

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 30-04-2020 om 11:21. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/parafiele-en-hyperseksuele-stoornissen>

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

Zorgstandaard

Parafiele en hyperseksuele stoornissen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	6
1.1 Introductie	6
2. Samenvatting	8
2.1 Samenvatting	8
2.1.1 De stoornis	8
2.1.2 Uitgangspunten	8
2.1.3 Forensische aspecten	9
2.1.4 De epidemiologische kenmerken	9
2.1.5 Vroege onderkenning en preventie	9
2.1.6 Diagnostiek	9
2.1.7 Behandeling en begeleiding	10
2.1.8 Herstel, participatie en re-integratie	11
2.1.9 Organisatie van zorg	11
3. 1. Visie op zorg: Gezondheid als perspectief	13
3.1 1.1 Inleiding	13
3.2 1.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich	13
3.3 1.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact	13
3.4 1.4 Gepast gebruik van labels	14
3.5 1.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken	14
3.6 1.6 Samenwerken aan zorg en herstel	14
4. 2. Inleiding	16
4.1 2.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	16
4.1.1 Zorgstandaard	16
4.1.2 Generieke module	16
4.1.3 Richtlijn	16
4.1.4 Deze zorgstandaard	16
4.2 2.2 Patiënt- en familieparticipatie	17
4.3 2.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules	18
4.4 2.4 Betrokken organisaties en procedure	18
4.5 2.5 Verantwoording	18
4.6 2.6 Uitgangspunten	20
4.6.1 Algemeen	20
4.7 2.7 Leeswijzer	20
5. 3. Over parafiele en hyperseksuele stoornissen	22
5.1 3.1 Inleiding	22
5.1.1 Kenmerken of symptomen	25
5.1.2 Prevalentie	28

5.1.3 Verklaringen	31
5.1.4 Het beloop	33
5.1.5 Het scala van behandelingen en waar deze zich op richten	34
5.1.6 De kwaliteit van leven en invloed op het maatschappelijk functioneren	35
5.2 3.2 Doelstelling	36
5.3 3.3 Doelgroep	36
6. 4. Zorg rondom parafiele en hyperseksuele stoornissen	38
6.1 4.1 Inleiding	38
6.2 4.2 Vroege onderkenning en preventie	38
6.2.1 Vroege onderkenning	38
6.2.2 Preventie	39
6.3 4.3 Diagnostiek en monitoring	39
6.3.1 Diagnostiek	39
6.3.2 Onderscheid in complexiteit en ernst	46
6.3.3 Monitoring	47
7. 5. Individueel zorgplan en behandeling	48
7.1 5.1 Inleiding	48
7.2 5.2 Zelfmanagement	49
7.3 5.3 Behandeling en begeleiding	50
7.3.1 Psycho-educatie	50
7.3.2 Psychotherapeutische behandeling	51
7.3.3 Medicamenteuze behandeling	59
7.3.4 Innovatieve en experimentele behandelingen	62
7.3.5 Aanvullende behandelwijzen	63
7.3.6 Behandeling in een forensische setting	63
8. 6. Herstel, participatie en re-integratie	65
8.1 6.1 Herstel en herstelgericht werken	65
8.2 6.2 Participatie	67
8.3 6.3 Re-integratie	67
9. 7. Generieke modules	69
9.1 7.1 Inleiding	69
9.2 7.2 Diversiteit	69
9.3 7.3 Zelfmanagement	69
9.4 7.4 eHealth	69
9.5 7.5 Bijwerkingen	70
9.6 7.6 Comorbiditeit	70
9.7 7.7 Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)	70
9.8 7.8 Psychotherapie	70
9.9 7.9 Destigmatisering	71

9.10 7.10 Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	71
10. 8. Organisatie van zorg	72
10.1 8.1 Inleiding	72
10.2 8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	72
10.2.1 Echelonering en gepast gebruik	72
10.2.2 Regiebehandelaar	73
10.2.3 Overdracht en consultatie	73
10.2.4 Informatie-uitwisseling	74
10.2.5 Toegankelijkheid	74
10.2.6 Keuzevrijheid	75
10.2.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning	76
10.2.8 Privacy	76
10.3 8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten	77
10.3.1 Het zorgpad bij parafiele en hyperseksuele stoornissen	77
10.3.2 Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners	79
10.3.3 Rechten van de patiënt	80
10.3.4 Competenties van de zorgverlener	80
10.4 8.4 Kwaliteitsbeleid	81
10.4.1 Kwaliteitsstatuut	81
10.4.2 Deskundigheidsbevordering	82
10.5 8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	82
10.6 8.6 Financiering	82
10.6.1 Algemeen	82
10.6.2 Specifiek	83
11. 9. Kwaliteitsindicatoren	84
11.1 9.1 Inleiding	84
11.2 9.2 Uitkomstindicatoren	85
11.2.1 Inleiding	85
11.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	86
11.2.3 Specifieke instrumenten	87
11.2.4 Generieke instrumenten	89
11.3 9.3 Procesindicatoren	94
11.4 9.4 Structuurindicatoren	94
12. 10. Implementatieplan	95
12.1 Kwaliteitsstandaarden	95
12.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	96
12.2.1 Monitoring van de implementatie	97
12.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	97
12.4 Bestaande afspraken	97

12.5 Algemene implementatie thema's	98
12.5.1 Bewustwording en kennisdeling	98
12.5.2 Samenwerking	99
12.5.3 Capaciteit	100
12.5.4 Behandelaanbod	101
12.5.5 Financiering	101
12.5.6 ICT	102
12.6 Specifieke implementatie thema's	103
12.6.1 Bewustwording en kennisdeling	103
12.6.2 Samenwerking	104
12.6.3 Capaciteit	104
12.6.4 Behandelaanbod	104
12.6.5 Financiering	104
12.6.6 ICT	104
13. 11. Achtergronddocumenten	105
13.1 Samenvatting survey patiëntenparticipatie parafilie	105
13.2 Samenstelling werkgroep	106
13.3 Knelpunten, uitgangsvragen en methode	108
13.4 Rapportage Conjunctanalyse	111
13.5 Strafrechtelijk kader van verboden seksueel handelen	119
13.6 Medicatie	121
13.7 Relevante documenten en websites	122

1. Introductie

Autorisatiedatum 30-04-2020 Beoordelingsdatum 30-04-2020

1.1 Introductie

Deze zorgstandaard geeft handvatten voor diagnostiek en neemt je mee in de mogelijkheden van behandeling en begeleiding van mensen met een parafilie of hyperseksuele stoornis. Ook vind je er meer in over wat er nodig is voor herstel, participatie en re-integratie van deze patiënten.

Wanneer is parafilie een stoornis?

Niet iedereen vindt hetzelfde sexy of aantrekkelijk. Misschien vind je bepaalde situaties aantrekkelijk. Of bepaalde voorwerpen. Dit zijn bijzondere seksuele voorkeuren. Een parafilie is een ongewone, atypische seksuele interesse of voorkeur voor bepaalde activiteiten of bepaalde erotische doelen of objecten. Een parafilie is op zich geen stoornis: dat is het pas als de parafilie of de uiting of bevrediging daarvan leidt tot persoonlijk lijden, functionele beperkingen of (het risico op) schade bij zichzelf of anderen.

Het is niet precies bekend hoe vaak bijzondere seksuele voorkeuren voorkomen. Mensen vertellen er niet makkelijk over. Wel weten we dat het vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen.

Wat is hyperseksualiteit?

Hyperseksualiteit is een terugkerende, intense en overmatige preoccupatie met seksuele fantasieën en gedragingen die individuen maar moeilijk kunnen beheersen. Veel bezig zijn met seks hoeft op zich geen probleem te zijn. Bovendien is de grens tussen veel en niet veel arbitrair. Anders dan bij parafilieën zijn deze seksuele fantasieën en gedragingen niet noodzakelijk apart of ongewoon. Van een stoornis is ook hier pas sprake als iemand er onder lijdt of zichzelf of anderen daarmee schade (dreigen te) berokkenen.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

2.1 Samenvatting

Van deze zorgstandaard kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. De stoornis
2. Forensische aspecten
3. De epidemiologische kenmerken
4. Vroege onderkenning en preventie
5. Diagnostiek
6. Behandeling en begeleiding
7. Herstel, participatie en re-integratie
8. Organisatie van zorg

2.1.1 De stoornis

Een parafilie is een ongewone, atypische seksuele interesse of voorkeur voor bepaalde activiteiten of bepaalde erotische doelen of objecten. De meest bekende vormen zijn: voyeurisme, exhibitionisme, frotteurisme, seksueel sadisme, pedofilie, seksueel-masochismestoornis, fetisjismestoornis of transvestiestoornis. Hyperseksualiteit is een terugkerende, intense en overmatige preoccupatie met seksuele fantasieën en gedragingen die individuen maar moeilijk kunnen beheersen.

2.1.2 Uitgangspunten

Parafilie en hyperseksualiteit op zich zijn geen stoornissen. Van een stoornis is pas sprake als de betrokkene daaronder lijdt, of zichzelf of anderen daarmee (dreigt te) schaden.

- Belangrijk is dat betrokkenen eigen keuzes maken binnen de in onze maatschappij geldende grenzen (strafwet, seks met wederzijdse instemming, zelf en ander niet schaden).
- Van hulpverleners kan worden verwacht dat zij een positieve houding hebben ten aanzien van seksualiteit.
- Van hulpverleners kan worden verwacht dat zij compassie hebben met patiënten én zorgen voor duidelijke grenzen.
- Hulpverleners zorgen voor openheid/transparantie naar de patiënt (bijvoorbeeld over de eigen normen en waarden op het gebied van seksualiteit, en over wanneer men gehouden is aan het beroepsgeheim en wanneer men genoodzaakt is dat te schenden).
- De hulpverlening is niet alleen gericht op de patiënt, maar ook op de omgang met zijn of haar naasten/directe omgeving.
- Voor de diagnostiek en behandeling van patiënten maakt het in principe niet uit of die plaatsvindt op eigen initiatief of door justitie is opgelegd.

2.1.3 Forensische aspecten

Bij de parafilieën waarbij het risico bestaat op het overtreden van de strafwet, dient een onderscheid te worden gemaakt tussen een seksuele interesse (aantrekking, fantasieën, verlangens) en seksueel handelen. Een voyeuristische, exhibitionistische, frotteuristische of pedofiele gerichtheid is niet strafbaar, maar voyeuristisch, exhibitionistisch, frotteuristisch seksueel handelen met een niet-instemmende persoon of seksueel handelen met minderjarigen is dat wel. Als een parafilie gepaard gaat met strafrechtelijk verboden seksueel handelen met een niet-instemmende of minderjarige persoon, leidt dat tot de diagnose parafiele stoornis.

Niet iedereen met een parafiele interesse handelt daarnaar op een manier die schadelijk is voor een ander. Mensen met een pedofiele gerichtheid bijvoorbeeld kunnen zich van ontucht onthouden omdat ze weten dat dit schadelijk is voor kinderen. Een pedofiel is dus niet per se een zedendader. Anderzijds hoeft iemand die ontucht pleegt met kinderen niet per se een pedofiele voorkeur te hebben. Ontucht met kinderen komt in de meeste gevallen zelfs niet uit een pedofiele voorkeur voort.

2.1.4 De epidemiologische kenmerken

In Nederland heeft 2,3% van de mannen en 0,2% van de vrouwen een dwangmatig verlangen naar seks. De prevalentie en incidentie van parafilieën en parafiele stoornissen is niet goed bekend. Onderzoek richt zich vaak op enige interesse in parafiele prikkels onder selectieve groepen. Zo werd in een online steekproef enige pedofiele interesse gevonden bij 10% van de mannen en 4% van de vrouwen. Deze interesse zal echter in lang niet alle gevallen voldoen aan de criteria van een parafilie. Parafiele stoornissen zullen op hun beurt weer veel minder vaak voorkomen dan parafilieën.

2.1.5 Vroege onderkenning en preventie

In de puberteit wordt seksualiteit voor jongeren opeens belangrijk. Zij ontdekken in die periode allerlei nieuwe seksuele prikkels. Sommigen van hen kunnen op een gegeven moment zoveel bezig zijn met seks, of zo in de ban raken van bepaalde seksuele stimuli, dat sprake lijkt te zijn van hyperseksualiteit of van een parafilie.

Laagdrempelige, goede voorlichting over deze thema's is belangrijk, niet alleen voor de betrokkenen zelf maar ook voor hun naasten.

Omdat empirisch goed onderbouwde verklaringsmodellen voor parafiele en hyperseksuele stoornissen ontbreken, is over effectieve preventieve maatregelen niets met zekerheid te zeggen.

2.1.6 Diagnostiek

Voor de diagnose zijn 2 vragen cruciaal:

1. Is sprake van een parafiele of hyperseksuele stoornis (d.w.z. parafilie/hyperseksualiteit én lijdensdruk/beperkingen/potentiële schade)?
2. Worden de symptomen niet volledig verklaard door andere psychische stoornissen (bijvoorbeeld: depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis), somatische stoornissen (bijvoorbeeld: hersentumor, dementie), of medicijn-/middelengebruik (bijvoorbeeld:

dopamineagonisten voor behandeling van de ziekte Parkinson)?

Houd er rekening mee dat een persoon meerdere parafilieën kan hebben en dat deze nauw verweven kunnen zijn met hyperseksualiteit en met andere psychische stoornissen.

Heb bij de diagnostiek aandacht voor:

- de fenomenologische dimensie;
- de biologische dimensie;
- de (psycho)pathologische dimensie;
- de sociale dimensie.

Vanuit forensisch oogpunt is ook nog het volgende relevant:

- de strafrechtelijke dimensie;
- de gevaarlijkheidsdimensie (risico-taxatie).

2.1.7 Behandeling en begeleiding

De behandeling richt zich op de volgende einddoelen:

- Het vermijden van gevaar of schade voor de patiënt zelf of anderen.
- Het verminderen van het lijden onder de parafilie/hyperseksualiteit.
- Het verminderen van interpersoonlijke stress door de parafilie/hyperseksualiteit (persoonlijk, relationeel of maatschappelijk).
- Het verminderen van de parafilie/hyperseksualiteit zelf.

Deze doelen hoeven niet noodzakelijkerwijze in deze volgorde te worden nagestreefd (mits er geen acuut gevaar of schade is) en hebben over en weer invloed op elkaar.

Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen kunnen verschillende behandelmethoden worden toegepast: psycho-educatie, psychotherapie en farmacotherapie. Bij een psychotherapeutische behandelingswijze kan worden gewerkt vanuit verschillende referentiekaders (bijvoorbeeld: psychodynamisch, cognitief-gedragstherapeutisch) en in verschillende settings (individueel, relatie of gezin, groep). Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen wordt in de regel gekozen voor een cognitief - gedragstherapeutische behandelingswijze. Individuele gesprekken worden daarbij zo mogelijk gecombineerd met partnerrelatie- of groepstherapie. Psycho-educatie maakt bij iedere patiënt onderdeel uit van de behandeling.

Farmacotherapie kan een belangrijke aanvulling op de psychologische behandeling zijn. De meeste gebruikte farmacologische behandelingen van parafiele en hyperseksuele stoornissen richten zich op het verlagen van testosteron-niveaus (door cyproteronacetaat of triptoreline) of verhogen van serotonine-niveaus (door Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)).

Bejegening

Behalve de behandelingsmethode is ook de responsiviteit van de behandelaar van invloed op het behandelingsresultaat. Wees warm, empathisch, belonend en directief en sluit aan bij het (leer)vermogen van de patiënt.

