

Vijftien veel gestelde vragen over DSM-5

1. Wat is de DSM en wat kunnen psychiaters ermee?

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) is een gerevisieerd classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten. Het is nadrukkelijk geen diagnose-handboek. Het stellen van een diagnose gebeurt nog altijd door uitgebreid en nauwkeurig psychiatrisch onderzoek volgens de daarvoor geldende richtlijnen. Idealiter wordt een classificatie pas definitief toegekend nadat diagnostiek heeft plaatsgevonden. Er zijn echter ook situaties, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, waarbij een classificatie nodig is voor een verwijzing naar de generalistische of gespecialiseerde ggz. Met gebruik van een gestandaardiseerd interview is het mogelijk dat daartoe getrainde medewerkers classificeren zonder dat zij een specifieke medisch-psychiatrische opleiding hebben genoten. De NVvP wijst classificatie buiten de context van een verwijzing of behandeling echter af. Ook de DSM-5 stelt dat classificatie alleen geëigend is wanneer dit relevant is voor de behandeling van de patiënt.

2. Wat is volgens DSM-5 een psychische stoornis?

Volgens DSM-5 is een psychische stoornis een "syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Een reactie op een veelvoorkomende stressor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, die te verwachten valt en cultureel wordt geaccepteerd, is geen psychische stoornis. Sociaal deviant gedrag (politiek, religieus of seksueel bijvoorbeeld) en conflicten die zich vooral afspelen tussen een individu en de maatschappij zijn geen psychische stoornissen, tenzij de deviantie of het conflict het gevolg is van disfunctioneren van het individu, zoals in het voorgaande wordt beschreven." (*Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, BOOM uitgevers, 2014)

3. Wat is het verschil tussen diagnostiek en classificatie?

Diagnostiek betreft het beschrijven en vaststellen van een psychische stoornis op basis van de klachten en problemen en symptomen die de patiënt ervaart en de verschijnselen die de clinicus vaststelt. Naast een beschrijving van de symptomen bevat een diagnose nog meer elementen: de fase van ontwikkeling van het ziektebeeld (bijvoorbeeld eerste keer dat symptomen zich voordoen, of een terugval na eerdere episode), complicaties, andere stoornissen of aandoeningen die van invloed zijn op de stoornis (comorbiditeit), factoren die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de stoornis en factoren die van invloed zijn op het beloop van de stoornis, functies die verstoord zijn en de beperkingen die hieruit voortvloeien in het dagelijks functioneren op verschillende levensgebieden (werk, wonen, sociale relaties) en tot slot factoren die van invloed zijn op het al dan niet aanslaan van de behandeling. Een diagnose heeft vaak de aard van hypothesen die in de loop van de tijd kunnen worden bijgesteld. Classificeren is het toewijzen van een psychische stoornis aan een beschreven categorie. DSM-5 is een classificatiesysteem waarmee we betrouwbaar de symptomen van patiënten kunnen rangschikken. Het geeft categorieën en criteria voor toewijzing aan die categorieën.

4. Waarom is een classificatiesysteem nodig?

Omdat een psychiatrische diagnose uit een veelheid van (beschrijvende) elementen bestaat is er een gemeenschappelijke taal wenselijk voor de patiënt, voor medici onderling, en voor wetenschappelijk onderzoek. Met die taal wordt een veel voorkomend cluster van symptomen onder één noemer gebracht. Het is een hulpmiddel, niet meer of minder dan dat. De DSM is herzien om nieuwe wetenschappelijke inzichten en kennis uit de praktijk te integreren in de classificatie.

5. Kan met de DSM ook zorg worden geïndiceerd?

Indiceren betreft het bepalen van de meest geschikte behandeling voor een patiënt. Een diagnose is hierop van invloed. Een classificatie, dus bijvoorbeeld een 'label' uit DSM-5 heeft echter vaak geen eenduidige relatie met de individuele behandelbehoefte en daarmee met de indicatie. Meerdere factoren zijn hierop van invloed, zoals beloop van de stoornis, de ernst van de klachten en de mate waarin dit bijdraagt aan het functioneren en lijden van de patiënt en de beschikbaarheid van middelen. Psychiatrische diagnostiek gaat in op de oorzaken en betekenis van een stoornis en is bedoeld om te helpen bij de keuze van een passende behandeling. We starten pas met behandeling na gedegen diagnostiek met een differentiële diagnose. Veranderingen in de DSM hebben weinig invloed op psychiatrische diagnostiek. Bij de indicatie worden persoonlijke voorkeuren van de patiënt en de medisch specialistische overwegingen geïntegreerd in een besluit voor passende behandeling.

