

Herziening CAS - toelichting

versie 1.0

Inleiding

Deze toelichting bevat zowel achtergrondinformatie als praktische informatie over het project 'Herziening CAS' - Classificaties voor Arbo en Sociale verzekering. De informatie is op dit moment bedoeld voor degenen die commentaar willen geven op het eerste onderdeel van de herziene versie van de CAS, namelijk het hoofdstuk 'Psychische stoornissen.'

De toelichting bevat drie onderdelen:

- I. Een onderdeel met achtergrondinformatie over het project, verantwoording van gemaakte keuzes en inhoudelijke informatie over (de totstandkoming van) het hoofdstuk psychische stoornissen.
Dit onderdeel begint met een samenvatting ervan.
- II. Een toelichting bij het overzicht psychische stoornissen met daarin per kolom een beschrijving van wat in het overzicht kan worden teruggevonden.
- III. Een beschrijving van de ICD-11 classificatiestructuur.

I. Herziening CAS: projectinformatie en hoofdstuk 'Psychische stoornissen'

Samenvatting

Vanaf 2016 is op initiatief en onder verantwoordelijkheid van UWV/Centraal Expertisecentrum, afdeling Beleid, gewerkt aan de herziening van de. Het project heeft een aantal jaren stilgelegen en heeft in 2021 een doorstart gekregen.

De CAS is in de loop der jaren steeds minder bruikbaar geworden en actualisering werd al jaren noodzakelijk gevonden. Directe aanleiding om de herziening ter hand te nemen was de introductie van de DSM-5 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). Mede omdat psychische aandoeningen de belangrijkste factor zijn bij ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid werd besloten om te beginnen met de herziening van het hoofdstuk 'Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen' van de CAS.

Gezien het steeds grotere belang van onderzoek op het gebied van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde kwam de ingestelde werkgroep tot de conclusie dat een 'eigen' coderingssysteem, zoals de CAS die kent, niet meer gewenst was. Destijds is gezocht naar een van de ICD-10 (International Classification of Diseases) afgeleid systeem om aan een aantal eisen te kunnen voldoen. Daaraan kan op dit moment voor een belangrijk deel wel tegemoet worden gekomen door de ICD te gebruiken, waarvan inmiddels de elfde editie het licht heeft gezien. Ook om redenen van uniformiteit verdient het gebruik van de ICD-11 sterk de voorkeur. Omdat de DSM niet integraal in de ICD-11 is opgenomen en de coderingssysteem van de ICD-11 en de DSM niet met elkaar overeenkomen is het hoofdstuk psychische aandoeningen van de herziene CAS op basis van de volgende principes ontwikkeld:

- voor de lijst met aandoeningen worden de in de DSM-5 gebruikte benamingen en indeling overgenomen (volledige aansluiting bij de DSM-5)
- voor de codering worden de ICD-11-codes en systematiek zo veel mogelijk gevolgd.

Niet alle DSM-5 stoornissen zijn in de ICD-11 terug te vinden. Daarom was het noodzakelijk om voor verschillende stoornissen een nieuwe code te maken, waarbij de systematiek van de ICD-11 zo veel mogelijk is gevolgd. Daarnaast zijn soms aanvullende codes gemaakt omdat niet vaak voorkomende aandoeningen in de herziene CAS zijn gegroepeerd en in die vorm geen bestaande code konden meekrijgen.

Aan de lijst is een kolom met toelichtingen toegevoegd. Daarin staat waar nodig aangegeven welke diagnoses onder de betreffende code vallen.

Zoals uit het voorgaande blijkt betreft deze herziening uitsluitend de classificatie van ziekten en (vooralsnog) niet de classificatie van ongevallen en arbeidsgebonden factoren, in de dagelijkse praktijk ook wel 'oorzaakcodes' genoemd.

Inleiding

Sinds 1997 gebruiken bedrijfs- en verzekeringsartsen de CAS-codering om ziektebeelden te classificeren.