Veroordeel eventueel seksueel-grensoverschrijdend gedrag, maar niet de patiënt als persoon. Vermijd negatief woordgebruik als 'fout', 'dader', 'stoornis' en 'afwijking'. Benader patiënten met een parafilie die kan leiden tot strafbaar seksueel gedrag worden niet op voorhand als potentiële zedendader.

Zelfmanagement

Zowel over parafilieën als over hyperseksualiteit ('seksverslaving') is veel informatie beschikbaar op het internet. Via het internet kan men ook met anderen in contact komen. Op verschillende plaatsen in het land zijn er zelfhulpgroepen. Daar kan men steun, begrip en herkenning vinden, en elkaar zo nodig ook corrigeren.

Andere behandelvormen

Andere behandelvormen zijn eHealth en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Aanvullend kunnen zijn: haptotherapie en/of lichaamsgerichte therapie, yoga en andere ontspanningstrainingen.

Behandeling in een forensische setting

In de forensische setting ligt de focus op controlerende interventies en het voorkomen van recidive. De behandeling is niet alleen gericht op mensen met een parafiele stoornis, maar ook op mensen die een zedendelict hebben begaan zonder dat daarvan sprake is.

Bij de behandeling is naast aandacht voor de parafilie en eventuele hyperseksualiteit, ook aandacht voor bewuste gedrags- en agressieregulatie, inhibitie en vermindering van risicosituaties.

2.1.8 Herstel, participatie en re-integratie

Herstel is voor elke patiënt met een parafiele of hyperseksuele stoornis verschillend. Uitgangspunt is dat een parafilie niet is te genezen, maar dat de patiënt ermee kan leven op een manier die voor hem of haar acceptabel is en zonder dat de betrokkene zelf of anderen daarvan schade ondervinden. In sommige gevallen volstaat het wanneer de patiënt vrede heeft met zijn ongewone voorkeur en daar op een prettige manier uiting aan kan geven, al dan niet met zijn/haar partner. In andere gevallen wordt de parafiele voorkeur zoveel mogelijk geminimaliseerd en wordt gezocht naar alternatieve manieren om uiting te geven aan de seksuele gevoelens. Daarnaast kan het een doel zijn om invulling te geven aan het leven en weer deel te nemen aan de maatschappij.

Mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis kunnen te maken krijgen met re-integratie en rehabilitatie. Dit geldt vooral voor patiënten uit de forensische zorg. Behandeling in de forensische zorg is erop gericht de controle en het toezicht geleidelijk af te bouwen en resocialisatie stap voor stap op te bouwen. Er zijn diverse programma's ontwikkeld voor de resocialisatie van zedendaders, vaak met zowel een behandel- als een controlecomponent. Terugvalpreventie is daarvan een belangrijk onderdeel.

2.1.9 Organisatie van zorg

Uitgangspunt bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen is interdisciplinair

denken én (zo nodig) interdisciplinair handelen. Dit betekent dat informatie-uitwisseling en samenwerking tussen behandelaars vanuit verschillende disciplines wenselijk is, ongeacht de werksetting.

Voor mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis die als belangrijkste klacht hebben dat ze lijden onder hun parafilie of hyperseksualiteit, zal de huisarts meestal het eerste aanspreekpunt zijn. Ook personen die zich in eerste instantie hebben gewend tot het internet voor het zoeken van informatie kiezen vervolgens voor de huisarts als professioneel aanspreekpunt. De huisarts zal zich in het algemeen beperken tot het waar mogelijk normaliseren en mensen motiveren hulp te zoeken. Behandeling vindt plaats in de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Bij voorkeur door een gespecialiseerde zorgverlener, zoals een seksuoloog geregistreerd bij de NVVS.

Forensische zorg kan variëren van een behandeling en verblijf in zwaarbeveiligde tbs-klinieken - (Forensische Psychiatrische Centra: hoogste beveiligingsniveau) bij een ernstig delict met een strafdreiging van tenminste 4 jaar en een grote behandel noodzaak - tot een behandeling in poliklinische forensische voorzieningen. Tussen tbs- en poliklinische behandeling zijn er 3 tussenvormen van forensische behandeling voor lichtere vormen van stoornissen, zoals een behandeling in Forensische Psychiatrische Klinieken (FPK) of behandeling in Forensische Psychiatrische Afdelingen (FPA). Het is belangrijk dat de overgang van de forensische zorg naar de reguliere ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg goed verloopt.

3. 1. Visie op zorg: Gezondheid als perspectief

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

3.1 1.1 Inleiding

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naaste(n) op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke-, professionele- en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief en het minst belastend zijn. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

3.2 1.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid. Op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Machteld Huber. (2014). Proefschrift 'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food'.

Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is niet persé een doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te leiden.

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel, ontwikkeling en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel. Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Soms zal de regie tijdelijk door anderen overgenomen moeten worden. Professionals zullen samen met patiënten en naastbetrokkenen een evenwicht moeten vinden tussen hun draaglast en draagkracht om de meest passende weg richting herstel en ontwikkeling te vinden.

3.3 1.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en

weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan je daarbij het beste geholpen worden? De patiënt blijft de aan het roer van zijn eigen leven staan, terwijl samen met de professional wordt gezocht naar antwoorden. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering.

Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënt en hun naaste(n) één van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naastbetrokkenen zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt geen professionele distantie, maar verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

3.4 1.4 Gepast gebruik van labels

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij zijn - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

3.5 1.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens- en herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Niet met de intentie autonomie af te nemen, maar juist gericht op het vergroten van zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. In slechts enkele gevallen is dit door de omstandigheden niet of heel beperkt mogelijk. Dan moet worden uitgeweken naar een uitzonderingsscenario. Het overnemen van keuzes kan in deze gevallen als 'verantwoordde zorgzaamheid' gezien worden.

3.6 1.6 Samenwerken aan zorg en herstel

Over het functioneren van de menselijke psyche is veel bekend maar nog veel meer onbekend. Daarom hebben we alle beschikbare kennis vanuit de wetenschap, praktijk en de eigen ervaring van

patiënten en naastbetrokkenen nodig om stappen vooruit te zetten om kwaliteitsverbetering in de ggz te kunnen realiseren.

Ook is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basisggz, gespecialiseerde ggz en hoog specialistische ggz. Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via shared decision making altijd meerdere opties zijn bij herstel van psychische ziekten. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naastbetrokkenen en zorgverleners te bepalen of en hoe het aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naastbetrokkenen zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten.

naasten.: Patiënten- en familieorganisaties binnen MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen Landelijk Platform GGz) hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en shared decision making. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de ggz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

Daarom zal alle informatie uit de standaarden voor hen concreet, toegankelijk en herkenbaar beschikbaar komen en digitaal ontsloten worden.

4. 2. Inleiding

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

4.1 2.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

4.1.1 Zorgstandaard

Een zorgstandaard is een functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde zorg aan mensen met een bepaalde stoornis, gebaseerd op actuele en zo mogelijk wetenschappelijke inzichten. Dit geldt voor de onderdelen preventie, zorg (cure & care) en ondersteuning bij zelfmanagement gedurende het complete zorgcontinuüm, met een beschrijving van de organisatie en relevante prestatie-indicatoren (incl. meetinstrumenten). Een zorgstandaard wordt beschreven vanuit het perspectief van de patiënt. Het is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen, en beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde stoornis minimaal moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject.

4.1.2 Generieke module

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevant zijn voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts een bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen. De zorg die beschreven wordt rondom het GGz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek'.

4.1.3 Richtlijn

In een richtlijn staan aanbevelingen voor verbetering van kwaliteit van zorg, meestal een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor ondersteuning van de klinische (curatieve) besluitvorming. Gerelateerde doelen zijn vermindering van diversiteit in handelen en vergroten van transparantie.

4.1.4 Deze zorgstandaard

In de DSM-IV-TR waren seksuele disfuncties, parafiele stoornissen en genderdysforie terug te vinden in het hoofdstuk Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen. In de DSM-5 zijn deze onderwerpen ondergebracht in aparte hoofdstukken. Deze zorgstandaard is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar met parafiele of hyperseksuele stoornissen. De hyperseksuele stoornis is één van de 'Seksuele stoornissen NAO' uit de DSM-IV-TR, in de DSM-5 te classificeren als 'Andere gespecificeerde psychische stoornis'. De behandeling van deze stoornis wordt in de ggz gewoon

vergoed door de zorgverzekeraars. Zorginstituut Nederland heeft gevraagd om bij de ontwikkeling van zorgstandaarden aan 'Andere gespecificeerde psychische stoornissen'

'Andere gespecificeerde psychische stoornissen': Bij de herziening van de zorgstandaarden zal ook aandacht worden besteed aan de egodystone (homo-, hetero- of bi-) seksuele oriëntatie.

als de hyperseksuele stoornis expliciet aandacht te besteden. Aan dat verzoek wordt hierbij gehoor gegeven.

Seksuele disfuncties zijn beschreven in de Zorgstandaard Seksuele disfuncties. Voor genderdysforie wordt verwezen naar de in 2017 verschenen [Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg](#).

4.2 2.2 Patiënt- en familieparticipatie

Voor de ontwikkeling van deze zorgstandaard is een werkgroep geformeerd met vertegenwoordigers van diverse relevante beroeps- en patiëntenorganisaties. Om het patiëntenperspectief voldoende te waarborgen was Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid vertegenwoordigd in de werkgroep.

Parafiele en hyperseksuele stoornissen kunnen zeer divers van aard zijn. Bovendien gaat het om problematiek waar mensen niet gemakkelijk voor uit komen. Om die reden waren niet alle mogelijke parafiele en hyperseksuele stoornissen in de werkgroep vertegenwoordigd.

Om wat meer inzicht te krijgen in het patiëntenperspectief is medio 2016 een survey uitgezet onder mensen met een parafiele en hyperseksuele stoornis. Deze survey is ingevuld door 17 personen met pedofiele gevoelens die behoefte hebben aan of ervaring hebben (gehad) met zorg. Voor deze groep is het uitkomen voor de eigen seksuele gerichtheid bij uitstek lastig. De survey ging over hun ervaringen met het zoeken en het krijgen van zorg. De resultaten daarvan zijn verwerkt in deze zorgstandaard; een samenvatting staat in achtergronddocument [Samenvatting survey patiëntenparticipatie parafilie](#). Hoewel de survey door een beperkt aantal mensen is ingevuld kwam het beeld naar voren dat er bij mensen met pedofiele gevoelens vaak angst is om hulp te gaan zoeken vanwege privacy en veiligheid.

Daarnaast is ook een conjunctanalyse uitgevoerd. Aan 14 personen werd in een focusgroep de volgende vraag voorgelegd: 'Waar moet de hulp/zorg voor mensen met pedofiele gevoelens die hulp zoeken aan voldoen?' In de focusgroep zijn factoren en aspecten achterhaald die betrekking hebben op de centrale vraag. Vervolgens is er een lijst met kenmerken samengesteld die met elkaar werden gecombineerd tot 32 zorgprofielen. Aan de ervaringsdeskundigen is gevraagd om aan te geven hoe aantrekkelijk en passend elk zorgprofiel is. Met behulp van statistische analyse kon worden vastgesteld waar de zorg aan moet voldoen volgens mensen met pedofiele gevoelens die hulp zoeken. Hieruit kwam vooral naar voren dat transparantie en vertrouwen, een positieve en onbevooroordeelde benadering van de problemen en toegankelijke informatie en zorg belangrijk worden gevonden. Zorg moet met name gericht zijn op zelfacceptatie, op hulp voor de omgeving en

omgang met het maatschappelijk stigma. Het volledige verslag staat in achtergronddocument [Rapportage Conjunctanalyse](#). De bevindingen zijn meegenomen in de betreffende hoofdstukken.

4.3 2.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

Deze zorgstandaard hangt samen met deze zorgstandaarden: de zorgstandaard [Seksuele disfuncties](#) en de zorgstandaarden [Depressieve stoornissen](#), [Angstklachten en angststoornissen](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#), [ADHD](#) en [Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#).

Deze zorgstandaard hangt tevens samen met de generieke modules [Diversiteit](#), [Zelfmanagement](#), [eHealth](#), [Bijwerkingen](#), [Comorbiditeit](#), [Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#), [Psychotherapie](#), [Destigmatisering](#) en [Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

Voor de organisatie van zorg is er samenhang met de [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#).

4.4 2.4 Betrokken organisaties en procedure

De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van bij de zorg voor mensen met parafiele of hyperseksuele stoornissen betrokken partijen. Ook waren adviseurs betrokken die in de consultatieronde de gelegenheid kregen om de concept zorgstandaard te becommentariëren (zie [Samenstelling werkgroep](#)).

4.5 2.5 Verantwoording

De laatste decennia is de definitie van de World Health Organisation (WHO) voor seksuele gezondheid leidend voor beleid in vele landen. De laatste werkdefinitie uit 2002 is nooit definitief vastgesteld en internationaal is er kritiek op deze definitie. Daarom wordt seksuele gezondheid in deze zorgstandaard analoog aan de nieuwe definitie van gezondheid als volgt gedefinieerd: 'Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'

Bron: Leusink, P. & Ramakers, M. (2014). Handboek seksuele gezondheid. Probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Hiermee wordt de aandacht verlegd van een kennelijk absoluut en objectief gedefinieerde 'staat van seksueel welbevinden' naar een proces waarin een ieder, afhankelijk van de levensfase en de eigen context, seksuele aanpassingen maakt binnen de eigen wensen. Met seksuele aanpassingen worden bedoeld al die gedragingen, gedachten of ervaringen met betrekking tot seksualiteit waarbij een individu (proactief of reactief) reageert op zijn omgeving. Hiermee is er ruimte voor seksuele diversiteit.

Daarnaast is het 'recht op seksualiteit' (recht op veilige en plezierige seksuele ervaringen zonder discriminatie, dwang en geweld) een zeer belangrijk basisrecht dat is beschreven in het 'Charter on Sexual and Reproductive Rights' ontwikkeld door de [International Planned Parenthood Federation](#). Mannen en vrouwen hebben het recht om zich goed te voelen en seksuele gezondheid maakt daar integraal onderdeel van uit.

Seksuele gezondheid is dus niet alleen gericht op het behalen van einddoelen (bijvoorbeeld verminderen van ongewenste zwangerschap, soa, hiv), maar ook op het proces van vergroten van capaciteiten, competenties en tevredenheid over persoonlijke en/of interactionele doelen (zoals het ervaren van seksueel plezier).

Ten aanzien van parafiele en hyperseksuele stoornissen worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Parafilie en hyperseksualiteit kunnen worden gezien als een normale variatie van de seksuele interesse en het seksueel verlangen, mits er geen sprake is van een stoornis. Behandeling is gericht op parafiele en hyperseksuele stoornissen. Van stoornissen is sprake als de betrokkenen daaronder lijden, of zichzelf of anderen daarmee (dreigen te) schaden.
- Belangrijk is dat betrokkenen eigen keuzes maken binnen de in onze maatschappij geldende grenzen (strafwet, seks met wederzijdse instemming, zelf en ander niet schaden).
- Van zorgverleners kan worden verwacht dat zij een positieve houding hebben ten aanzien van seksualiteit.
- Van zorgverleners kan worden verwacht dat zij compassie hebben met patiënten én zorgen voor duidelijke grenzen.
- Zorgverleners zorgen voor openheid/transparantie naar de patiënt (bijvoorbeeld over de eigen normen en waarden op het gebied van seksualiteit, en over wanneer men gehouden is aan het beroepsgeheim en wanneer men genoodzaakt is dat te schenden).
- De hulpverlening is niet alleen gericht op de patiënt, maar ook op de omgang met zijn of haar naasten/directe omgeving.
- Voor de diagnostiek en behandeling van patiënten maakt het in principe niet uit of die plaatsvindt op eigen initiatief of door justitie is opgelegd.