6. Wat zijn in hoofdlijnen de belangrijkste verschillen tussen DSM-IV en DSM-5?

- Het systeem van classificatie langs vijf assen is verdwenen. Persoonlijkheidsstoornissen die voorheen op as II werden geclassificeerd zijn nu opgenomen als een van de categorieën.
- De hoofdstukindeling is gewijzigd, en komt beter overeen met de later te verschijnen ICD-11. Er zijn 22 hoofdstukken in deel II van de DSM-5
- Er is geen aparte sectie voor stoornissen op de kinderleeftijd en in de adolescentie. De hoofdstukken zijn op volgorde geplaatst van het ontwikkelingsperspectief. Classificaties die vaak voorkomen in de kindertijd staan vooraan, classificaties die vaker gebruikt worden bij oudere patiënten staan verderop in het boek.
- Er heeft deels een hergroepering plaatsgevonden van classificaties.
- Er zijn veel veranderingen in de classificatiecriteria.
- De dimensionele aspecten van psychiatrische stoornissen zijn meer meegenomen in de classificatie.
- Er zijn minder subtypes gedefinieerd.
- De zogenaamde 'specificaties' zijn toegevoegd. Hier gaat het om een beschrijving van aspecten die de diagnose en de classificatie verfijnen en valideren: aard, ernst, beloop en klinisch relevante items (b.v. suïcidaliteit)

7. Worden in DSM-5 nieuwe psychiatrische ziekten bedacht?

Er zijn in deze editie een aantal classificaties toegevoegd, er zijn ook een aantal classificaties eruit gehaald of samengevoegd. Een voorbeeld van een nieuwe classificatie is de verzamelstoornis en de eetbuistoornis (eetbuien zonder braken daarna). Bij deze wijzigingen gaat het er niet om dat nieuwe ziekten worden bedacht. Wel is er een poging gedaan om reële klachten van patiënten die zich melden bij de geestelijke gezondheidszorg een plaats te geven. Hierdoor kunnen patiënten nu wel een behandeling krijgen, bijvoorbeeld voor een verzamelstoornis, waar dat voorheen moeilijk was omdat het niet als een gezondheidszorgprobleem werd gezien. Classificaties die te weinig differentieerden om klinisch een relevant verschil te maken zijn samengevoegd. De verschillende classificaties van autisme zijn bijvoorbeeld samengevoegd. De statistieken: 13 nieuwe classificaties, 2 oude classificaties eruit, door clustering in totaal 28 categorieën minder, 157 specifiek classificaties (i.t.t. 172 in DSM IV).

8. Leiden aangepaste classificatiecriteria (verruiming) in DSM-5 tot overdiagnostiek en -behandeling? Hoe moet 'medicalisering' begrepen worden en wat is de rol van DSM-5 hierin?

Wereldwijd is er veel kritiek op de nieuwe editie van de DSM. Bijvoorbeeld dat een aantal veranderingen in de nieuwste editie zou gaan leiden tot overdiagnostiek en onnodige behandeling. Er is inderdaad een aantal veranderingen in de indeling van ziektebeelden doorgevoerd, wat heeft geleid tot een aantal nieuwe categorieën. Echter, op basis van onderzoeksbevindingen heeft men in de nieuwe DSM getracht het onderscheid tussen ziekte en gezondheid scherper te maken, juist om overdiagnostiek te voorkomen. In deel I van de DSM-5 worden twee criteria gesteld waaraan moet worden voldaan voordat überhaupt overgegaan mag worden tot classificatie. Ten eerste moet worden voldaan aan de algemene definitie van een psychische stoornis met als onderdeel significante lijdensdruk en/of significant disfunctioneren meetbaar via een meetschaal de WHODAS-2.0 die ook gaat gelden voor de ICD-11. Ten tweede moet er sprake zijn van een hulpvraag van de patiënt. Het verleden laat zien dat een nieuwe DSM-editie niet per definitie leidt tot meer diagnoses. Wel is het aantal behandelingen de laatste jaren toegenomen, maar die stijging is mede toe te schrijven aan maatschappelijke ontwikkelingen als toegenomen kennis en het taboe dat langzaam minder wordt. De vereniging vindt dit een goede ontwikkeling.