Binnen enkele jaren na het verschijnen ervan was al duidelijk dat de classificatie aan herziening toe was. Bepaalde veel voorkomende aandoeningen kunnen slechts bij een verzamelcode worden ondergebracht. Soms is niet duidelijk welke code het best past bij een bepaald ziektebeeld¹.

In de loop der jaren werd de discrepantie tussen de uitvoeringspraktijk en de classificatie(mogelijkheden) steeds groter, vooral als gevolg van ontwikkelingen in de geneeskunde. Oude diagnoses vervallen en er komen nieuwe bij. Of de benaming verandert, maar hebben we het dan nog wel over het zelfde? Zolang de arts in zijn dossier de diagnose goed omschrijft is er op het niveau van de individuele cliënt nog niet zoveel mis. Immers: de gestelde diagnose is leidend en niet de code. Maar als de kans op het kiezen van verschillende codes bij één en het zelfde ziektebeeld steeds groter wordt is er op andere niveaus wel wat aan de hand. Een vergelijkend onderzoek dat zich richt op een bepaalde aandoening verliest zo makkelijk zijn representativiteit. Cliënten met verschillende aandoeningen kunnen worden geïnccludeerd, terwijl andere cliënten onterecht kunnen worden geëxcludeerd. Daarnaast kunnen er bij de verwerking van de gegevens op geaggregeerd niveau forse vertekeningen ontstaan.

De kans op verdere 'ontsporing' zou met de komst van de DSM-5 nog een stuk groter worden. Dat was de directe aanleiding om, zo'n twintig jaar na de introductie, werk te maken van herziening van de CAS.

Mede omdat psychische aandoeningen de belangrijkste factor zijn bij ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid is begonnen met de herziening van het hoofdstuk 'Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen'. Dat onderdeel is nu in concept afgerond. De overige onderdelen volgen nog, waarbij voor een vergelijkbare opzet zal worden gekozen.

In deze toelichting komen achtereenvolgens aan de orde:

- de belangrijkste keuzes die zijn gemaakt;
- de wijze waarop de herziening is uitgevoerd;
- de gevolgde aanpak;
- de totstandkoming van het overzicht;
- enkele specifieke aspecten van de herziening van het onderdeel psychische aandoeningen.

¹ CAS, Classificaties voor Arbo en SV; UWV, derde druk november 2002, blz. 5

Gemaakte keuzes

De belangrijkste keus die is gemaakt is dat we met de herziening van de CAS gebruik gaan maken van de codering van de ICD-11.

Vooraf vanuit onderzoeksperspectief is het van belang aan te sluiten bij deze internationaal gebruikte classificatie. Er zijn vrijwel geen redenen om er nog een eigen systematiek op na te houden, zoals bij de ontwikkeling van de CAS nog wel het geval was - zie het onderdeel 'Aanpak' hierna.

Omdat de DSM-5 binnen de psychiatrie de standaard is voor de classificatie van stoornissen gebruiken we wel de indeling en de benamingen uit de DSM-5, maar hanteren we voor de codering de ICD-11². Binnen de CAS houden we zo één coderingssystematiek aan, terwijl toch de DSM-5 als basis voor het onderdeel psychische stoornissen geldt.

Uitvoering

Begin 2016 is onder verantwoordelijkheid van UWV/Centraal Expertisecentrum, afdeling Beleid een werkgroep begonnen met de herziening van de CAS.

Deze werkgroep bestond uit drie verzekeringsartsen (van wie één mede namens de NVVG), drie bedrijfsartsen (van wie één mede namens de NVAB) en een psychiater.

De werkgroep is tot halverwege 2017 ongeveer eens per vier tot zes weken bij elkaar geweest. Door een combinatie van omstandigheden zijn de werkzaamheden toen stil komen te liggen. Eind 2020 is door CEC het initiatief genomen tot een herstart van de werkgroep. De werkgroep is in sterk afgeslankte vorm (twee verzekeringsartsen en de psychiater) in de eerste helft van 2021 nog enkele keren bijeen geweest, waarna het eindconcept van het herziene hoofdstuk Psychische aandoeningen kon worden opgeleverd.