Deze zorgstandaard is gebaseerd op de volgende bronnen:

Basisbronnen

- Carlier, B.E., Tiesema, M., Lotgerink, H.B.F., Van der Rhee, C., & Vroege, J.A. (2006). Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGZ. Zorgprogramma 'Parafilieën en overmatig seksueel verlangen'. Utrecht/Den Haag: Altrecht, Parnassia, Rutgers Nisso Groep.
- Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vroege, J.A., & Van der Rhee, K. (2013). *Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling*. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Deze basisbronnen zijn aangevuld met:

- De meest recente wetenschappelijke evidentie verkregen via een literatuursearch naar systematic reviews en meta-analyses.

- Door de topicgroep aangedragen literatuur.
- Informatie uit de praktijk via de professionals en de patiënten in de topicgroep.
- Informatie van (voormalige) patiënten uit de survey patiëntenparticipatie.
- De resultaten van de conjunct-analyse.

Zie voor meer informatie over dit proces achtergronddocument [Knelpunten, uitgangsvragen en methode](#).

Naar de diagnostiek en behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen is nog te weinig onderzoek gedaan. 'Best practices' en 'educated guesses' vanuit de topicgroep vormden dan ook belangrijke aanvullingen.

4.6 2.6 Uitgangspunten

4.6.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

4.7 2.7 Leeswijzer

In de Zorgstandaard wordt consequent de term 'patiënt' gehanteerd. Daarbij moet het volgende worden aangetekend: er is een verschil tussen een parafilie en een parafiele stoornis, en tussen hyperseksualiteit en een hyperseksuele stoornis. Een parafilie of hyperseksualiteit op zich is niet

problematisch. Pas als de betrokkenen eronder lijden, zichzelf of anderen schade (dreigen te) berokkenen met aan de parafilie of hyperseksualiteit gelieerd gedrag, is er sprake van een stoornis en spreken we van patiënten.

5. 3. Over parafiele en hyperseksuele stoornissen

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

5.1 3.1 Inleiding

Een parafilie is een ongewone, atypische seksuele interesse of voorkeur voor bepaalde activiteiten of bepaalde erotische doelen of objecten. In de DSM-5 wordt een parafilie omschreven als 'een intense en aanhoudende seksuele interesse die afwijkt van de seksuele belangstelling voor genitale stimulatie of het voorspel van fenotypische normale, lichamelijk volgroeide en instemmende menselijke partners.'

Een parafilie is op zich geen stoornis. Er is pas sprake van een stoornis als de parafilie, of de uiting of bevrediging daarvan, gepaard gaat met persoonlijk lijden, functionele beperkingen of (het risico op) schade bij zichzelf of anderen. Dat is bij parafiele stoornissen niet anders dan bij andere stoornissen in de DSM-5. Verder dient de parafilie volgens de DSM-5 minstens zes maanden aanwezig te zijn om van een stoornis te kunnen spreken.

Bron: APA (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®) Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. ©. 2014 Amsterdam Psychiatric Association Publishing, p/a Boom uitgeverij Amsterdam.

Lijdensdruk, functionele beperkingen en (risico op) schade bij zichzelf of anderen bepalen dus of een parafilie een stoornis is of niet. Parafilieën zijn op zichzelf seksuele variaties. In hoeverre ze als psychische stoornis moeten worden beschouwd, is in het verleden onderwerp van talloze controverses geweest.

Bron: Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.

Wat als psychische stoornis wordt gezien, houdt verband met normatieve opvattingen over wat de aard is van menselijke seksualiteit en waartoe en hoe die vormgegeven mag worden.

Homoseksualiteit bijvoorbeeld werd lange tijd als psychische stoornis gezien. Pas in 1974 is homoseksualiteit geschrapt uit de DSM. Het is noemenswaardig dat de American Psychiatric Association (APA) in een factsheet over parafiele stoornissen in de DSM-5

DSM-5: APA. DSM–5 Fact Sheets, Paraphilic Disorders.

[Meer informatie](#)

aangeeft dat lijdensdruk die enkel voortkomt uit een afkeurende houding van de samenleving niet kan worden aangemerkt als stoornis. Zo heeft iemand die zich seksueel aangetrokken voelt door kinderen, alleen lijdt onder de maatschappelijke intolerantie op dit gebied en verder geen schadelijk gedrag vertoont volgens de APA dus geen stoornis.

Symptomen van een parafilie (bijvoorbeeld atypische seksuele handelingen) kunnen ook eenmalig of slechts korte tijd voorkomen. De diagnose parafiele stoornis kan in dat geval niet gesteld worden. Datzelfde geldt als aan de atypische seksuele handelingen geen bijzondere seksuele voorkeur ten grondslag ligt, maar bijvoorbeeld een cluster B persoonlijkheidsstoornis (antisociaal, borderline en narcistisch) of middelengebruik.

In een forensische setting zijn patiënten niet altijd bereid om inzicht te geven in hun onderliggende gevoelens. Of sprake is van een parafilie kan in dat geval eventueel wél worden afgeleid uit het gedrag van de patiënt. Het moet dan gaan om aantoonbaar gedrag over een periode van tenminste zes maanden waaruit de parafiele interesse duidelijk naar voren komt. Het kijken naar porno met een parafiele inhoud kan een van die gedragsindicatoren zijn.

Bron: Seto, M.C. (2010). Child pornography use and internet solicitation in the diagnosis of pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 591-3.

Voldoende voorwaarde is dat echter niet: bij niet iedereen die naar kinderporno kijkt, is bijvoorbeeld sprake van pedofilie,

Bron: Seto, M.C. (2017). The Puzzle of Male Chronophiliacs. *Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 3-22; zie ook Houtepen, J.A.B.M., Sijtsema, J.J., & Bogaerts, S. (2014). From child pornography offending to child sexual abuse: A review of child pornography offender characteristics and risks for cross-over. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 466-473

maar het vergroot wel de kans daarop. Overigens is de consumptie van kinderpornografisch materiaal op zichzelf geen belangrijke risicofactor voor toekomstige contact-delicten met kinderen.

Bron: Endrass J., Urbaniok F., Hammermeister L.C., Benz C., Elbert T., Laubacher A., Rossegger A. (2009). The consumption of Internet child pornography and violent and sex offending. *BMC Psychiatry*, 14; 9-43.

Hyperseksualiteit kan worden omschreven als een terugkerende, intense en overmatige preoccupatie met seksuele fantasieën en gedragingen die individuen maar moeilijk kunnen beheersen.

Bron: Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400; Walton, M.T., Cantor, J.M., Bhullar, N., & Lykins, A.D. (2017). *Archives of Sexual Behavior*, 46, 2231-2251.

Veel bezig zijn met seks hoeft op zich geen probleem te zijn, en bovendien is de grens tussen veel en niet veel arbitrair. Anders dan bij parafilieën zijn deze seksuele fantasieën en gedragingen niet noodzakelijk atypisch. Van een stoornis is ook hier pas sprake als de betrokkenen daaronder lijden, of zichzelf of anderen daarmee schade (dreigen te) berokkenen.

Hyperseksualiteit als stoornis werd overwogen voor opname in de DSM-5 (APA, 2013), maar is niet overgenomen. Het ontbreken van wetenschappelijk gefundeerd onderzoek lag aan de basis van deze beslissing.

Bron: Goethals, K. & Cosyns, P. (2014). Seksuele stoornissen in de DSM 5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 196-200

Dit argument kan echter ook gelden voor parafiele stoornissen; beide groepen zijn immers moeilijk bereikbaar voor evidence-based onderzoek.

Hoewel hyperseksuele en parafiele stoornissen van elkaar verschillen en als aparte diagnostische categorieën moeten worden beschouwd, zijn er in de diagnostiek en behandeling duidelijke parallellen. Ook is sprake van een aanzienlijke comorbiditeit tussen hyperseksuele en parafiele stoornissen. Ze komen, met andere woorden, veel samen voor.

Bron: Pinucci, I., Appignanesi, C., Castellini, G., Maggi, M., Ricca, V. (2017). Psychopathological correlates of hypersexual disorder: A case-control observational study. *European neuropsychopharmacology*, 27, suppl 4, S993-S993

In deze Zorgstandaard gaan we ervan uit dat iedereen seksualiteit op zijn/haar eigen manier mag

beleven en zo vaak als men dat wil, zolang daar maar niemand onder lijdt of schade van ondervindt. Dit inzicht alleen al kan mensen met een ongewone seksuele voorkeur, of mensen die vinden dat ze veel bezig zijn met seks, helpen.

5.1.1 Kenmerken of symptomen

Er zijn veel verschillende parafilieën. De DSM-5 onderscheidt acht hoofdvormen en twee restcategorieën, enerzijds omdat deze acht hoofdvormen relatief vaak voorkomen vergeleken met andere parafilieën en anderzijds omdat ze gerelateerd zijn aan strafrechtelijke aspecten.

Bron: Assen: Koninklijke Van Gorcum.

APA (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®) Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. ©. 2014 Amsterdam Psychiatric Association Publishing, p/a Boom uitgevers Amsterdam.

Om van een parafilie te kunnen spreken dienen de desbetreffende symptomen tenminste zes maanden te bestaan.

Voyeurisme, exhibitionisme, frotteurisme en seksueel sadisme

- Voyeurisme: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende, intense seksuele opwinding bij iemand van 18 jaar en ouder bij het kijken naar een nietsvermoedende persoon die naakt is, zich aan het uitkleden is of seksueel actief is, en die zich uit in fantasieën, drang, of handelingen.
- Exhibitionisme: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende, intense seksuele opwinding bij het tonen van de eigen genitaliën aan een nietsvermoedend persoon, die zich uit in fantasieën, drang, of handelingen.
- Frotteurisme: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende, intense seksuele opwinding bij het aanraken van of aanwrijven tegen een niet-instemmende persoon, die zich uit in fantasieën, drang of handelingen.
- Seksueel sadisme: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende en intense seksuele opwinding bij het veroorzaken van lichamelijk of psychisch leed bij een ander, die zich uit in fantasieën, drang, handelingen.

Om bij bovengenoemde parafilieën te kunnen spreken van een stoornis moet, aldus de DSM-5 de persoon naar de betreffende seksuele drang hebben gehandeld met een niet-instemmende persoon, of moeten de seksuele drang of fantasieën klinisch significante lijdensdruk veroorzaken of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Pedofilie

- Pedofilie: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende en intens seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang of gedrag met betrekking tot seksuele handelingen met een prepuberaal kind of kinderen (tot 13 jaar). De persoon is minimaal 16 jaar oud en minstens vijf jaar ouder dan het

kind of de kinderen waar het in dit verband om gaat.

Om te kunnen spreken van een pedofiele stoornis moet betrokkene naar deze seksuele drang hebben gehandeld of moeten de seksuele drang of fantasieën leiden tot significante lijdensdruk of interpersoonlijke moeilijkheden. Anders dan bij voyeurisme, exhibitionisme, frotteurisme en seksueel sadisme – waarbij het moet gaan om handelingen 'met een niet-instemmende persoon' – kan in de DSM-5 bij pedofilie elk soort van handelen reden zijn om van een pedofiele stoornis te spreken. Daarmee is er geen ruimte voor handelingen die onschadelijk en niet-straftbaar zijn, zoals masturberen bij seksuele fantasieën. Wat deze zorgstandaard betreft is dat ten onrechte: indien onschadelijk en niet-straftbaar gedrag voor betrokkene een acceptabele uitingsvorm is van pedofilie, is er geen reden om van een pedofiele stoornis te spreken. In dit opzicht wijkt deze zorgstandaard dus af van de DSM-5.

Bij iemand die een zedendelict met minderjarigen pleegt hoeft geen sprake te zijn van pedofilie, de structurele seksuele interesse voor kinderen. Uit onderzoek onder verdachten van deze zedendelicten blijkt dat daarvan bij slechts 20% van de betrokkenen sprake is.

Bron: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014).
Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

Zonder pedofilie kan de diagnose pedofiele stoornis niet gesteld worden.

De DSM-5 spreekt alleen over pedofilie bij een seksuele gerichtheid op prepuberale kinderen (meestal tot 13 jaar). In de klinische praktijk wordt soms ook de seksuele gerichtheid op beginnende pubers (hebefilie) en oudere pubers (ephebofilie) als parafilie aangemerkt. Seksuele interesse voor jongeren met secundaire geslachtskenmerken komt onder mannen echter algemeen voor. Biologisch gezien is dat normaal. Seksuele interacties met jongeren onder de 'age of consent' - in Nederland: onder de 16 jaar - zijn echter bij de wet verboden. Seksuele interacties met jongeren tussen de 16 en 18 jaar zijn in specifieke gevallen verboden [zie Hoofdstuk 10, Bijlage 5 Strafrechtelijk kader van verboden seksueel handelen]. Volwassen personen met een sterke seksuele belangstelling voor jongeren tussen de 13 en 18 jaar kunnen daaronder lijden (en problemen krijgen met justitie) en in verband daarmee een zorgbehoefte hebben. De classificatie 'pedofiele stoornis' is in zo'n geval echter onterecht.

Seksueel-masochismestoornis, fetisjismestoornis of transvestiestoornis

- Seksueel masochisme: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende, intense seksuele opwinding bij handelingen waarbij de betrokkene vernederd, geslagen of vastgebonden wordt, of op een andere manier tot lijden wordt gebracht, die zich uit in fantasieën, drang, of handelingen.
- Fetisjisme: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende, intense seksuele opwinding bij het gebruik van voorwerpen of een zeer specifieke focus op een niet-genitaal lichaamsdeel, die zich uit in seksuele fantasieën, drang of handelingen. De fetisj dient zich in zo'n geval niet te beperken tot kledingstukken die bij cross-dressing worden gebruikt (zoals bij transvestie) of tot voorwerpen die speciaal ontworpen zijn voor tactiele genitale stimulatie (zoals een vibrator).

- Transvestie: Gedurende tenminste zes maanden terugkerende, intense seksuele opwinding bij cross-dressing, die zich uit in seksuele fantasieën, drang of handelingen.

Om te kunnen spreken van een seksueel-masochismestoornis, fetisjismestoornis of transvestiestoornis moeten de seksuele fantasieën, drang of handelingen klinisch significante lijdensdruk veroorzaken of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Andere gespecificeerde en ongespecificeerde parafiele stoornis

- Andere gespecificeerde parafiele stoornis: Van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een parafiele stoornis, gedurende tenminste zes maanden, klinisch significante lijdensdruk veroorzaken of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de hoofdvormen van parafiele stoornissen. Voorbeelden zijn zoöfilie (gerichtheid op dieren), necrofilie (gerichtheid op lijken), coprofilie (gerichtheid op ontlasting) en urofilie (gerichtheid op urine).
- Ongespecificeerde parafiele stoornis: Hier geldt hetzelfde als bij 'andere gespecificeerde parafiele stoornis'. Verschil is dat de clinicus ervoor kiest om niet de reden te specificeren waarom het klinisch beeld niet voldoet aan de criteria voor een specifieke parafiele stoornis en de uitingen waarover onvoldoende informatie beschikbaar is om een specifiekere classificatie toe te kennen niet beschrijft. De behandeling van patiënten met een 'ongespecificeerde parafiele stoornis' als hoofddiagnose wordt in de ggz overigens niet vergoed.