Medicalisering is een sociologisch fenomeen; een complex proces dat zich in een samenleving over decennia uitstrekt en waar alle onderdelen van die samenleving een eigen rol in spelen, zowel de burger, de patiënt, de verzekeraar en de overheid (in financieringsstelsel), en ook de medische stand. De kern van medicalisering is dat gewone fenomenen worden bestempeld en begrepen als symptomen van ziekte. De rol van de DSM-5 in medicalisering in de samenleving is afhankelijk van wie de DSM 5 gebruikt en met welk doel. Wanneer niet-medici de DSM classificaties gaan toepassen op gedrag zonder dat daaraan psychiatrische diagnostiek aan vooraf gaat, dan kan men spreken over medicalisering. Dat ligt dan niet aan de DSM-5, maar aan degene die het classificatiesysteem op onjuiste manier gebruikt.

9. Hoe wordt DSM-5 in de klinische praktijk geïmplementeerd? Heeft implementatie gevolgen voor de patiënt?

Implementatie van DSM-5 kent drie dimensies. Allereerst het gebruik van de DSM-5 in de klinische praktijk. Hiervoor is het nodig dat psychiaters geschoold worden en dat DSM-5 ook in het onderwijs aan artsen in opleiding tot psychiater wordt opgenomen. De tweede dimensie is het gebruik van DSM-5 voor de afbakening van de geestelijke gezondheidszorg die is opgenomen in het verzekerd pakket en het gebruik in de bekostiging van de zorg. Hiervoor zijn respectievelijk het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ), de NZa en DBC onderhoud de aangewezen organisaties. Zij vragen hierbij wel advies aan onder andere de NVvP. Tot slot is er het gebruik van DSM-5-classificaties in wetenschappelijk onderzoek naar (de behandeling van) psychiatrische stoornissen. Ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek wordt ook een nieuw classificatiesysteem ontwikkeld door de NIMH: de Research Domain Criteria. Dit classificatiesysteem moet meer tegemoet komen aan het dimensionale karakter van psychiatrische stoornissen. (<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>)

De invoering van de DSM-5 heeft geen directe gevolgen voor de behandeling van de patiënt. Het kan zijn dat bepaalde classificaties niet meer gebruikt worden en dat patiënten met dezelfde soort klachten nu een iets gewijzigde classificatie krijgen. Omdat het hier gaat om een classificatie en niet om een diagnose met inhoudelijke betekenis voor de behandeling hoeft de patiënt hier weinig van te merken. Anders wordt het als de betaling van de behandeling door de zorgverzekeraar afhankelijk is van een DSM-classificatie. Hierover gaat het Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ) die met de minister bewaakt wat er in het verzekerd pakket is opgenomen en onder welke voorwaarden.

10. Wat zijn de belangrijkste kritiekpunten op DSM-5? Hoe staat de NVvP tegenover de DSM-5?

Een van de kritiekpunten is dat de classificaties in DSM-5 weinig tot geen relatie hebben met de door de patiënt ervaren problemen en daardoor ook weinig informatie geven over de behandelbehoefte. Dit komt omdat het hier gaat om classificaties van psychiatrische beelden en niet om een diagnose.

Een tweede veelgehoord kritiekpunt is dat de DSM-5 bijdraagt aan medicalisering van normaal gedrag. Omdat veel mensen zich herkennen in de lijstjes van criteria voor een classificatie wordt al makkelijk beweerd dat iedereen dan een stoornis heeft. Dit is echter niet het geval. DSM-5 stelt dat classificatie pas aan de orde is wanneer een behandelbehoefte is vastgesteld, op basis van het lijden van de patiënt en de impact van de klachten op het dagelijks functioneren. Veel van het commentaar op DSM-5 berust op misverstanden over wat DSM-5 is en de wijze waarop het classificatiesysteem wordt toegepast.

De NVvP staat positief tegenover DSM-5 voor wat het is, een classificatiesysteem. De huidige DSM is beter dan ooit. En in de juiste handen is het een goed hulpmiddel.

11. Hoe komt het dat DSM steeds meer buiten de klinische praktijk gebruikt wordt? Bijv. door verzekeraars, farmaceuten.

In Nederland hangt het gebruik van DSM door zorgverzekeraars voor een belangrijk deel samen met de introductie van de diagnose-behandelcombinatie (DBC) voor de betaling van behandelingen in de gezondheidszorg. Een DBC-GGZ bestaat uit twee hoofdelementen: de diagnose en een intensiteit van behandeling in tijd (minuten). Voor de diagnose worden de hoofdgroepen uit de DSM gebruikt. Het gaat hierbij dus niet om een echte diagnose, maar om een classificatie. Bij de bepaling van het tarief wordt uitgegaan van gemiddelde behandelinzet op groepsniveau.