Aanpak

Aan de huidige CAS heeft de ICD-10 ten grondslag gelegen. Er waren echter destijds bezwaren tegen ongewijzigd gebruik van de ICD die ertoe hebben geleid dat men heeft gezocht naar een van de ICD-10 afgeleid systeem. De belangrijkste bezwaren waren:

- de uitgebreidheid en sterke differentiatie binnen de ICD-10 (met zo'n 26.000 codes)
- de sterke klinische gerichtheid van de ICD-10

Aan het nieuwe systeem werden onder andere de volgende eisen gesteld: een beperkte omvang, gemakkelijke toegankelijkheid, gebruik kunnen maken van verzamelgroepen en compatibiliteit met de ICD-10³. Om aan de eerste eisen te kunnen voldoen werd een eigen, systematische structuur ontworpen met vier deelclassificaties en een beperkt aantal codes. Consequentie was dat voor de compatibiliteit met de ICD-10 conversietabellen moesten worden gerealiseerd.

Bij de herziening van de CAS hebben we het volgende vastgesteld:

- de ICD is nog steeds, internationaal gezien, de leidende classificatie. Bij aanvang van het project was dat nog de ICD-10, inmiddels is die vervangen door de ICD-11.

² De DSM-5 gebruikt de coderingen van de ICD-9

³ CAS, Classificaties voor Arbo en SV; UWV, derde druk november 2002, blz. 7-8

- de DSM-classificatie, ook die van de DSM-5, komt overeen met de ICD-9-CM codering. Dat heeft ermee te maken dat de ICD-9 nog tot in ieder geval 2014 voor verschillende doeleinden in gebruik is geweest, zowel in de Verenigde Staten als in Nederland.
- de systematiek van de CAS wijkt sterk af van de andere coderingsystemen; vertoont qua opzet nog de meeste overeenkomsten met de ICPC (International Classification of Primary Care), die in Nederland is geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren in de huisartsenpraktijk.

Bij de herziening van de CAS heeft de werkgroep zich afgevraagd of er, vanuit vakinhoudelijk perspectief, zwaarwegende redenen zijn om een eigen structuur en codering aan te houden in plaats van de internationaal gangbare ICD. De conclusie was vooralsnog dat dat niet het geval is. De bezwaren van destijds, bij de ontwikkeling van de CAS, kunnen ook op een andere manier worden ondervangen:

- de omvang van de classificatie kan beperkt worden gehouden door vanuit de ICD een selectie te maken met de voor de sociaalgeneeskundige praktijk (meest) relevante diagnoses.
- voor zover de ICD, vanwege de klinische gerichtheid, tekort schiet, kunnen codes worden toegevoegd die de ICD-systematiek volgen.

De werkgroep heeft ook vastgesteld dat binnen de ICD-systematiek aan de gestelde eisen kan worden tegemoetgekomen:

- ook binnen de ICD kan gebruik worden gemaakt van verzamelgroepen om op geaggregeerd niveau informatie te genereren; deze groepen zullen door het verschil in systematiek weliswaar voor een deel niet overeenkomen met die van de CAS, maar de werkgroep heeft geen specifieke voordelen voor de CAS-systematiek kunnen onderkennen.
- door gebruik te maken van de ICD-systematiek en de ICD-codes hoeft niet meer met conversietabellen te worden gewerkt.

Er was dus nauwelijks reden om de bestaande CAS-systematiek te handhaven, terwijl door het gebruik van de ICD maximale aansluiting op internationaal niveau kan worden bereikt. De internationale vergelijkbaarheid wordt daardoor een stuk groter, wat in een tijd waarin onze vakgebieden ook op wetenschappelijk niveau een enorme ontwikkeling doormaken, van doorslaggevend belang is.

Deze afwegingen werden gemaakt op het moment dat de ICD-10 nog in gebruik was. De werkgroep heeft zich toen al op de hoogte gesteld van de in ontwikkeling zijnde ICD-11 en vastgesteld dat genoemde overwegingen onverkort van toepassing zijn op de ICD-11, ook al is onder andere de codering veranderd.

