnose vaak door de psychiater, het coderen door een medisch administrateur. De kennis, ervaring en accuratesse van deze personen is van grote invloed op de uiteindelijke diagnose. Dat hieraan in de praktijk wel eens het een en ander schort, beschrijven Dingemans e.a. (1984): 'De jaaroverzichten van Leidschendam met betrekking tot ICD-classificatiecode, die de deelnemende instanties elk jaar worden toegezonden uit onze klinieken werden voor wat betreft de jaren 1978 en 1981 met elkaar vergeleken (...) In de vergelijking van de uitboekcodes viel op dat in 1978 108 classificaties van de niet-organische psychosen als schizofreen werden benoemd (55%) en van alle neurotische stoornissen er 167 als depressief werden gecodeerd (78%). In 1981 bleken die percentages respectievelijk 6/10% en 31%. (...) Navraag leerde dat vanaf 1978 descriptieve uitboekdiagnosen (...) door daartoe opgeleide codeurs werden omgezet in ICD-codes. Codeurs zijn administratieve medewerkers in dienst van het ziekenhuis, welke getraind zijn in, en het tot hun dagelijkse bezigheid rekenen, om medische diagnoses (inclusief psychiatrische) om te zetten in ICD-9-codes. Vanaf 1980 (dus in 1981) werd dit werk overgenomen door assistentpsychiaters op het ochtendrapport bij het uitboeken van de patiënt' (433/434).

Naast ongeregelheden in de administratieve procedures, bij voorbeeld door tijdsgebrek of onvoldoende ervaring van de codeur, opperen Giel en Bogaarts (1980) ook de mogelijkheid dat een bepaalde mate van onbetrouwbaarheid inherent is aan de procedure, omdat niet is vastgelegd aan welke voorwaarden de omschrijving van de clinicus moet voldoen. Onvoldoende informatie in de omschrijving kan leiden tot een foute codering. Dingemans e.a. (1984) vonden echter maar een beperkte bevestiging van dit vermoeden. Toevoeging van informatie leidde juist bij assistentpsychiaters en psychiaters tot een verminderde betrouwbaarheid, en bij de medische codeurs in twee van de drie door hen onderzochte gevallen tot een verbetering.

Het lijkt waarschijnlijk dat het gegeven dat omschrijvingen niet aan expliciete voorwaarden gebonden zijn, van invloed is op de hier gerapporteerde bevindingen. Onvolledige informatie zal geregeld voorkomen. Het feit dat de drie hier gepresenteerde manieren om overeenstemming te bepalen, alle dezelfde resultaten opleveren met betrekking tot de afzonderlijke diagnoses, betekent echter dat technische

ongeregeldheden alléén nooit de uitkomsten kunnen verklaren.

Patiëntgebonden factoren – Ziektebeelden blijven niet constant in de tijd, en hierin zou ook een gedeeltelijke verklaring van de resultaten kunnen liggen. Ziektebeelden kunnen zich allereerst wijzigen gedurende één opname, en daardoor zou de ontslagdiagnose kunnen verschillen van de opnamediagnose. Zoals Van Weerden-Dijkstra en Giel (1974) aangeven, komt het geregeld voor dat de opnamediagnose vooral gestoeld is op een toestandsbeeld, bij voorbeeld angstpsychose, terwijl na verloop van tijd als de patiënt tot rust is gekomen, de diagnose wordt omgezet in een meer 'oorzaak-gebonden' diagnose, bij voorbeeld 'hysterische persoonlijkheid'. 'Psychose' verandert zo in 'persoonlijkheidsstoornis', omdat niet de acute symptomen, maar de achterliggende oorzaken leidraad worden bij het diagnostiseren. Opvallend aan de in de tabellen 3, 5 en 7 gepresenteerde resultaten is echter, dat alle mogelijke verschuivingen tussen affectieve psychose, andere psychose, persoonlijkheidsstoornis en neurose ongeveer even vaak voorkomen en dat ze geen duidelijke richting kennen. De verschuiving van de 'universe of discourse from symptom clusters to personality trait clusters' (Foulds 1965), kan dus hooguit een gedeeltelijke verklaring zijn.

Een andere verschuiving in ziektebeeld die kan optreden, is die tussen ontslag en heropname. Tijdens deze periode, die in dit onderzoek minder dan 365 dagen bedraagt, is het goed voorstelbaar dat het omgekeerde plaats vindt als hierboven omschreven: de ontslagdiagnose beschrijft een persoonlijkheidstrek (of neurose), en in de periode na ontslag treedt een verheviging van de problematiek op, die er in resulteert dat bij heropname bij voorbeeld 'reactieve psychose' of 'overmatig druggebruik' geregistreerd wordt, beide in eerste instantie toestandsbeschrijvingen. Ook in dit geval is de verklaring hooguit partieel. Niet alleen geldt, zoals gezegd, dat er geen duidelijk patroon in de richting van de verschuiving waarneembaar is, bovendien kan niet verklaard worden waarom de overeenstemming bij heropname in dezelfde instelling beduidend groter is dan bij heropname in een andere instelling.