Hyperseksuele stoornis

In zijn voorstel voor de DSM-5 definieert Kafka een hyperseksuele stoornis als terugkerende, intense seksuele fantasieën, seksuele drang of seksueel gedrag, over een periode van tenminste zes maanden, samenhangend met drie of meer van de volgende vijf criteria.

Bron: Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. Archives of Sexual Behavior, 39, 377-400; Walton, M.T., Cantor, J.M., Bhullar, N., & Lykins, A.D. (2017). Archives of Sexual Behavior, 46, 2231-2251.

1. De tijd besteed aan seksuele fantasieën, drang of gedrag interfereert herhaaldelijk met andere belangrijke (niet-seksuele) doelen, activiteiten en verplichtingen
2. Zich herhaaldelijk bezighouden met seksuele fantasieën, drang of gedrag in reactie op zich ongelukkig voelen (e.g. angst, depressie, verveling, prikkelbaarheid)
3. Zich herhaaldelijk bezighouden met seksuele fantasieën, drang of gedrag in reactie op stressvolle levensgebeurtenissen
4. Herhaaldelijke, maar niet succesvolle, pogingen om deze seksuele fantasieën, drang of gedrag te controleren of in belangrijke mate te verminderen
5. Herhaaldelijk overgegaan tot seksueel gedrag zonder daarbij rekening te houden met het risico op lichamelijke of emotionele schade voor zichzelf of anderen.

Om van een hyperseksuele stoornis te kunnen spreken moet daarnaast sprake zijn van een klinisch

significante mate van lijden of beperkingen in het functioneren op sociaal, beroepsmatig of ander belangrijk gebied samenhangend met de frequentie en intensiteit van deze seksuele fantasieën, drang of gedrag. Bovendien dienen de seksuele fantasieën, drang of gedrag niet zijn toe te schrijven aan de directe lichamelijke effecten van een middel (bijv. drug of geneesmiddel).

In het denken over hyperseksuele stoornis of 'seksverslaving' kan in grote lijnen een onderscheid worden gemaakt in een beheersingsprobleem en een vormgevingsprobleem.

Bron: Van Zessen, G. (2013). Hyperseksualiteit en DSM-5. Tijdschrift voor Seksuologie, 37, 4, 167-171.

In de beheersingsvisie wordt een hyperseksuele stoornis bijvoorbeeld gezien als een verslaving vergelijkbaar met alcohol of drugs, een obsessieve-compulsieve stoornis of een stoornis in de impulsbeheersing. Het probleem dient met beheersing en onderdrukking bestreden te worden. Van Zessen stelt een model voor waarin het versterken van het zelfbeeld en de eigenwaarde centraal staat voor het welbevinden. In deze visie ligt de oorzaak vooral in de vormgeving van seksualiteit; problemen met stress of binnen de relatie bijvoorbeeld komen tot uiting in seksueel gedrag.

Bron: Van Zessen, G. (2011). Seksverslaving: Een behandelplan gebaseerd op het begrip eigenwaarde. GZ-Psychologie, januari, 10-15.

Uitgaan van het vormgevingsmodel is een holistische visie op herstel en vult de traditionele risicobenadering aan. In deze zorgstandaard wordt hyperseksualiteit zowel bekeken vanuit een beheersings- als vanuit een vormgevingsprincipe.

5.1.2 Prevalentie

De prevalentie en incidentie van parafilieën en parafiele stoornissen is niet goed bekend.

Bron: Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.

Onderzoek richt zich vaak op enige interesse in parafiele prikkels onder selectieve groepen. Zo werd bijvoorbeeld in een online steekproef enige pedofiele interesse gevonden bij 10% van de mannen en 4% van de vrouwen.

Bron: Wurtele, S.K., Simons, D.A., & Moreno, T. (2014). Sexual interest in children among an online sample of men and women: Prevalence and correlates. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26, 546-568.

Deze interesse zal echter in lang niet alle gevallen voldoen aan de criteria van een parafilie. Parafiele stoornissen zullen op hun beurt weer veel minder vaak voorkomen dan parafilieën. Een recente Canadese studie onder een representatieve steekproef uit de algemene bevolking laat zien dat enige interesse in voyeurisme, fetisjisme, exhibitionisme-ruim,

Bron: Joyal, C.C. & Carpentier, J. (2017). The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. *The Journal of Sex Research*, 54, 161-171.

frotteurisme en masochisme regelmatig voorkomt, terwijl enige interesse in sadisme, transvestitisme, exhibitionisme-strikt

exhibitionisme-strikt: Bij exhibitionisme-ruim is geïnccludeerd: seks hebben met een instemmende partner waarbij men (de kans loopt dat men) gezien wordt door anderen. Bij exhibitionisme-strikt gaat het om het tonen van geslachtsdelen aan nietsvermoedende anderen.

en pedofilie veel minder vaak voorkomt (zie tabel Canadese bevolking hieronder). Maar deze studie laat ook zien dat slechts een klein deel van de enigszins geïnteresseerden aangeeft “absoluut” een verlangen naar dergelijke prikkels te hebben; voor alle parafilieën is dat minder dan 10%. De groep die regelmatig het bijbehorende gedrag vertoont is nog kleiner en voor geen enkele parafilie groter dan een paar procent.

Tabel. Prevalenties van parafiele interesses (in %), in een representatieve steekproef (N=1.040) van de Canadese bevolking

Bron: Joyal, C.C. & Carpentier, J. (2017). The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. *The Journal of Sex Research*, 54, 161-171.

Parafilie	Enige interesse, Mannen	Enige interesse, Vrouwen	Enige interesse Totaal	Absolute interesse/ Verlangen	Regel- matige ervaring
Voyeurisme	60.0	34.7	46.3	9.6	2.1
Fetisjisme	40.4	47.9	44.5	8.3	3.4
Exhibitionisme-ruim	35.0	26.9	30.6	4.8	0.8
Frotteurisme	34.2	20.7	26.7	3.8	0.7
Masochisme	19.2	27.8	23.8	4.9	1.4
Sadisme	9.5	5.1	7.1	1.2	0.3
Transvestitisme	7.2	5.5	6.3	0.6	0.5
Exhibitionisme-strikt	5.9	3.4	4.5	0.3	0.1
Pedofilie	1.1	0.2	0.6	0 ^a	0

a In het Canadese onderzoek is naar het verlangen naar seks met kinderen onder de 14 jaar gevraagd.

Vergelijkbaar Nederlands onderzoek dat vraagt naar seksueel 'bijzondere seksuele verlangens' die men 'wel eens' heeft, levert resultaten op die enigszins vergelijkbaar zijn met de categorie 'absolute interesse' in het Canadese onderzoek.

Bron: Graaf, H. de (2017). Seksuele problemen en parafilieën. In H. de Graaf & C. Wijsen (red.) Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Utrecht: Rutgers.

Tabel. Prevalenties van parafiele interesses (in %) in een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking

	Verlangen		Praktijk	
	Mannen N=1.768	Vrouwen N=1.850	Mannen N=1.768	Vrouwen N=1.850
BDSM	4.0	2.3	2.2	0.9
Travestie	1.0	0.1	0.9	0.0
Pedofilie ^a	0.3	0.1	0.1	0.0
Fetisj	4.4	0.8	3.0	0.5
Andere bijzondere verlangens	3.6	0.3	1.7	0.2

^a In het Nederlandse onderzoek is naar het verlangen naar seks met kinderen onder de 16 jaar gevraagd

In Nederland heeft 2,3% van de mannen en 0,2% van de vrouwen een dwangmatig verlangen naar seks. Dat wil zeggen dat ze regelmatig, vaak of altijd te maken hebben met 3 van de volgende 4 situaties:

1. vaak doorgaan met porno kijken terwijl ze zich voorgenomen hadden te stoppen;
2. vaker toegeven aan seksuele verlangens dan ze zouden willen;
3. door seksuele verlangens hun verplichtingen niet na kunnen komen en;
4. de seksuele verlangens kosten dagelijks veel tijd.

De prevalentie van hyperseksualiteit ligt hoger bij zedendelinquenten.

Bron: Kuzma, J.M. & Black, D.W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 603–611.

Bij de multidisciplinaire seksuologische teams in ggz-instellingen wordt een overmatig seksueel verlangen als belangrijkste klacht geregistreerd bij 9-15% van de mannelijke patiënten en 1% van de vrouwelijke patiënten.

Bron: Kruijer, H., Kedde, H., & Vroege, J. (2011). PSTG-registratie 2008-2009. Utrecht: Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen/Rutgers WPF.

5.1.3 Verklaringen

Er zijn diverse verklaringsmodellen voor het ontstaan van parafilieën en hyperseksualiteit. Daar bestaat in de praktijk echter geen consensus over. Multifactoriële verklaringsmodellen zijn het meest gangbaar. Die zijn in de regel echter alleen op deelementen empirisch getoetst.

Bron: Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.

Gijs, L., Vroege, J. & Gooren, L. (2009). Parafilieën en aanverwante stoornissen. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg, P. *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hoewel enige interesse in parafiele prikkels ook bij vrouwen niet zeldzaam is,

Bron: Wijkman, M., Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2010). Women don't do such things! Characteristics of female sex offenders and offender types. *Sexual Abuse*, 22, 135-156

Muskens, M., Bogaerts, S., Casteren, N. van, & Labriijn, S. (2011). Adult female sexual offending: A comparison between co-offenders and solo offenders in a Dutch sample. *Journal of Sexual Aggression*, 17(1), 45-60.

komen daadwerkelijke parafilieën en hyperseksualiteit vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Dat verschil zal hoogstwaarschijnlijk iets te maken hebben met de hogere testosteron-niveaus van

mannen, wat de gevoeligheid van hun seksuele systeem vergroot en hun actiegeneigdheid bevordert. Gedetailleerde en empirisch onderbouwde verklaringsmodellen hiervoor ontbreken echter nog.

Wat betreft factoren die samenhangen met parafilieën en hyperseksualiteit is iets meer bekend. Er zijn vanuit het wetenschappelijk onderzoek en/of de klinische praktijk geen single-factoren (b.v. seksuele opwinding, hormonen, cognitieve distorsies en alcoholmisbruik) naar voren te schuiven die 'alleen' verantwoordelijk zijn voor of ten grondslag liggen aan het ontstaan van parafilieën, parafiele stoornissen, hyperseksualiteit en hyperseksuele stoornissen. Het aanwijzen van single risicofactoren is dan ook af te raden. Enerzijds lijken problemen of afwijkingen in de seksuele opwinding een rol te spelen. Er bestaat echter nog weinig zicht op hoe dat precies werkt. Bovendien wijzen de prevalentiecijfers erop dat het niet bepaald uitzonderlijk is om in elk geval een deel van de parafiele prikkels (enigszins) opwindend te vinden.

Bron: Joyal, C.C. & Carpentier, J. (2017). The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. *The Journal of Sex Research*, 54, 161-171.

De vraag schuilt er dus meer in waarom deze interesse voor sommige mensen problematische vormen aanneemt. Ruwweg kunnen daarvoor twee categorieën van risicofactoren worden onderscheiden: a) een gebrek aan remming/inhibitie en b) een gebrek aan andere/reguliere seksuele uitingsvormen. Een gebrek aan reguliere uitingsvormen kan daarbij ingegeven zijn door sociale factoren zoals angst of een gebrek aan vaardigheden, maar kan ook ingegeven zijn door onvoldoende ervaren seksuele aantrekkingskracht van reguliere prikkels. De uit literatuur en praktijk bekende risicofactoren zijn vrijwel allemaal in een van de genoemde categorieën onder te brengen en meestal onder a).

Hyperseksualiteit en middelengebruik worden bijvoorbeeld in de DSM-5 genoemd als risicofactoren voor parafilieën en worden ook herkend in de Nederlandse beroepspraktijk; beiden verwijzen naar disinhibitie. Daarnaast zijn er nog andere factoren die een rol spelen en waarmee rekening moet worden gehouden tijdens de fasen van assessment, indicatiestelling en behandeling. Zo kan bijvoorbeeld een antisociale persoonlijkheidsstoornis de schadelijke uiting van een parafiele interesse bevorderen, doordat illegaal gedrag onvoldoende geïnhibeerd wordt.

doordat illegaal gedrag onvoldoende geïnhibeerd wordt. : Dit is ook een belangrijke risicofactor voor cross-over gedrag (zie Houtepen, J.A.B.M., Sijtsema, J.J., & Bogaerts, S. (2014). From child pornography offending to child sexual abuse: A review of child pornography offender characteristics and risks for cross-over. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 466-473.)

Ook kunnen parafilieën en hyperseksualiteit, of in elk geval de uiting ervan, in sommige gevallen

ontstaan als symptoom of neveneffect van een andere, niet seksuele, biologische ontregeling, zoals verstandelijke beperking, dementie of hersenpathologie, welke gepaard gaan met disinhibitie.

Bron: Abel, G.G. & Osborn, C.A. (2000). The paraphilias. In: M.G. Gelder, J.J. López-Ibor & N.C. Andreasen. New Oxford textbook of psychiatry, Volume II. Oxford: Oxford University Press.

Het is belangrijk te benadrukken dat de onderzochte significante (risico)factoren een correlatieve samenhang vertonen met de parafilie, parafiele stoornis, hyperseksualiteit of hyperseksuele stoornis, maar dat niet met zekerheid gesproken kan worden van een causale relatie. Dat komt mede doordat de meeste bekende risicofactoren verwijzen naar een gebrek aan remming op bepaald gedrag, zonder te verklaren waar het verlangen naar dat gedrag vandaan komt. Bovendien is de richting van de samenhang tussen verschillende factoren en de activatie ervan vaak afhankelijk van de persoon, context en situatie en kan elke persoon een unieke set van factoren hebben (individuele verschillen).

5.1.4 Het beloop

Over het beloop van parafilieën is niets bekend op basis van longitudinaal onderzoek.

Bron: Publishing, p/a Boom uitgevers Amsterdam.
Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.

Parafilieën beginnen vaak in de puberteit, maar niet altijd.

Bron: Wiederman, M.W. (2003). Parahilia and fetishism. *The Family Journal*, 11, 314-321.

Parafiele interesses kunnen ook pas op latere leeftijd ontstaan (of worden ontdekt). Wanneer mensen boven de 50 jaar zijn, nemen in het algemeen seksuele fantasieën, handelingen en impulsen af in intensiteit en/of frequentie.

Bron: Kahn, R.S., & Zitman, F.G. (1999). *Farmacotherapie in de psychiatrie*. Bunge: Elsevier.

Dat is een gevolg van de afname van testosteron. Dit kan ertoe leiden dat de lijdensdruk of

beperkingen als gevolg van een parafilie ook verminderen.

Het is mogelijk om van een parafiele stoornis te genezen zonder de onderliggende parafilie kwijt te raken. Dat wil zeggen dat de parafiele interesse er nog steeds is, maar dat de persoon er niet meer onder lijdt of er niet meer op schadelijke wijze naar handelt.

Een in de puberteit ontstane exclusieve parafiele voorkeur zal in de regel niet veranderen. Dat een dergelijke voorkeur in de loop van de behandeling aan betekenis verliest, is echter niet uitgesloten. Zo zijn er patiënten bij wie, als gevolg van een door justitie opgelegde ggz-behandeling, de pedofiele opwinding is verminderd.

Bron: Müller, K., Curry, S., Ranger, B., Briken, P., Bradford, J., & Fedoroff, J.P. (2014). Changes in sexual arousal as measured by penile plethysmography in men with pedophilic sexual interests. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 1221-1229.

Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.