Voor de classificatie van psychische stoornissen resteert dan nog wel een mogelijk probleem. De stoornissen in de DSM komen voor een deel niet overeen met die in de ICD. Deels bevatten beide verzamelingen stoornissen die in de andere niet voorkomen, voor een belangrijk deel zijn er grotere of kleinere verschillen in definities. Het gebruik van twee typen coderingen (DSM/ICD-9 naast ICD-10) was dan ook geen optie. De ICD-9 wordt inmiddels (vrijwel) niet meer gebruikt. De conclusie van de werkgroep was dat het ook voor het hoofdstuk psychische stoornissen veruit de voorkeur verdient om met de ICD-10 coderingen te werken respectievelijk de overstap te maken naar de ICD-11 zodra die zou worden ingevoerd.

Gezien het belang van de DSM-5 als internationale classificatie van psychische stoornissen, de breed gedeelde opvatting dat ondanks de bezwaren die er zijn er momenteel niets beters is, het ontbreken van een noodzaak om er een eigen CAS-systematiek op na te houden en de argumenten die ervoor pleiten om voor de codering de ICD-11 aan te houden, heeft de werkgroep ervoor gekozen om voor het onderdeel psychische stoornissen de DSM-5 classificaties en definities ongewijzigd te gebruiken, en voor de codering een vertaalslag te maken naar de ICD-11.

Totstandkoming van het overzicht

De DSM-5 is de basis voor het herziene hoofdstuk Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen.

Volledigheidshalve zij hier vermeld dat daarmee ook het in 2010 aan de CAS toegevoegde hoofdstuk Ontwikkelingsstoornissen vervalt. Behalve de codes O30x zijn alle andere stoornissen opgenomen in de DSM-5. De vraag is of de codes O30x in de herziene CAS terug moeten komen. Het betreft hier verstandelijke beperkingen die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking. Noch de DSM-5, noch de ICD-11 maakt in dit opzicht een onderscheid naar oorzaak. De ICD-11 biedt wel de mogelijkheid om (per specialisme) extra codes of cijfers toe te voegen. De vraag is echter ook of een onderscheid naar oorzaak van stoornis of beperking voor de sociale geneeskunde zinvol is als dat geen (belangrijke) betekenis heeft voor het functioneren. In ieder geval heeft de werkgroep, daar waar keuzes moesten worden gemaakt voor het al dan niet opnemen van afzonderlijke stoornissen of het al dan niet groeperen van stoornissen steeds ook de afweging gemaakt of het maken van onderscheid van betekenis is vanwege verschillende consequenties voor het functioneren van mensen.

De werkgroep heeft besloten om alle DSM-5 stoornissen in de herziene CAS op te nemen. Per diagnosegroep hebben steeds twee werkgroepleden een eerste inventarisatie gemaakt welke stoornissen afzonderlijk en welke in gegroepeerde vorm in de CAS moesten worden opgenomen. Vervolgens is deze in de voltallige werkgroep besproken en zijn definitieve keuzes gemaakt. Daarbij speelden de volgende criteria een rol:

- de mate van voorkomen in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Hierbij speelden de eigen ervaring en op CBBS-registraties gebaseerde frequentietabellen een rol.
- de specificiteit van de stoornis. Ook als een stoornis minder frequent voorkomt kan het zinvol zijn die wel afzonderlijk op te nemen vanwege specifieke kenmerken van belang voor bijvoorbeeld het verstrekken van verantwoordingsinformatie, wetenschappelijk onderzoek, re-integratie en het identificeren van bepaalde beroepsziekten. Zoals aangegeven kunnen verschillende consequenties voor het functioneren van mensen bij deze nadere afweging eveneens een rol spelen.

Stoornissen die dus niet als zodanig in de CAS zijn opgenomen zijn per diagnosegroep in een restcategorie ondergebracht. Die restcategorie is daarmee een verzameling van:

- de gespecificeerde stoornissen die we niet als afzonderlijke diagnose in de CAS hebben opgenomen;
- de 'andere gespecificeerde stoornissen', zoals die binnen (vrijwel) elke groep voorkomt;
- de 'ongespecificeerde stoornissen', zoals die binnen (vrijwel) elke groep voorkomt.