Ook van invloed op de verschuiving in diagnose kunnen de impliciete behandelingsconsequenties zijn, die verbonden zijn aan een bepaalde diagnose. Met name de diagnosen 'dementie' en 'schizofrenie' worden nogal eens met terughoudendheid gehanteerd, omdat de prognose weinig hoopvol is. Patiënten die bij opname een beeld vertonen dat sterk lijkt op een van deze diagnosen, zullen in een aantal gevallen een 'lichtere' diagnose krijgen, opdat niet reeds bij voorbaat een soort 'laatste oordeel' geveld is. Pas als herhaaldelijk gebleken is dat behandeling nauwelijks helpt en de patiënt na ontslag niet vooruit gaat, wordt besloten tot een 'zware' diagnose. Ook deze verklaring is echter niet afdoende. De tabellen 3, 5 en 7 laten zien dat verschuivingen in de

omgekeerde richting even vaak voorkomen. Ter verklaring van de gevonden resultaten zal dus ook gekeken moeten worden naar de laatste verklarende factor: de waarde van het diagnostische systeem.

Conclusie: de waarde van de ICD-9

De overeenstemming tussen beoordelaars met betrekking tot de PIGG-diagnosen op verschillende tijdstippen is gering, zeker als het gaat om beoordelaars die onafhankelijk van elkaar tot een diagnose komen. Technische factoren alleen kunnen niet verklaren dat bij heropname binnen een jaar in een andere instelling, de kans groter is op een diagnose die verschilt van de ontslagdiagnose die eerder werd gegeven dan op dezelfde diagnose.

Een voor de hand liggende mogelijke verklaring is dat de ICD-9 als coderingssysteem in de praktijk onvoldoende werkt. Deze veronderstelling wordt gesteund door experimenteel onderzoek. Dingemans e.a. (1984) en Dutilh e.a. (1984) kwamen tot een soortgelijke conclusie. Een van de mogelijke redenen voor de matige consistentie van de ICD-9-coderingen lijkt ons in ieder geval te zijn, dat de gehanteerde diagnostische categorieën niet wederzijds uitsluitend zijn omdat er meerdere classificatieprincipes door elkaar heen lopen. Toestandsbeeld, beloopsvorm, etiologie en prognose zijn verschillende dimensies van een ziektebeeld die in de ICD-9 tot één dimensie worden teruggebracht. De diagnose 'organische stoornis' zegt voornamelijk iets over de etiologie, 'depressiviteit' iets over een toestandsbeeld of syndroom dat bij meerdere diagnosen ondergebracht kan worden, 'alcoholverslaving' verwijst nu eens naar een dieper liggende persoonlijkheidsstoornis en dan weer naar een gedragspatroon en de diagnose schizofrenie lijkt soms pas gesteld te worden als voorafgaande behandelingen geen effect sorteerden en er dus geen goede prognose is.

De inmiddels alom geprezen DSM-III probeert dit probleem te omzeilen door meerdere dimensies in te voeren en door de diagnose te omschrijven op basis van de consensus tussen beoordelaars en niet op grond van theoretische overwegingen. Naar verwachting zal de vervanging van de ICD-9 door de DSM-III dan ook leiden tot een grotere betrouwbaarheid (al laten de eerste experimenten ook maar een overal Kappa van 0.74 zien).

Tegelijk moet echter gewaakt worden voor een te snelle omhelzing van de DMS-III. Eysenck (1983) e.a. spreken bij voorbeeld over 'the fundamental weakness of any (...) scheme based on democratic voting procedures rather than on scientific evidence'. Met een grote mate van onderlinge overeenstemming wordt de communicatiewaarde van een diagnostisch systeem verhoogd, en dat draagt bij aan de betrouwbaarheid. Betrouwbaarheid is echter iets anders dan validiteit. Betrouwbaarheid betreft de overeenstemming tussen *beoordelaars* onderling, terwijl validiteit de overeenstemming tussen *oordeel* en *ziektebeeld*

betreft. Het is nog een open vraag of de DSM-III ook in dat opzicht een vooruitgang is ten opzichte van de ICD-9.

Literatuur

- Baldwin, J. (1973), Linked record medical information systems. *Proc. R. soc. London B.* 184, 403-420.
- Dingemans, P., C. Hooyer en J. Dutilh (1984), ICD-9-CM coderen in de psychiatrie. *T. v. Psychiatrie*, 26, 432-444.
- Dutilh, J., en P. Dingemans (1984), Een betrouwbaarheidsonderzoek van de ICD-9-CM codering. *T. v. Psychiatrie*, 26, 212-221.
- Eysenck, H., J. Wakefield en A. Friedeman (1983), Diagnosis and clinical assessment: the DSM III. In: *Annual Review of Psychology*, vol. 34, Palo Alto, 167-194.
- Foulds, G. (1965), *Personality and personal illness*, Londen.
- Giel, R., en F. Bogaarts (1980), Diagnostische classificatie en codering in de psychiatrie. *T. v. Psychiatrie*, 22, 327-335.
- Horn, S. ten (1982), *Nazorg geeft kopzorg*. Dissertatie, Groningen 1982.
- Weerden, J. van, en R. Giel (1974), Mededelingen uit het Centrale Patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken. *Tijdschr. voor Psychiatrie*, 16, 542-549.

De eerste auteur is werkzaam binnen de sectie onderzoek van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid te Utrecht. De beide andere auteurs zijn werkzaam binnen de afdeling onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid te Rijswijk. Correspondentieadres: P. van Lieshout, NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.