Dat kan positieve gevolgen hebben voor de ervaren lijdensdruk. Experts wijzen er echter op dat dit niet hoeft te betekenen dat de pedofiele interesse of voorkeur in zo'n geval wezenlijk is veranderd. Die interesse/voorkeur kan wel meer naar de achtergrond zijn verdwenen.

Bij hyperseksualiteit kan het beloop sterk variëren. In de regel start veelvuldig bezig zijn met seks in de puberteit. Als dat al voor die tijd het geval is, kan dat bijvoorbeeld te maken hebben met ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hyperseksualiteit kan ook pas na de puberteit ontstaan. Dat kan geleidelijk, maar ook plotseling het geval zijn. Bij het zoeken van een verklaring voor dit gedrag is een dergelijk onderscheid heel relevant. Plotseling veel bezig zijn met seks kan het gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of middelengebruik, maar ook van (seksueel) trauma of van het wegvallen van sociale controle – belangrijk is om hier een biopsychosociaal model te hanteren.

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). *Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling*. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

5.1.5 Het scala van behandelingen en waar deze zich op richten

Het bepalen van de behandeldoelen en van de interventies die daarbij zullen worden toegepast, gebeurt in samenspraak met de patiënt en eventueel zijn partner. Er zijn biologische, psychologische en psychosociale interventies beschikbaar. Bij de keuze van de behandeldoelen spelen niet alleen de ernst van symptomen en de ervaren lijdensdruk een rol, maar ook de ernst van maatschappelijke consequenties (bijvoorbeeld: de kans op strafbare handelingen).

De behandeling richt zich op de volgende hiërarchie van einddoelen:

1. Het vermijden van gevaar of schade voor de patiënt zelf of anderen.
2. Het verminderen van het lijden onder de parafilie/hyperseksualiteit.
3. Het verminderen van interpersoonlijke stress door de parafilie/hyperseksualiteit (persoonlijk, relationeel of maatschappelijk).
4. Het verminderen van de parafilie/hyperseksualiteit zelf.

Deze doelen hoeven niet noodzakelijkerwijze in deze volgorde te worden nagestreefd (mits er geen acuut gevaar of schade is) en hebben over en weer invloed op elkaar. Het verminderen van interpersoonlijke stress kan bijvoorbeeld een gunstige invloed hebben op het lijden van de patiënt.

Bij diagnostiek en behandeling van parafiele stoornissen is het van belang om rekening te houden met veelvoorkomende comorbiditeit, zoals andere parafiele en hyperseksuele stoornissen, ADHD, angst- en stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen (e.g. antisociaal). Bij hyperseksuele stoornissen is sprake van een vergelijkbare comorbiditeit.

5.1.6 De kwaliteit van leven en invloed op het maatschappelijk functioneren

Het taboe op parafilieën en hyperseksualiteit kan grote impact hebben op de kwaliteit van leven en op iemands maatschappelijk functioneren. Ook wanneer iemand de eigen bijzondere seksuele voorkeur en/of de behoefte om veelvuldig bezig te zijn met seks niet als stoornis ziet, kan maatschappelijk stigma ertoe leiden dat men daar toch niet gemakkelijk uiting aan geeft. Soms kan men wel openheid naar de omgeving wensen, maar daarin zeer terughoudend zijn uit vrees voor (extreme) vooroordelen, uitsluiting of zelfs chantage, valse beschuldigingen en geweld. Mensen met een bijzondere seksuele voorkeur kunnen de ervaring hebben dat ze behoren tot een niet-erkende seksuele minderheid.

Bron: Harper, C.A., Bartels, R.M., & Hogue, T.E. (2016). Reducing stigma and punitive attitudes toward pedophiles through narrative humanization. *Sexual Abuse*. (first published online)

Parafilieën en hyperseksualiteit kunnen ook grote invloed hebben op het aangaan of behouden van relaties met een levenspartner. Wanneer de partner op de hoogte is, kan deze gaan twifelen over de basis van de relatie, wantrouwig worden of druk uitoefenen om gevoelens te onderdrukken. Daarom kiest men in dit verband nogal eens voor een dubbelleven.

Angst en depressie, gevoelens van schuld en schaamte, moeizame sociale relaties en verminderde werkprestaties zijn bij parafilieën en hyperseksualiteit niet uitzonderlijk. Sommige mensen die veel met seks bezig zijn missen ook het vermogen om zichzelf en hun partners op adequate wijze te beschermen tegen soa/aids en ongewenste zwangerschap. Ook gebeurt het dat men door (veelvuldig) betaald seksueel contact in ernstige financiële problemen komt.

5.2 3.2 Doelstelling

De belangrijkste functie van een zorgstandaard is richting te geven aan de wijze waarop de zorgvraag van mensen met een psychische stoornis of een verhoogd risico daarop wordt beantwoord (uiteraard in samenhang met de klinische behandelrichtlijnen).

Deze zorgstandaard is de leidraad voor de multidisciplinaire samenwerking in de zorg voor patiënten met parafiele en hyperseksuele stoornissen. Bij welke zorgbehoeften passen welke zorgelementen? Duidelijk zal worden aangegeven wanneer het traject van diagnostiek of behandeling er anders uitziet bij (risico's voor) strafbaar handelen.

Uitgangspunt is dat de patiënt in het zorgproces een volwaardig partner is met een eigen verantwoordelijkheid.

Optimale zorg komt tot stand in samenspraak tussen patiënt, naastbetrokkenen en behandelaren en sluit aan op wat de patiënt wil en nodig heeft. Dat betekent ook dat er beargumenteerd van de zorgstandaard kan worden afgeweken als die niet aansluit bij de individuele zorgbehoeften of wensen van de patiënt. Centraal in de behandeling en begeleiding staat het persoonlijk, relationeel en/of maatschappelijk lijden van de persoon.

5.3 3.3 Doelgroep

Deze zorgstandaard is gericht op professionals, patiënten en naastbetrokkenen en beschrijft de zorg vanuit het perspectief van patiënten met een parafiele stoornis, zoals beschreven in de DSM-5, en van patiënten met een hyperseksuele stoornis vanaf 18 jaar.

Mensen bij wie sprake is van een parafilie of van hyperseksualiteit, maar niet van een parafiele of hyperseksuele stoornis, vallen in principe buiten het bestek van deze zorgstandaard. Ook gaat deze zorgstandaard niet over mensen die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, maar waarbij geen sprake is van een parafilie of van hyperseksualiteit. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om iemand die seks heeft met kinderen of dieren als gevolg van een andere psychische of lichamelijke aandoening, zoals een antisociale persoonlijkheidsstoornis of dementie.

Forensische aspecten

In principe wordt in deze zorgstandaard geen onderscheid gemaakt tussen ggz-zorg voor patiënten die zorg krijgen op eigen initiatief of op juridische titel. Indien er specifieke aanvullingen zijn voor de forensische zorg, d.w.z. zorg die verplicht is opgelegd vanuit een strafrechtelijk perspectief, dan wordt dit beschreven onder de kopjes 'Forensische aspecten'.

Bij de parafilieën waarbij het risico bestaat op het overtreden van de strafwet, dient een onderscheid te worden gemaakt tussen een seksuele interesse (aantrekking, fantasieën, verlangens) en seksueel handelen. Een voyeuristische, exhibitionistische, frotteuristische of pedofiele gerichtheid is niet strafbaar, maar voyeuristisch, exhibitionistisch, frotteuristisch seksueel handelen met een niet-instemmende persoon of seksueel handelen met minderjarigen is dat wel. Zie voor een uitleg van de belangrijkste begrippen over verboden seksueel handelen volgens het strafrecht, [Hoofdstuk 10, Bijlage 5 Strafrechtelijk kader van verboden seksueel handelen]. Als een parafilie gepaard gaat met strafrechtelijk verboden seksueel handelen met een niet-instemmende of minderjarige persoon, leidt

dat tot de diagnose parafiele stoornis.

Niet iedereen met een parafiele interesse handelt daarnaar op een manier die schadelijk is voor een ander. Mensen met een pedofiele gerichtheid bijvoorbeeld kunnen zich van ontucht onthouden omdat ze weten dat dit schadelijk is voor kinderen. Een pedofiel is dus niet per se een zedendelinquent. Anderzijds hoeft iemand die ontucht pleegt met kinderen niet per se een pedofiele voorkeur te hebben. Ontucht met kinderen komt in de meeste gevallen zelfs niet uit een pedofiele voorkeur voort.

Bron: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014).
Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

Tenslotte

De intieme aard van veel seksuele problematiek biedt nog niet genoemde specifieke uitdagingen aan de kwaliteiten van de zorgverlener en de aard van de behandelrelatie. De aard van seksuele klachten en problemen wordt, naast psychologische, somatische, sociale en relationele factoren, ook beïnvloed door historisch en cultureel bepaalde morele oordelen over wat juist seksueel gedrag is en wat het hebben van een seksueel probleem betekent. Dat seksuele problemen vaak met schuld en schaamte zijn beladen vergt een specifieke sensitiviteit van de zorgverlener die vanuit een niet-oordelende houding, met expliciete en eenduidige vragen, probeert een helder beeld te krijgen van de aard van de gepresenteerde problemen.

De diversiteit aan seksueel gedrag is bovendien dermate groot dat de zorgverlener er goed aan doet er niet vanzelfsprekend vanuit te gaan dat de zorgvrager zich man of vrouw voelt, heteroseksueel is en een monogame relatie heeft.

6. 4. Zorg rondom parafiele en hyperseksuele stoornissen

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

6.1 4.1 Inleiding

Diagnostiek beoogt een antwoord te geven op de vraag wat er aan de hand is, in beschrijvende en classificerende zin en wat de factoren en processen zijn die tot de problemen hebben geleid. Vervolgens staat de vraag centraal welke therapeutische interventies in dit geval geïndiceerd zijn. In de beroepspraktijk van de zorg bij parafiele en hyperseksuele stoornissen wordt eerst een intake gedaan, deels zoals bij andere stoornissen en deels specifiek voor (deze) seksuele stoornissen. Daarna worden er vragenlijsten afgenomen, die wederom deels algemeen en deels specifiek voor (deze) seksuele stoornissen zijn. Op basis van deze informatie vindt een 'probleemanalyse' plaats.

Diagnostiek over recidive in het kader van strafrechtelijk ontoelaatbaar seksueel handelen, valt buiten het bestek van deze zorgstandaard.

6.2 4.2 Vroege onderkenning en preventie

6.2.1 Vroege onderkenning

In de puberteit wordt seksualiteit voor jongeren opeens belangrijk. Zij ontdekken in die periode allerlei nieuwe seksuele prikkels. Sommigen van hen kunnen op een gegeven moment zoveel bezig zijn met seks, of zo in de ban raken van bepaalde seksuele stimuli, dat sprake lijkt te zijn van hyperseksualiteit of van een parafilie. Bij voorlichting over seksualiteit door ouders en leerkrachten komen overmatig bezig zijn met seks en atypische seksuele interesses doorgaans niet aan bod. Dit komt de bespreekbaarheid niet ten goede. Ook kan dit het zoeken naar informatie en hulp in de weg staan

Laagdrempelige, goede voorlichting over deze thema's is belangrijk, niet alleen voor de betrokkenen zelf maar ook voor hun naasten. Ook is het belangrijk dat men weet waar men eventueel hulp kan zoeken. Kennis, aandacht en een positieve houding ten opzichte van seksualiteit zijn in dit verband heel belangrijk, maar niet altijd aanwezig. De huisarts zal vaak de eerste zijn op wie men in dit verband een beroep doet. Jongeren kunnen zonder tussenkomst van de huisarts echter ook terecht bij Sense. Informatie zal vaak in eerste instantie worden gezocht op internet. Daar is ook informatie beschikbaar over zelfhulporganisaties en fora waar mensen die 'verslaafd' zijn aan seks of die een bijzondere seksuele voorkeur hebben elkaar kunnen vinden, en informatie en ervaringen kunnen uitwisselen.

[Stop it Now!](#) biedt gratis en anoniem telefonische hulp aan jongeren en volwassenen die pedofiele gevoelens ervaren, of personen die deze gevoelens vermoeden bij iemand in hun omgeving, met als doel het op een veilige manier omgaan met deze gevoelens en preventie van mogelijk strafbaar

gedrag. Bellers kunnen spreken over hun gevoelens en problemen, krijgen informatie en advies hoe verder te handelen en worden - zo nodig - doorverwezen naar een gespecialiseerde behandelaar.

Forensische aspecten

Voor mensen met parafilieën die kunnen leiden tot strafbaar seksueel gedrag, kan het zoeken van goede informatie en hulp ingewikkeld zijn. Zo komt het voor dat niet alleen de hulpvragers, maar ook de zorgverleners niet duidelijk weten wat strafbaar is en wat niet. Mensen met een pedofiele interesse geven bijvoorbeeld aan dat er weinig goede informatie voor handen is over welk gedrag juridisch toelaatbaar en ontoelaatbaar is. Ook kan er bij hulpvragers en zorgverleners onduidelijkheid bestaan over wanneer zorgverleners gehouden zijn aan het eigen beroepsgeheim en wanneer zij verplicht zijn om dat te schenden. Dit kan bij hulpvragers veel onzekerheid en spanning veroorzaken en reden zijn om van de hulp waaraan men behoefte heeft af te zien (zie achtergronddocument [Strafrechtelijk kader van verboden seksueel handelen](#) voor informatie over het strafrechtelijk kader). Belangrijk is dat zorgverleners zowel over de strafrechtelijke grenzen als over de grenzen van het beroepsgeheim goede informatie kunnen geven. Naar patiënten toe dient men daarover transparant te zijn.

6.2.2 Preventie

Omdat empirisch goed onderbouwde verklaringsmodellen voor parafiele en hyperseksuele stoornissen ontbreken (zie [Specifieke omschrijving parafiele en hyperseksuele stoornissen](#)), is over effectieve preventieve maatregelen niets met zekerheid te zeggen. Hooguit kunnen suggesties worden gedaan over zaken die samenhangen met parafilieën en hyperseksualiteit. Preventieve maatregelen zullen alleen effect hebben als die samenhang berust op een causaal verband. Het is in meerdere opzichten belangrijk om verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik van kinderen te onderkennen en tegen te gaan. Daarbij geldt dat het voor zorgverleners verplicht is om hierbij de meldcode te volgen. Daarnaast is een positieve houding tegenover seksualiteit en diversiteit, en adequate seksuele voorlichting van belang. Jongeren dienen zich bewust te zijn van het belang van wederzijdse instemming bij seks. Ze moeten ook weten dat er verschillende seksuele voorkeuren bestaan, en dat dat niet per se een probleem hoeft te zijn. Ook is het belangrijk dat zij weerbaar zijn en adequate relationele vaardigheden ontwikkelen. Het behandelen van de psychische problemen die vaak samenhangen met parafiele en hyperseksuele stoornissen kan eveneens preventief werken.

6.3 4.3 Diagnostiek en monitoring

6.3.1 Diagnostiek

Bij de diagnostiek staan de problemen en de hulpvragen van de patiënt centraal. De zorgverlener zal, behalve naar de aanmeldklachten, ook vragen naar eventuele comorbiditeit. Daarnaast is het belangrijk steeds aandacht te hebben voor het cognitief functioneren. Problemen in het cognitief functioneren, kunnen het gevolg zijn van bijvoorbeeld een verstoorde informatieverwerking, een hersenbeschadiging ten gevolge van een traumatisch hersenletsel of een aangeboren afwijking. De hulpvraag vormt belangrijke input bij het vaststellen van de behandeldoelen. Behalve de patiënt heeft ook de zorgverlener hierbij een inbreng. Deze moet vaststellen of een patiënt de in onze maatschappij geldende grenzen (strafwet, seks met wederzijdse instemming, zelf en ander niet

schaden) niet overschrijdt. In de loop van de behandeling zal de behandelaar bovendien nagaan of de patiënt zich houdt aan de gemaakte afspraken en therapietrouw is.