Toelichting bij enkele specifieke keuzes

In deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan o.a.:

- het niet opnemen van burn-out; de werkgroep wil dit punt in de commentaarronde meenemen
- de manier waarop de werkgroep verslavingen en middelenmisbruik heeft ondergebracht

Burn-out

Burn-out is met het oog op de herziening CAS niet in het overzicht van psychische stoornissen opgenomen. Aanleiding daartoe is dat burn-out ontbreekt in de DSM-5 (evenals in de DSM-IV). Daarmee ontbreekt de basis voor het gebruik van burn-out als afzonderlijke stoornis.

De werkgroep heeft zich afgevraagd of er inhoudelijke argumenten zijn om burn-out toch als specifieke stoornis op te nemen in de CAS, gezien het veelvuldige gebruik ervan in de dagelijkse praktijk. De (voorlopige) conclusie luidt dat die argumenten er onvoldoende zijn.

Uit een in 2017 uitgevoerd literatuuronderzoek kwam naar voren dat burn-out zowel veel overlap vertoont met depressie als met aanpassingsstoornis. De werkgroep kwam daarom tot de conclusie dat veelal een symptomencomplex zoals dat elders als burn-out wordt gedefinieerd als aanpassingsstoornis (met depressieve kenmerken) kan worden geclassificeerd. Voor zover dat niet mogelijk is zal altijd een andere DSM-5 classificatie van toepassing zijn⁴.

Er zijn twee hoofdredenen om te overwegen burn-out toch in de herziene CAS op te nemen:

1. Burn-out wordt in de dagelijkse praktijk veel gebruikt, zeker door bedrijfs- en huisartsen.
2. Noch in de DSM-5, noch in de DSM-IV staat iets vermeld over de vraag of overwogen is burn-out op te nemen dan wel wat beweegredenen zijn geweest dat niet te doen.

Bestudering van verschillende richtlijnen laat zien dat er geen eenduidige definitie wordt gehanteerd van het begrip burn-out. Dat geldt in mindere mate ook voor opeenvolgende NVAB-richtlijnen. Maar intussen lijkt er wel een zekere consensus te bestaan over de verhouding tussen overspanning en burn-out. Burn-out wordt daarbij gezien als een vorm van overspanning waarbij de klachten minstens zes maanden aanwezig zijn en moeheid en uitputting op de voorgrond staan. De richtlijn 'Psychische problemen' (voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, 2019) stelt dat "vanwege de beperkte bruikbaarheid en grote overlap met overspanning, gebruik van het begrip aanpassingsstoornis in de bedrijfsartsenpraktijk wordt ontraden". Een aantal eisen die aan het begrip aanpassingsstoornis wordt gesteld wordt als een beperking gezien (zoals het gegeven dat de classificatie strikt genomen alleen achteraf kan worden bepaald, omdat de aandoening niet langer dan zes maanden mag aanhouden).

In de ICD-10 en -11 komt burn-out wel voor, echter niet als diagnose. In de ICD-10 is burn-out een 'problem related to life-management difficulty' (geen goed Engels, heb ik me laten vertellen en mede daarom niet makkelijk om er goed Nederlands van te maken). In de ICD-11 wordt burn-out benoemd als werkgerelateerd probleem. Burn-out is een syndroom 'resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed'.

De ICD-11 biedt dus wel een code om burn-out onder te brengen, maar qua categorisering en beschrijving lijkt zij tegen de ideeën in te gaan dat burn-out juist wel vaak multifactorieel bepaald is.

Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

Met de komst van de DSM-5 zijn er drie grote veranderingen aangebracht in het classificeren van verslavingsgerelateerde problematiek.

1. De diagnoses afhankelijkheid van een middel en misbruik van een middel zijn samengevoegd tot één categorie, omdat naar voren is gekomen dat afhankelijkheid en misbruik waarschijnlijk deel uitmaken van dezelfde onderliggende verslavingsdimensie. Er worden drie niveaus van ernst onderscheiden licht, matig, ernstig.
De categorie middelgerelateerde stoornissen omvat nu tien soorten middelen (onder andere alcohol, opioïden, stimulantia, tabak).