Farmaceuten gebruiken DSM-classificaties om hun medicatie te koppelen aan een bepaalde stoornissen. Dit kan een vereiste zijn voor de registratie van een medicijn. In sommige landen, bijvoorbeeld in de VS, is het ook makkelijker om een medicijn te verkopen voor een specifieke klacht of stoornis. In Nederland is deze invloed minder omdat farmaceuten geen reclame mogen maken onder burgers/patiënten voor hun producten die alleen op voorschrift van een arts verkrijgbaar zijn.

12. Verandert door DSM-5 het pakket van verzekerde zorg in de ggz?

Het Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ) adviseert de minister over wat wel en niet tot de verzekerde zorg gerekend moet worden. Het Zorginstituut stelt tot nog toe dat bij verzekerde zorg in de geestelijke gezondheidszorg in ieder geval sprake moet zijn van een stoornis die in DSM geassocieerd wordt of een vermoeden van zo'n stoornis. Tegelijkertijd leidt een stoornis die in DSM-5 genoemd staat niet per definitie tot verzekerde zorg. Hiervoor gebruikt het Zorginstituut namelijk nog meer criteria die van toepassing moeten zijn. Dit zijn de zogenaamde pakketcriteria, te weten noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Het is uiteindelijk aan het Zorginstituut Nederland en de minister van VWS om te besluiten welke behandelingen tot de geneeskundige ggz in het verzekerd pakket gerekend worden.

13. Wat voor gevolgen hebben de veranderingen in DSM-5 voor de bekostiging volgens het DBC-systeem?

Vooralsnog heeft de komst van de DSM-5 en de Nederlandse vertaling geen gevolgen voor de bekostiging. Op dit moment zijn de DSM-IV en de bekostiging van de behandeling met elkaar verweven via de Diagnose-behandel-combinatie (DBC). Dat is het product dat een zorgaanbieder declareert bij de zorgverzekeraar en waar een bepaald tarief bij hoort. Een declaratie op basis van een gemiddelde kostprijs per DBC bestaat grofweg uit twee elementen: de hoofdclassificatie uit DSM en een behandelduur in minuten. Het is aan de Minister van VWS in samenwerking met de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) en DBC Onderhoud om te bepalen welk classificatiesysteem in de declaratiesystematiek wordt gebruikt. Zij laten zich hierbij adviseren door de NVvP.

14. Wat wordt bedoeld met dat DSM-5 een 'levend' document is?

Dat betekent dat de nieuwe herzieningen van de DSM-5 niet meer tien jaar of langer op zich laten wachten en dat de volgende versie ook niet een radicale wijziging ten opzichte van deze versie zal betekenen. Nieuwe kennis en ontwikkelingen in de praktijk kunnen makkelijker verwerkt worden in opeenvolgende versies van de DSM-5. (Die worden dan genummerd met DSM-5.1, 5.2 etc.)

15. Hoe verhoudt DSM 5 zich tot andere classificatiesystemen, als ICD-10 en ICD-11? Heeft het zin om op de ICD 10 over te stappen? Wat zijn voor- en nadelen van ICD 10 versus DSM-5?

De DSM-5 en de ICD bestaan naast elkaar. De ICD 10 is de classificatielijst van de Wereldgezondheidsorganisatie. Hierin zijn zowel somatische als psychiatrische ziekten opgenomen. Psychiatrische classificaties zijn daarbinnen één hoofdstuk (ICD 10, hoofdstuk V, codes F00-F99, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#V>). De DSM-5 classificeert alleen psychiatrische stoornissen. Doordat in de DSM-5 een aantal nieuwe stoornissen zijn opgenomen hebben die vooralsnog geen bijbehorende ICD-10-codering. In het najaar van 2014 wordt de ICD-10-CM, de "ICD-10 Clinical Modification" verwacht uit de Verenigde Staten. Dan is een volledige koppeling tussen de DSM-5 en de ICD-10-codering mogelijk geworden. Vanaf dat moment zijn beide codesystemen volledig en compatibel. In Nederland worden voorlopig nog de DSM-classificaties en bijbehorende ICD-9-CM-codes gebruikt in de declaratiesystemen. In sommige delen van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen wordt de meer algemene ICD-10 gebruikt. Voordeel van de ICD is dat er geen scheiding in de classificatie wordt aangebracht tussen somatische en psychiatrische aandoeningen. Voordeel van de DSM-5 is dat deze veel meer kennis over psychiatrische aandoeningen reflecteert.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, versie april 2014.