Voor de differentiaaldiagnose zijn 2 vragen cruciaal:

1. Is sprake van een parafiele of hyperseksuele stoornis (d.w.z. parafilie/hyperseksualiteit én lijdensdruk/beperkingen/potentiële schade)?
2. Worden de symptomen niet volledig verklaard door andere psychische stoornissen (bijvoorbeeld: depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis), somatische stoornissen (bijvoorbeeld: hersentumor, dementie), of medicijn-/middelengebruik (bijvoorbeeld: dopamineagonisten voor behandeling van de ziekte Parkinson).

Een persoon kan meerdere parafilieën hebben en deze kunnen nauw verweven zijn met hyperseksualiteit en met andere psychische stoornissen. Hier dient bij diagnostisch onderzoek rekening mee te worden gehouden.

Bron: Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.

Overal in de hulpverlening kunnen zorgverleners patiënten tegenkomen met parafiele of hyperseksuele stoornissen. De huisarts zal dit soort problemen in de praktijk vooral signaleren en doorverwijzen. Uitgebreide diagnostiek vindt in de regel plaats in de gespecialiseerde GGZ of, indien sprake is geweest van een seksueel delict, bij een forensisch-psychiatrische instelling.

Parafiele stoornissen

Voor patiënten met een parafiele stoornis is het vaak niet eenvoudig om een zorgverlener te vertellen dat zij een bijzondere seksuele voorkeur hebben en daaronder lijden. Sommigen zullen dat al bij de huisarts kenbaar maken. Anderen doen dat pas bij de zorgverlener waarnaar zij door de huisarts zijn doorverwezen. Mensen vertellen hierover wanneer zij dit aandurven of daaraan toe zijn. Soms is dat al tijdens intake, soms pas veel later.

Zorgverleners beschikken niet over een gestandaardiseerd diagnostisch instrument om vast te stellen dat er sprake is van een parafiele stoornis. Er zijn wel andere hulpmiddelen beschikbaar:

- Een klinisch-seksuologisch interview; daarin wordt aan mensen gevraagd of ze symptomen hebben van een parafiele stoornis. Mensen vertellen dit soort problemen, en de last of beperkingen die ze ervaren, pas wanneer ze zich veilig voelen en er vertrouwen in hebben dat hun zorgverlener hen niet zal veroordelen. Een open gesprek waarin de zorgverlener luistert en niet oordeelt kan het vertrouwen van de patiënt bevorderen.
- Psychologische testen: De Sexual Outlet Inventory (SOI) is een vragenlijst die systematisch alle criteria van de verschillende parafilieën navraagt. Het geeft ook goed zicht op eventuele comorbiditeit met andere parafilieën.

Met name voor het vaststellen van een pedofiele voorkeur zijn internationaal diverse diagnostische

instrumenten in omloop, die vooral zijn ontworpen om in de forensische sector een pedofiele voorkeur te meten zonder te vertrouwen op de eerlijkheid van de patiënt. De in het Nederlands/Vlaams vertaalde Explicit and Implicit Sexual Interest Profile (EISIP)

Bron: Psychiatry & Psychology, 1-13. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1365156>
Banse, R., Schmidt, A. F., & Clarbour, J. (2010). Indirect measures of sexual interest in child sex offenders: A multi-method approach. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 319–335.

bevat een combinatie van de twee meest gebruikte methodes:

- Viewing Time Measure (visuele reactietijd) die meet of iemand langer kijkt naar plaatjes van kinderen dan naar plaatjes van volwassenen.
- Implicit Association Task die meet of bij iemand de begrippen kind en seks sterker met elkaar zijn geassocieerd dan de begrippen volwassene en seks.

De betrouwbaarheid en validiteit van de EISIP is acceptabel, maar (net als vrijwel alle andere psychologische meetinstrumenten) niet voldoende om een zekere diagnose te stellen zonder openheid en medewerking van de individuele patiënt. In de praktijk blijkt respectvolle assessment door middel van zorgvuldig vragen en een seksuele anamnese meestal ook goed bruikbaar, hoewel de instrumenten zeker een nuttig hulpmiddel vormen.

Bij de diagnostiek van parafiele stoornissen is aandacht voor het volgende essentieel:

1. de fenomenologische dimensie;
2. de biologische dimensie;
3. de (psycho)pathologische dimensie, en;
4. de sociale dimensie.

Vanuit forensisch oogpunt is ook nog het volgende relevant:

1. de strafrechtelijke dimensie, en;
2. de gevaarlijkheidsdimensie (risico-taxatie).

Hieronder zijn '*Diagnostische vragen bij parafiele stoornissen*'

Bron: Gijs, Vroege, & Gooren, 2009; Vroege & Van der Rhee, 2013

opgenomen. Daarin zijn deze dimensies terug te vinden.

1. Klachten
 1. Wat zijn de inhoud, intensiteit en frequentie van het parafiele seksuele verlangen?
 2. Hoe wordt dit verlangen in de praktijk gebracht?
 3. In welke mate is de activering of uiting situationeel specifiek?

4. Wordt het parafiele seksuele verlangen beleefd als egosyntoon of egodystoon?
 5. Welke plaats heeft de parafilie in de persoonlijke identiteit?
 6. Is er sprake van andere psychische stoornissen
2. Oorzaken
 1. Wanneer is het parafiele seksuele verlangen ontstaan?
 2. Was dat geleidelijk of plotseling?
 3. Wat is de eigen verklaring daarvoor?
 4. Wat is de reden dat de patiënt nu hulp zoekt?
 5. Hoe zijn de sociale en relationele vaardigheden van betrokkene?
 6. Zijn er aanwijzingen voor verwaarlozing, mishandeling of seksueel trauma?
 7. Is er sprake van lichamelijke stoornissen (bijv. genetische, hormonale of hersenafwijking)?
 8. Is er sprake van medicatie- of middelengebruik?
3. Gevolgen
 1. Wat is het risico op lichamelijke of emotionele schade voor zichzelf en anderen?
 2. Wat is de kans op zelfbeschadiging of zelfmoord?
 3. In hoeverre worden het zelfbeeld en de relaties met anderen negatief beïnvloed?
 4. Wat zijn de consequenties voor werk en financiën?
 5. Is er sprake van strafrechtelijke of juridische bemoeienis en wat zijn de consequenties daarvan voor de behandeling?
4. Levenssituatie
 1. Heeft de patiënt een partner, (contact met) familie en vrienden, en werk/een zinvolle dagbesteding?
 2. Is de patiënt in staat om voor zichzelf te zorgen (dag-/nachtritme, eten en drinken, kleding, huisvesting, financiën)?
 3. Hoe is de bejegening door de omgeving en welke consequenties heeft dat voor de parafilie en de comorbiditeit?
 4. Is er sprake van inbedding in een criminogene (sub)cultuur?
5. Hulpvraag
 1. Wat zijn de behandeldoelen?
 2. Hoe denkt de patiënt die behandeldoelen te kunnen bereiken?
 3. Welke behandelvormen zijn bespreekbaar (individueel, met partner, in groep)?
 4. Is behandeling met medicatie een optie?
 5. Heeft de patiënt een voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke zorgverlener?

Comorbiditeit

Bij mensen met een parafiele stoornis komen hyperseksualiteit, angst- en stemmingsstoornissen, ADHD en alcohol- en middelengebruik relatief vaak voor. Of er sprake is van een verhoogde aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen bij parafilieën is iets waarover geen consensus bestaat.

Bron: Carlier, B.E., Tiesema, M., Lotgerink, H.B.F., Van der Rhee, C., & Vroege, J.A. (2006). Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGZ. Zorgprogramma 'Parafilieën en overmatig seksueel verlangen'. Utrecht/Den Haag: Altrecht, Parnassia, Rutgers Nisso Groep.

Wanneer gecontroleerd wordt voor de onderlinge samenhang, blijft volgens Kafka et al. (2002) vooral een unieke relatie over tussen parafilieën en ADHD.

Bron: Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(4), 349-366. doi:10.1023/A:1020007004436)

In een recente Nederlandse studie bleken parafiele stoornissen onder ADHD-patiënten die ambulantly werden behandeld in de GGZ echter niet vaak voor te komen.

Bron: Bijlenga, D., Vroege, J.A., Stammen, A.J.M., Breuk, M., Boonstra, A.M., Rhee, K. van der, & Kooij, J.J.S. (2017). Prevalence of sexual dysfunctions and other sexual disorders in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder compared to the general population. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* (first online).

Verder zijn er klinische aanwijzingen van comorbiditeit bij neurologische aandoeningen van de frontale lobben en de hippocampus en bij ziekten als multipele sclerose en dementie.

Bron: Zie voor een overzicht bv. Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom. en Gijs, L., Vroege, J. & Gooren, L. (2009). Parafilieën en aanverwante stoornissen. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg, P. *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hyperseksuele stoornis

Net als voor patiënten met een parafiele stoornis is het ook voor patiënten met een hyperseksuele stoornis vaak niet eenvoudig om daar bij een zorgverlener voor uit te komen. Sommigen doen dat bij de huisarts, anderen pas nadat zij door de huisarts zijn doorverwezen. Mensen vertellen hierover pas wanneer zij dit aandurven of daaraan toe zijn.

Zorgverleners beschikken ook bij deze aandoening niet over een gestandaardiseerd diagnostisch instrument. Wel beschikbaar zijn:

- Een klinisch-seksuologisch interview; daarin wordt aan mensen gevraagd of ze symptomen hebben van een hyperseksuele stoornis.
- Psychologische testen.

Er bestaan weinig goed ontwikkelde meetinstrumenten specifiek voor deze aandoening. Instrumenten die in de beroepspraktijk worden gebruikt zijn de VSD en de HBI-19 (Hypersexual Behavior Inventory).

Bron: Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red.), *Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling* (pp. 925-944). Utrecht: De Tijdstroom.

De VSD (Vragenlijst voor het signaleren van Seksuele Dysfuncties) bevat een flink aantal vragen over 'seksuele belangstelling/seksuele activiteit'. Daarin wordt niet alleen geïnformeerd naar de frequentie van soloseks, seks met de partner en seks met een ander dan de partner, maar wordt de betrokkene ook gevraagd of zij naar hun eigen oordeel veel bezig zijn met seksuele prikkels, veel masturberen en veel behoefte hebben aan seksueel contact (en de mate waarin ze daar last van hebben). In het kader van de differentiële diagnostiek zijn ook de vragen over afkeer en angst bij seks en over de behoefte aan seksueel contact van de partner van belang.

Bron: Vroege, J.A. (1994). Vragenlijst voor het signaleren van seksuele dysfuncties (VSD) (5de versie). Utrecht: Academisch Ziekenhuis Utrecht. Vroege, J.A. (2003). De Vragenlijst voor het signaleren van Seksuele Dysfuncties (VSD). *Bruikbaarheid in de klinische praktijk (RNG-studies, nr 4)*. Delft: Eburon.

De HBI-19 bestaat uit 19 items die aansluiten bij de beoogde criteria voor de hyperseksuele stoornis in de DSM-5. Op een 5-punts Likert-schaal geeft de patiënt aan in hoeverre de items van toepassing zijn (van 'nooit' tot 'zeer vaak'). De lijst kent een cut-off score en kan als screening-instrument voor een hyperseksuele stoornis worden gebruikt om door te verwijzen. Een Nederlandse versie

Nederlandse versie: Verkrijgbaar via Drs. Edwin Wever (eweaver@dfzs.nl)

is beschikbaar en wordt momenteel gebruikt in Nederlands onderzoek.

Hieronder zijn '*Diagnostische vragen bij hyperseksuele stoornissen*'

Bron: Vroege & Van Rhee, 2013; Gijs, Vroege, & Gooren, 2009

opgenomen.

1. Klachten

1. requentie waarmee de patiënt seksueel actief is (alleen, met partner, met anderen)
2. Is de patiënt seksueel actief via internet? Is er sprake van betaalde seks?
3. Wordt het gedrag als 'overmatig' beschouwd (door betrokkene zelf, door partner)?
4. In hoeverre lijdt de patiënt zelf, of de partner, onder dit overmatig seksueel gedrag?
5. Is er sprake van een bijzondere seksuele voorkeur (parafilie) of strafbaar gedrag?
6. Is er sprake van andere psychische stoornissen?

2. Oorzaken

1. Vanaf wanneer is de patiënt overmatig seksueel actief?
2. Is dat geleidelijk of plotseling ontstaan?
3. Wat is de eigen verklaring daarvoor?
4. Wat is de reden dat de patiënt nu hulp zoekt?
5. Zijn er omgevingsfactoren die een en ander kunnen verklaren?
6. Hoe zijn de sociale en relationele sociale vaardigheden van betrokkene?
7. Zijn er aanwijzingen voor verwaarlozing, mishandeling of seksueel trauma?
8. Is er sprake van lichamelijke stoornissen (bijv. genetische, hormonale of hersenafwijking)?
9. Is er sprake van medicatie- of middelengebruik?

3. Gevolgen

1. In hoeverre interfereert het gedrag met andere belangrijke doelen, activiteiten en verplichtingen?
2. Wat is het risico op lichamelijke of emotionele schade voor zichzelf en anderen?
3. Weet de patiënt zichzelf en anderen te beschermen tegen soa/aids en ongewenste zwangerschap?
4. In hoeverre worden het zelfbeeld en de relaties met anderen negatief beïnvloed?
5. Wat zijn de consequenties voor werk en financiën?

4. Levenssituatie

1. Heeft de patiënt een partner, (contact met) familie en vrienden, en werk/een zinvolle dagbesteding?
2. Is de patiënt in staat om voor zichzelf te zorgen (dag-/nachtritme, eten en drinken, kleding, huisvesting, financiën)?

5. Hulpvraag

1. Wat zijn de behandeldoelen?
2. Hoe denkt de patiënt die behandeldoelen te kunnen bereiken?
3. Welke behandelvormen zijn bespreekbaar (individueel, met partner, in groep)?
4. Is behandeling met medicatie een optie?
5. Heeft de patiënt voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke zorgverlener?

Comorbiditeit

Uit onderzoek blijkt dat stemmingsstoornissen, angststoornissen, aan een middel gebonden

stoornissen en ADHD bij mannen met een hyperseksuele stoornis veelvuldig voorkomen.

Ook van persoonlijkheidsstoornissen blijkt regelmatig sprake te zijn - vooral die uit 'cluster C (vermijdend, afhankelijk en obsessief/compulsief)', maar ook die uit 'cluster B' (antisociaal, borderline en narcistisch).

Bron: Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400; Walton, M.T., Cantor, J.M., Bhullar, N., & Lykins, A.D. (2017). *Archives of Sexual Behavior*, 46, 2231-2251.

Patiënten met een hyperseksuele stoornis blijken soms een neurologische aandoening te hebben. Tenslotte kan sprake zijn van parafiele stoornissen en soms ook van strafbaar seksueel gedrag.