⁴ Burn-out, interne notitie met literatuuroverzicht; Bert Cornelius, 26 januari 2017

2. Naast de middelgerelateerde stoornissen (zoals alcohol, enzovoort) is ook de gokstoornis (als vorm van een gedragsstoornis) in het zelfde hoofdstuk opgenomen, omdat daar waarschijnlijk hetzelfde beloningssysteem aan ten grondslag ligt.
3. De psychische stoornissen, die veroorzaakt worden door een middel, zijn verhuisd van het hoofdstuk Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen naar het hoofdstuk van de psychische stoornis waarvan ze de fenomenologie gemeen hebben (bijvoorbeeld: depressieve stoornis door een middel/medicatie is te vinden in het hoofdstuk Depressieve stemmingsstoornissen).

Samenhangend met deze veranderingen heeft de werkgroep ervoor gekozen om één code te gebruiken in geval de middelgerelateerde stoornis op zich centraal staat en niet een daaruit voortvloeiende specifieke stoornis. Wij maken dus geen onderscheid naar soort middel, omdat de gevolgen voor het functioneren in belangrijke mate overeenkomen.

In geval wel sprake is van een specifieke stoornis veroorzaakt door een middel vindt codering plaats overeenkomstig het hoofdstuk waar deze stoornis onder valt.

II. Overzicht psychische stoornissen - beschrijving per kolom

Het overzicht psychische stoornissen bevat een viertal kolommen:

1. Een kolom met de stoornis zoals die in de DSM-5 is opgenomen.
2. Een kolom met de bijbehorende ICD-11-code.
3. Een kolom met de huidige CAScode.
4. Een kolom met een toelichting.

Eerste kolom

Hier hebben we de indeling en de volgorde van de DSM-5 aangehouden. Ook de benaming van de stoornissen is afkomstig uit de DSM-5. Dat betekent dat, waar de ICD-11 afwijkt, de betreffende ICD-term niet in het overzicht valt terug te vinden. Consequentie is ook dat sommige ICD-11-codes die wij gebruiken in de ICD-11 een andere benaming hebben.

Alle DSM-5 stoornissen die niet in het overzicht zijn opgenomen moeten binnen het betreffende hoofdstuk bij de overige stoornissen worden geclassificeerd. Gevolg daarvan is dat die stoornissen niet onder een specifieke ICD-11-code zijn terug te vinden in onze registraties.

Enkele in de DSM-5 opgenomen stoornissen kunnen in de ICD-11 niet in het hoofdstuk psychische stoornissen (06) worden teruggevonden, maar wel elders. Dat geldt voor:

- het onderdeel slaap-waakstoornissen - deze zijn alle in de ICD-11 ondergebracht in een afzonderlijk hoofdstuk slaap-waakstoornissen (07)
- de onderdelen seksuele disfuncties en genderdysforie - deze zijn alle in de ICD-11 ondergebracht in een afzonderlijk hoofdstuk toestanden die verband houden met seksuele gezondheid (17)

We hebben ervoor gekozen deze onderdelen in navolging van de DSM-5 onder te brengen in het hoofdstuk psychische stoornissen.

Tweede kolom

Deze kolom vermeldt de ICD-11-code die bij de stoornis in de eerste kolom hoort.

De ICD-11 maakt regelmatig een onderverdeling aan binnen de betreffende stoornis. Die onderverdeling is voor ons doel vaak niet voldoende relevant (en is vaak niet de zelfde als die welke de DSM-5 hanteert). In dat geval gebruiken wij de extensie '.Z' om aan te geven dat alle varianten van de betreffende stoornis onder de betreffende code vallen.

Een enkele keer gebruiken we de extensie '.Y', namelijk als er een specifieke DSM-stoornis is die niet in de ICD-11 is opgenomen (voorbeeld: de schizofreniforme stoornis is niet in de ICD-11 opgenomen en hebben wij aan code 6A20.Y gekoppeld; in de ICD-11 is dat: andere gespecificeerde episode van schizofrenie).