6.3.2 Onderscheid in complexiteit en ernst

Voor de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen is het van belang om de complexiteit en ernst vast te stellen. De volgende factoren zijn van belang:

- Onderscheid maken tussen parafilie en parafiele stoornis en hyperseksualiteit en hyperseksuele stoornis.
- Bepalen van de intensiteit van het parafiele of hyperseksuele verlangen, bijvoorbeeld gereflecteerd in de hoeveelheid tijd die ermee gemoeid is.
- Bepalen van de ernst en de aard van het persoonlijk lijden waarmee de parafilie of de hyperseksualiteit gepaard gaat. Wordt de parafilie of hyperseksualiteit bijvoorbeeld als egosyntoon of egodystoon beleefd? Is er fysieke schade of vooral psychologisch lijden?
- Los van de intensiteit van het parafiele verlangen, is ook de verhouding tussen parafiel en regulier verlangen belangrijk voor de behandeling. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen enige interesse, en een relatief grote interesse, en tussen een relatieve voorkeur of een exclusieve voorkeur. In geval van enige parafiele interesse naast een normale reguliere interesse, zal behandeling anders zijn dan bij het bestaan van een exclusieve parafiele voorkeur.
- Aanwezigheid bepalen van comorbiditeit (bv. dementie, neurologische aandoeningen, en psychische stoornissen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen).
- Potentieel risico op strafbaar handelen en hoogte van dit risico inschatten.

Forensische aspecten

Waar de meeste patiënten in de reguliere setting zich vrijwillig zullen melden omdat zij zelf lijden onder hun parafiele/hyperseksuele stoornis, is dat in de forensische setting anders. De patiënten worden daar verplicht behandeld omdat zij anderen schade hebben berokkend. Regelmatig, maar zeker niet altijd, is er sprake van een parafiele stoornis. De patiënt zal zelf soms wel en soms ook niet onder die stoornis lijden. Motivatie voor behandeling bestaat vooral in de wens om de forensische setting te kunnen verlaten. Focus van behandeling is het terugdringen van het recidiverisico. In de forensische setting is daarom naast de diagnostiek van parafiele stoornissen, met name de risicotaxatie voor (seksuele) recidive belangrijk.

Voor risicotaxatie bij zedendelinquenten waaronder de groep met een parafiele stoornis, is het gebruik van de combinatie van de Static-99R

Bron: Smid, W.J., Koch, M., & Berg, J.W. van den (2017). Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2017). (Bewerkte vertaling van Harris, A.J.R., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.

en de Stable-2007

Bron: Berg, J.W. van den, Smid, W.J., & Koch, M. (2017). Stable-2007 Scorehandleiding. (Vertaling van Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.

steeds meer gangbaar in Nederlandse forensische centra. De SVR-20 wordt steeds minder gebruikt. De Static-99R kent een vaste scoring zonder klinische weging en richt zich op relatief gemakkelijk scoorbare, veelal statische (vaststaande feiten) factoren. De Stable-2007 kent eveneens een vaste scoring zonder klinische weging en richt zich op dynamische (door behandeling veranderbare) risicofactoren. Dit instrument is empirisch onderbouwd en internationaal gangbaar. In de forensische setting wordt de combinatie van beide instrumenten geadviseerd. Ze zijn niet bruikbaar voor vrouwelijke zedendelinquenten. Voor die groep is het nog niet gelukt een betrouwbaar en valide risicotaxatie-instrumenten te maken, omdat de relatief kleine aantallen vrouwelijke zedendelinquenten en hun zeer lage recidivepercentages het rekenen onmogelijk maken.

6.3.3 Monitoring

Het regelmatig evalueren van de behandeling aan de hand van 'Routine Outcome Monitoring' (ROM)-metingen en aan de hand van de in het behandelplan vastgelegde behandeldoelen is verplicht in de ggz. Zo kunnen veranderingen in de tijd worden gesignaleerd en kan het zorgaanbod in overleg met de patiënt worden aangepast. De vragenlijsten die in het kader van de ROM worden gebruikt, worden in ieder geval aan het begin en aan het eind van de behandeling afgenomen. De frequentie waarmee tussenmetingen worden afgenomen verschilt (van eens per kwartaal tot eens per jaar). De ROM geeft gestructureerde feedback op patiëntniveau over de behandelvoortgang. Is er sprake van vooruitgang, stagnatie of achteruitgang? Daarnaast zal worden bekeken in hoeverre de in het behandelplan vastgelegde specifieke behandeldoelen zijn behaald. Daarover kan met de patiënt in gesprek worden gegaan. Samen met de patiënt kan worden bekeken of de behandeling kan worden afgerond of nog moet worden voortgezet, en of de gekozen behandeldoelen en behandelvormen nog wel voldoen. Bij onvoldoende vooruitgang zal soms worden gekozen voor nadere diagnostiek.

7. 5. Individueel zorgplan en behandeling

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

7.1 5.1 Inleiding

Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen kunnen verschillende behandelmethoden worden toegepast: psycho-educatie, psychotherapie en farmacotherapie. Bij een psychotherapeutische behandelingswijze kan worden gewerkt vanuit verschillende referentiekaders (bijvoorbeeld: psychodynamisch, cognitief-gedragstherapeutisch) en in verschillende settings (individueel, relatie of gezin, groep). Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen wordt in de regel gekozen voor een cognitief-gedragstherapeutische behandelingswijze. Individuele gesprekken worden daarbij zo mogelijk gecombineerd met partnerrelatie- of groepstherapie. Psycho-educatie maakt bij iedere patiënt onderdeel uit van de behandeling. Farmacotherapie kan daarop een belangrijke aanvulling zijn.

Over de effectiviteit van behandelmethoden bij parafiele en hyperseksuele stoornissen is uit wetenschappelijk onderzoek maar weinig bekend. Er is veel onderzoek gedaan naar behandeling van mannelijke plegers van seksueel misbruik bij kinderen en het effect daarvan op de recidive. Uit meta-analyses blijkt dat sprake is van behandelingseffect, maar dat die wel bescheiden is.

Bron: Grønnerød, C., Grønnerød, J.S., & Grøndahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: A meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(3), 280-290. , zie ook

Walton, J.S., & Chou, S. (2015). The effectiveness of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: A systematic review of randomized and non-randomized studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(4), 401-417

Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597-630

Kim, B., Benekos, P.J., & Merlo, A.V. (2016). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 105-117.

Deze behandelingen richten zich vooral op het beheersen van het ongewenste gedrag en het vermijden van risicosituaties. De parafiele interesse/voorkeur zelf wordt over het algemeen beschouwd als moeilijk of niet veranderbaar. Voor de werkzaamheid van antidepressiva bij 'seksueel gedrag dat men niet onder controle heeft' lijkt inmiddels ook de nodige evidentie te bestaan.

Bron: Bancroft, 2009. Zie Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Behalve de behandelmethode is ook de responsiviteit van de behandelaar van invloed op het behandelresultaat. De behandelaar dient warm, empathisch, belonend en directief te zijn en aan te sluiten bij het (leer)vermogen van de patiënt.

Bron: Marshall W.L, Marshall, L.E, Serin, G.A. & O'Brien, M.D. (2011). *Rehabilitating Sexual Offenders*. APA Books.

De behandelaar kan seksueel-grensoverschrijdend gedrag van de patiënt veroordelen, maar niet de patiënt als persoon. Negatief woordgebruik als fout, dader, stoornis en afwijking wordt bij voorkeur vermeden. Ook patiënten met een parafilie die kan leiden tot strafbaar seksueel gedrag worden niet op voorhand benaderd als potentiële zedendelinquent.

7.2 5.2 Zelfmanagement

Zelfmanagement heeft betrekking op het zelf toepassen van interventies in het hier en nu, en het aanpassen van de eigen leefstijl wanneer zich bepaalde problemen voordoen. Centraal binnen zelfmanagement is de gedachte dat de persoon de eigen regie voert over het dagelijkse leven en voldoende in staat wordt geacht om als probleemeigenaar zijn/haar problemen op te lossen, zonder onmiddellijk een beroep te doen op professionals. Ook informeel sociaal contact kan hierbij een belangrijke rol spelen. Zelfmanagement kan ook betekenen dat naast het eigen proactief handelen bij problemen, personen met parafiele en hyperseksuele stoornissen een beroep doen op ervaringsdeskundigen. Zowel over parafilieën als over hyperseksualiteit ('seksverslaving') is veel informatie beschikbaar op het internet. Via het internet kan men ook met anderen in contact komen. Op verschillende plaatsen in het land zijn er zelfhulpgroepen op dit gebied. Daar kan men steun, begrip en herkenning vinden, en elkaar zo nodig ook corrigeren. Vaak worden ook prettige activiteiten ondernomen. Dat kan belangrijk zijn voor de zelfwaardering en voor het doorbreken van het isolement. Sommige groepen zoeken in toenemende mate overleg met professionele behandelaars en –instanties, waarbij behandeling en lotgenotencontact binnen voorwaarden parallel kunnen verlopen. Er zijn ook groepen die meer gesloten zijn en geen uitwisseling zoeken met professionele zorgverleners.

Voor mensen met een hyperseksuele stoornis zijn er bijvoorbeeld '[Sex and Love Addicts Anonymous](#)' en '[Sexaholics Anonymous](#)'. Deze zelfhulpgroepen maken gebruik van het twaalf-stappenprogramma van de 'Anonieme Alcoholisten'. In dat programma wordt gewerkt vanuit een christelijke levensvisie. Die visie is in bepaalde opzichten seksueel restrictief: er is veel nadruk op langdurige abstinentie, en met name bij de S.A. wordt iedere vorm van soloseks of van seks met een ander dan de eigen echtgeno(o)t(e) als taboe en als in 'toenemende mate verslavend en destructief' beschouwd.

Bron: Salmon, R.F. (1995). Therapist's guide to 12-step meetings for sexual dependencies. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2(3), 193-213.

Dat laatste is in strijd met de in deze zorgstandaard geformuleerde uitgangspunten (zie [Verantwoording](#)).

Voor geïnteresseerden in BDSM (Engelse afkorting van 'Bondage & Discipline', 'Dominance & Submission' en 'Sadism & Masochism') zijn er tal van verenigingen en ontmoetingsgroepen, zoals Samarium en de VSSM, en Fetlife (online). Ook zijn er ontmoetingsgroepen voor mensen met wat minder bekende parafilieën (bijvoorbeeld: 'Creche bebe' en 'Adult Babies/ Diaper Lovers' voor infantilisten en luiertfetishisten). Voor mensen met pedofiele gevoelens zijn er bijvoorbeeld [Pedofilie.nl](#) en de NVSH-groepen JON en JORis West. In een dergelijke groep kan een begeleider zonder parafiele voorkeur wenselijk zijn. De blik van zo'n begeleider verkleint de kans dat riskante cognities of gedragingen van sommige deelnemers onvoldoende uitgedaagd worden of de groepsmoraal gaan overheersen.

7.3 5.3 Behandeling en begeleiding

7.3.1 Psycho-educatie

Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen neemt psycho-educatie een belangrijke plaats in. Vaak wordt hier al tijdens de intake mee gestart - zowel patiënten als hun partners hebben vaak veel vragen. Wat tijdens de intakefase wel en wat nog niet aan bod komt, is niet alleen afhankelijk van de vragen van de betrokkenen, maar ook van hun visie op de aanmeldingsklacht.

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). *Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling*. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Psycho-educatie heeft in het algemeen betrekking op het volgende:

- Wat zijn parafiele en hyperseksuele stoornissen? Aan patiënten wordt uitgelegd wat parafilieën en hyperseksualiteit zijn en wanneer er sprake is van een parafiele of hyperseksuele stoornis. Wat op seksueel gebied als normaal en afwijkend wordt beschouwd is cultuur- en tijdsgebonden. Er is op zich niets mis mee om een bijzondere seksuele voorkeur of veel behoefte aan seks te hebben. Belangrijk is wat je daarmee doet. Wat voorkomen dient te worden is dat iemand (de patiënt zelf, anderen) daardoor in de problemen komt. Dit inzicht kan op zich al geruststellend zijn.
- Wat zijn mogelijke oorzaken? Uitgelegd wordt dat er allerlei theorieën zijn over het ontstaan van parafilieën en hyperseksualiteit, maar dat we in feite niet goed weten wat de oorzaken zijn. Waarschijnlijk spelen hier biologische, psychologische én sociale factoren een rol. Daarvan kunnen

desgewenst voorbeelden gegeven worden.

- Wat zijn mogelijke behandelwijzen? Hoe de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen eruit ziet, is afhankelijk van het behandeldoel: is men op zoek naar acceptabele uitingsvormen of streeft men vooral naar symptoombeheersing? Bezig zijn met seks is een manier om met stress om te gaan. Als men ervoor kiest om van deze copingstrategie minder gebruik te maken is het van belang hiervoor alternatieven te ontwikkelen. De behandeling bestaat uit individuele, partnerrelatie- en/of groepstherapie. Soms wordt ook gebruik gemaakt van medicatie. Ook kan worden gekozen voor deelname aan een zelfhulpgroep.
- Is het mogelijk hiervan te 'genezen'? De behandeling van mensen met een parafiele stoornis is niet gericht op het afleren of genezen van de parafilie. Dat is namelijk niet mogelijk. Doel van de behandeling van patiënten met een parafiele of hyperseksuele stoornis is dat er niet meer sprake is van lijdensdruk, functionele beperkingen en (risico op) schade bij zichzelf of anderen. In dat geval is van een stoornis geen sprake meer.
- Hoe zit het met het beroepsgeheim? Zorgverleners hebben een beroepsgeheim. Als een patiënt hen vertelt over strafbare feiten die in het verleden zijn gepleegd, zullen zij daar dan ook niet mee naar buiten treden. Zij zullen die hoogstens bespreken met een directe collega, die net als zij gebonden is aan dat beroepsgeheim. Als een patiënt vertelt zich of een ander ernstige schade te zullen toebrengen en dat alleen kan worden voorkomen door het eigen beroepsgeheim te schenden, is een zorgverlener daartoe echter verplicht. Daarbij wordt dan wel gekozen voor de manier die het minst ingrijpend is. De patiënt zal hiervan op de hoogte worden gebracht.

7.3.2 Psychotherapeutische behandeling

Formuleren behandeldoelen

De behandeling start met het formuleren van de behandeldoelen en het vastleggen daarvan in een behandelplan. Tijdens de intake wordt al gevraagd wat de patiënt (en zijn partner) in de loop van de behandeling zou(den) willen bereiken. Bij het formuleren van de behandeldoelen probeert de behandelaar dit zo concreet mogelijk te maken. Wanneer zou(den) de patiënt (en zijn partner) tevreden zijn over het behandelresultaat? Wat zou bij afsluiting van de behandeling dan moeten zijn bereikt?

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Bij het formuleren van de behandeldoelen waakt de behandelaar wel over het realiteitsgehalte. Want het bij aanvang stellen van onrealistische doelen kan leiden tot falen en ontmoediging bij de patiënt. Zo zal de behandeling van mensen met een parafiele stoornis niet gericht zijn op het afleren of genezen van de parafilie. Dat is namelijk niet mogelijk. Er zit niets anders op dan accepteren dat men een 'bijzondere seksuele voorkeur' heeft. Rouw daarover is vaak onderdeel van de behandeling. Ook het volledig afzweren van seks is weinig realistisch. Belangrijk is dat behandelaars erop toezien dat de samen met de patiënt geformuleerde behandeldoelen niet al te restrictief zijn.

De behandeling van een parafiele stoornis kan plaatsvinden vanuit 2 perspectieven. Enerzijds kan

die erop gericht zijn om de parafiele seksuele verlangens een positieve plek te geven in de persoonlijke identiteit en het relationele leven. Het zoeken van niet-schadelijke manieren om uiting te kunnen geven aan die verlangens speelt daarbij een belangrijke rol. Anderzijds kan de behandeling gericht zijn op het minimaliseren en – indien noodzakelijk – controleren van het parafiele, seksuele gedrag. Voor welke aanpak wordt gekozen, zal onder meer afhangen van de wens van de patiënt en van de parafilie waar het in het desbetreffende geval om gaat.