Zie voor gebruik van de Y en de Z op de laatste positie ook het volgende onderdeel: ICD-11 classificatiestructuur.

Een enkele keer kon binnen de ICD-11 geen bijbehorende stoornis en codering worden gevonden voor een DSM-stoornis. In dat geval hebben wij een code gecreëerd die zo veel mogelijk aansluit bij de ICD-11-systematiek (voorbeeld: zeer lichte verstandelijke beperking - 6A00.9).

Derde kolom

In deze kolom is de huidige CAScode opgenomen.

Als de betreffende stoornis in de CAS geen eigen code heeft staat hier 'geen' vermeld. Een dergelijke stoornis zou dan in de huidige CAS onder een code 'Overige' behoren te worden ondergebracht. Sommige van de huidige CAScodes en bijbehorende stoornissen zijn niet in het overzicht opgenomen, omdat deze classificaties niet in de DSM-5 voorkomen (voorbeeld: P610 Rouwreactie; P690 Neurasthenie).

Het komt ook voor dat een huidige CAScode meermaals is vermeld. Dat betekent dat meerdere DSM-5-stoornissen, die we relevant genoeg vonden om in het nieuwe overzicht op te nemen, in de huidige CAS niet worden onderscheiden (voorbeeld: P694 Eetstoornis).

Vierde kolom

Deze kolom heeft twee functies:

- het geven van een toelichting, bijvoorbeeld om een bepaald kenmerk van de DSM-5 te benoemen, waar dat noodzakelijk is voor een goed begrip van het betreffende onderdeel
- het vermelden van die stoornissen die onder een betreffende code behoren te worden geclassificeerd (meestal betreft het de overige stoornissen van een onderdeel)

III. ICD-11 classificatiestructuur

De hoofdstukstructuur van de ICD-11 volgt voor het grootste deel de indeling in orgaanstelsels (inclusief de psychische ziekten). Ook zijn er hoofdstukken die zich richten op ervaren klachten, dan wel oorzaken van aandoeningen. In het kader van de CAS herziening zijn uitsluitend die hoofdstukken meegenomen die medisch diagnoses bevatten. Als een code uit een van de hoofdstukken die niet meegenomen worden toch van belang is, zal die code worden toegevoegd aan het hoofdstuk binnen de herziene CAS waarin dit het meest passend is.

Voor de oorzaakcodes zal ook binnen de herziene CAS van de eigen codering gebruik gemaakt worden, omdat die is toegespitst op gebruik binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (de benaming is officieel: classificatie van ongevallen en arbeidsgebonden factoren).

De ICD-11codes, zoals nu in de herziene CAS overgenomen, hebben maximaal zes posities binnen een reeks van 1A00.00 tot ZZ9Z.ZZ

- Het karakter op de eerste positie duidt altijd het hoofdstuk nummer aan. Dat kan een cijfer of een letter zijn.

- Het karakter op de tweede positie is altijd een letter en dient ertoe de ICD-11-codes van de ICD-10-codes te onderscheiden.
- Het karakter op de derde positie is altijd een cijfer.
- Als op de laatste positie een Y staat is dat voor de restcategorie 'andere gespecificeerde stoornis'.
- Als op de laatste positie een Z staat is dat voor de restcategorie 'andere ongespecificeerde stoornis'.
- Waar genummerd wordt van 1 tot Z zijn 34 karakters mogelijk (de I en de O worden niet gebruikt om verwarring met 1 en 0 te voorkomen). De A staat in dat geval voor 10, de B voor 11, enzovoort. Een stoornis van het urogenitaal stelsel, hoofdstuk 16, heeft dus als eerste karakter een G.

Voor de herziening van de CAS hebben we ervoor gekozen om en per hoofdstuk en per categorie stoornissen met één code te werken voor alle 'overige stoornissen', namelijk een code met als laatste karakter een Z. De Y op de laatste positie wordt dus (vrijwel) niet gebruikt.