Acceptabele uitingsvormen

Bij de parafilieën die in de DSM-5 worden beschreven, zijn er twee (fetisjisme, transvestie) die vooral voor de betrokkene zelf en zijn of haar partner problematisch kunnen zijn. Daarnaast zijn er twee (seksueel masochisme, seksueel sadisme) waarbij in bepaalde gevallen ook risico bestaat op lichamelijk letsel. Net als seksueel sadisme kunnen ook de andere vier parafilieën uit de DSM-5 (voyeurisme, exhibitionisme, frotteurisme, pedofilie) leiden tot gedrag waarmee anderen schade wordt berokkend en dat daarom strafbaar is.

Patiënten met een parafiele stoornis die vooral voor henzelf en hun partner ingewikkeld is, kunnen er voor kiezen om de invloed van hun bijzondere seksuele voorkeur op hun leven te minimaliseren. Zij kunnen er echter ook voor kiezen om hun bijzondere seksuele voorkeur een positieve plek te geven in hun persoonlijke identiteit en hun relationele leven. Hetzelfde geldt voor patiënten met een parafilie waarbij in bepaalde gevallen risico bestaat op lichamelijk letsel. Het zoeken van niet-schadelijke manieren om uiting te kunnen geven aan de eigen seksuele verlangens betekent in dat geval: het minimaliseren van de kans op (ernstig) lichamelijk letsel.

Ook met patiënten met parafiele stoornissen die kunnen leiden tot strafbaar seksueel gedrag kan echter op zoek worden gegaan naar niet-schadelijke manieren om uiting te kunnen geven aan de seksuele verlangens. Zo kan men voldoening halen uit seksuele fantasieën en uit het kijken naar legaal beeldmateriaal. Ook het kunnen praten over de eigen verlangens met lotgenoten kan een bepaalde bevrediging geven.

Symptoombeheersing

Patiënten hebben op het moment dat zij met de hulpverlening in aanraking komen vaak al lange tijd last van hun bijzondere seksuele voorkeur of hun overmatige behoefte aan seks. Velen van hen zijn door hun seksuele gedrag nu écht in de problemen gekomen: als er niet snel wat verandert, zal dit voor hen belangrijke consequenties hebben. Sommigen lukt het om op eigen kracht hun gedrag (deels) bij te stellen. Bij anderen is het van belang dat de zorgverlener meedenkt over praktische oplossingen die de risico's op korte termijn kunnen beperken (bijvoorbeeld: het blokkeren van sekssites op internet of het bij een ander in bewaring geven van bankpasjes).

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Bepaalde vormen van gedrag zullen daarbij worden geproblematiseerd en bij andere zal worden aangedrongen op een stap voor stap benadering. Want: het is moeilijk om al het probleemgedrag in

een keer onder controle te krijgen.

Bron: Coleman, E. (2012). Impulsive/compulsive sexual behavior: Assessment and treatment. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Red.), *The Oxford handbook of impulse control disorders* (pp. 375-388). New York: Oxford University Press.

Belangrijk is om bij het zoeken naar oplossingen de verantwoordelijkheid bij de patiënt te laten en niet in de rol van 'controleur' terecht te komen. Ook de partner kan die rol het beste vermijden.

Om duidelijkheid te krijgen over de functies van het probleemgedrag en de betekenis die dit voor de patiënt heeft, kan een registratieopdracht worden meegegeven. Aan de patiënt wordt in dat geval gevraagd om dagelijks het probleemgedrag of de geneigdheid daartoe te registreren en het resultaat daarvan bij de volgende zitting mee te nemen. Aan de hand daarvan wordt geprobeerd om te achterhalen waarom de patiënt op het ene moment geneigd is om probleemgedrag te vertonen en op andere momenten niet. De zorgverlener kan dat uitwerken in een functieanalyse en betekenisanalyse.

Bron: Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.

Zodra duidelijk is welke functie en betekenis het probleemgedrag heeft, kan in principe met registreren worden gestopt. Het gebeurt echter regelmatig dat het uitvoeren van de registratieopdracht de patiënt helpt om het probleemgedrag minder vaak te vertonen en daarom nog enige tijd wordt voortgezet. Dagelijks registreren zorgt voor een toename van het zelfbewustzijn en zelfbewustzijn helpt bij de zelfregulatie.

Bron: Baumeister, R.F. & Tierney, J. (2012). *Wilskracht. De herontdekking van de grootste kracht van de mens*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Stoppen met het probleemgedrag zal er vaak toe leiden dat gevoelens die de patiënt door middel van seks graag uit het eigen bewustzijn wilde bannen, weer in alle hevigheid terugkeren. Het risico bestaat dat die gevoelens op een gegeven moment niet meer te hanteren zijn en het probleemgedrag vervolgens (weer) doen toenemen. Het voorschrijven van medicatie kan op zo'n moment eventueel uitkomst bieden. Moeite om binnen de eigen grenzen te blijven kan er echter ook voor zorgen dat de patiënt meer gemotiveerd raakt om onderliggende mechanismen aan te pakken en het gedrag niet alleen door pure wilskracht en vastberadenheid onder controle denkt te kunnen krijgen.

Bron: Coleman, E. (2012). Impulsive/compulsive sexual behavior: Assessment and treatment. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Red.), *The Oxford handbook of impulse control disorders* (pp. 375-388). New York: Oxford University Press.

Belangrijk is om met patiënten stil te staan bij de negatieve effecten van het symptoomgedrag op hun zelfgevoel

Bron: Van Zessen, G. (2011). Seksverslaving: Een behandelaanpak gebaseerd op het begrip eigenwaarde. *GZ-Psychologie*, januari, 10-15.

én bij hetgeen het probleemgedrag hen oplevert. Het is uiteindelijk aan hen om keuzes te maken.

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). *Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling*. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

In de loop van de behandeling leren patiënten niet alleen situaties met een hoog risico te identificeren, maar ook de keten van gebeurtenissen die in hun geval tot probleemgedrag leidt en die dit gedrag ook bestendigt. Dat inzicht helpt hen vervolgens tactieken toe te passen om die keten van gebeurtenissen te doorbreken en op gezonde wijze intiem te zijn en seksueel te functioneren. Het veranderen van cognitieve vervormingen of foutieve manieren van denken speelt daarbij een belangrijke rol.

Bron: Coleman, E. (2012). Impulsive/compulsive sexual behavior: Assessment and treatment. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Red.), *The Oxford handbook of impulse control disorders* (pp. 375-388). New York: Oxford University Press.

Kaplan, M.S. & Krueger, R.B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47, 181-198.

Stressreductie en aanleren andere copingmechanismen

Meedenken over praktische oplossingen die de risico's waaraan patiënten bloot staan op korte termijn kunnen beperken is een vorm van stressreductie. Helpen bij wat door anderen wordt aangeduid als 'verandering van levensstijl' of 'levenslooptaken' is dat ook.

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Sommige patiënten hebben hulp nodig bij de totstandkoming van een goed dag-/nachtritme of een gezond eet- en drinkpatroon. Slaapgebrek heeft allerlei ongunstige effecten op lichaam en geest, waaronder een verzwakking van de zelfbeheersing en daarmee samenhangende processen als beslissingen nemen. Honger heeft een soortgelijk effect: om onszelf te kunnen beheersen hebben onze hersenen voldoende 'brandstof' nodig. Ook het gebruik van alcohol heeft een negatief effect op de zelfbeheersing: niet alleen door een verlaging van de suikerspiegel in het bloed, maar ook door een vermindering van het zelfbewustzijn.

Bron: Baumeister, R.F. & Tierney, J. (2012). Wilskracht. De herontdekking van de grootste kracht van de mens. Amsterdam: Nieuwezijds.

Waar patiënten vaak ook hulp bij nodig hebben, is bij het plannen en uitvoeren van activiteiten die 'nuttig' (inspanning) of juist 'plezierig' zijn (ontspanning). Sommige patiënten zijn vooral gebaat bij het vinden van een tijdsbesteding die door hen als 'zinnig' wordt ervaren, anderen bij het leren maken van keuzes en het leren toepassen van strategieën om op efficiënte wijze met alles wat op hen afkomt om te gaan.

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Heel belangrijk is dat patiënten leren om zaken die voor hen van belang zijn niet te vermijden en om daarbij een 'stap voor stap'-benadering toe te passen. Van Zessen

Bron: Van Zessen, G. (2011). Seksverslaving: Een behandelplan gebaseerd op het begrip eigenwaarde. GZ-Psychologie, januari, 10-15.

heeft het in zijn behandelmodel van 'seksverslaving' – waarin het versterken van het zelfbeeld en de eigenwaarde centraal staat - over kleine, egoversterkende taken (heitjes) die met aandacht worden uitgevoerd (mindful) en in de loop van de behandeling kunnen uitgroeien tot grotere taken. Het te snel zetten van grote stappen is riskant: het leidt gemakkelijk tot falen en daarmee tot demotivatie.

Belangrijk is dat patiënten bij hun dagindeling ook voldoende tijd inruimen voor activiteiten die in de eerste plaats 'plezierig' zijn. Wat door de betrokkene als plezierig wordt ervaren, kan uiteraard

verschillen. Lichamelijke inspanning is een activiteit die door veel mensen als heel ontspannend wordt ervaren. Anderen hebben vooral baat bij ontspanningsoefeningen, yoga, mindfulness of bij zingen, dansen, schilderen, enzovoort. Patiënten kunnen door hun behandelaar worden gestimuleerd om aan dit soort activiteiten deel te nemen. Soms maken dit soort activiteiten ook deel uit van de behandeling.

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Een belangrijk onderdeel van de behandeling is vaak ook het helpen van patiënten bij het aangaan van sociale contacten of bij het verbeteren van hun sociale vaardigheden. Sommige patiënten leven heel geïsoleerd. Het opbouwen en onderhouden van een (beperkt) sociaal netwerk kan bij hen een belangrijke doelstelling zijn. Anderen patiënten zien op zich voldoende mensen, maar hebben problemen met de communicatie, met het aangeven van wensen en grenzen, enzovoort. Belangrijk is ook dat patiënten (bepaalde) gevoelens leren ervaren en daar op een goede manier mee leren omgaan, bijvoorbeeld door daarover te praten – niet alleen tijdens de behandeling, maar ook daarbuiten.

Bron: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Beïnvloeding zelfbeeld

Wat bij patiënten met een parafiele of hyperseksuele stoornis vrijwel altijd een belangrijke bron van stress vormt, is de negatieve wijze waarop zij naar zichzelf en hun seksualiteit kijken. In de ernstiger gevallen is sprake van een verstoring van de psychoseksuele ontwikkeling die interfereert met hun vermogen om zich goed te voelen over zichzelf als seksuele wezens en/of hun vermogen om intiem te zijn met andere mensen.

Bron: Coleman, E. (2012). Impulsive/compulsive sexual behavior: Assessment and treatment. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Red.), *The Oxford handbook of impulse control disorders* (pp. 375-388). New York: Oxford University Press.

Belangrijk is om tijdens de behandeling de wijze waarop patiënten naar zichzelf kijken kritisch onder de loep te nemen en op positieve wijze proberen te beïnvloeden. Doel daarbij is dat zij voor zichzelf 'bondgenoot' kunnen zijn en niet alleen 'criticus'.

Wat in dit verband onvermijdelijk ter sprake komt, zijn gebeurtenissen uit het verleden die er toe hebben geleid dat de patiënt op een negatieve wijze over zichzelf en over seksualiteit is gaan

denken. Het kan daarbij gaan over gebeurtenissen uit de eigen jeugd, maar ook over gebeurtenissen van later. Conflicten in het gezin van herkomst spelen vaak door in disfunctionele relaties en seksueel gedrag. Belangrijk is om daarbij stil te staan en te rouwen over het geleden verlies. Ook kan het zinvol zijn om samen met hun familieleden nog eens naar deze conflicten te kijken en zo te komen tot een beter begrip.

Bron: Coleman, E. (2012). Impulsive/compulsive sexual behavior: Assessment and treatment. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Red.), *The Oxford handbook of impulse control disorders* (pp. 375-388). New York: Oxford University Press.

Stilstaan bij het verdriet dat men bij het uiting geven aan de eigen seksuele behoeften anderen heeft aangedaan kan in dit verband ook nuttig zijn. Bij het verwerken van pijnlijke gebeurtenissen uit het verleden kan gebruik worden gemaakt van schrijfopdrachten en van EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

De afwijzing van anderen/de maatschappij speelt in dit kader ook een rol. Patiënten met een parafilie hebben in veel gevallen last van 'minderheidsstress'.

Bron: Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.

Afwijzing, stigmatisering en geweld zijn, indien hun bijzondere seksuele voorkeur bekend wordt, helaas niet ongewoon. Het langdurig ontkennen en verborgen houden van de eigen seksuele voorkeur en een chronische 'hyperalertheid' kunnen hier het gevolg van zijn. De minderheidsstress neemt af met een toename van het gevoel geaccepteerd te worden. Daarop is niet alleen de omgeving van de patiënt van invloed, maar ook de wijze waarop men zelf met de eigen seksuele voorkeur omgaat:

Bron: Alessi, E.J. (2014). A framework for incorporating minority stress theory into treatment with sexual minority clients, *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18(1), 47-66.

- Maatschappij: De kennis en houding van de maatschappij tegenover de parafilie beïnvloeden de mate waarin de patiënt zich erkend, geaccepteerd en begrepen voelt. Neutrale informatievoorziening en rolmodellen dragen hieraan bij. Het verbeteren van maatschappelijke tolerantie is echter moeizaam, kent veiligheidsrisico's en ook ethische beperkingen. Wel zal de patiënt de behandelaar als onderdeel van deze maatschappij ervaren en dus met dezelfde criteria bekijken, wat weerslag heeft op de beleving van de behandeling.

- Openheid: Wanneer de sociale omgeving positief reageert op openheid over de parafilie werkt dit ondersteunend voor de patiënt. Bij negatieve reacties kan de behandelaar als 'bron van autoriteit' proberen in een gesprek met de betrokkenen invloed uit te oefenen op hun concept van wat 'gezond' en 'ongezond' is.
- Gemeenschap: Bij contact met lotgenoten kan de houding van de maatschappelijke meerderheid vrijuit worden bekritiseerd. De onderlinge solidariteit en het hebben van een gedeelde geschiedenis helpen bij het opbouwen van een gezonde identiteit.
- Patiënt: Bij hyper-alertheid kan sprake zijn van ontwijking/zich terugtrekken en van overreageren (gevaar en stigma zien waar dat er in feite niet is). Beoordelen of sprake is van overreageren vergt van de behandelaar soms reflectie op eigen opvattingen. Wanneer de patiënt zich veilig voelt kan hierin meer balans ontstaan. De patiënt ondersteunen een actieve, constructieve rol te nemen in de omgang met negatieve invloeden uit de omgeving kan het zelfvertrouwen vergroten.

Systeemtherapie

Bron: Carlier, B.E., Tiesema, M., Lotgerink, H.B.F., Van der Rhee, C., & Vroege, J.A. (2006). Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGZ. Zorgprogramma 'Parafilieën en overmatig seksueel verlangen'. Utrecht/Den Haag: Altrecht, Parnassia, Rutgers Nisso Groep.

Bij patiënten met een partner is het vaak zinvol om, naast de individuele behandeling, ook partnerrelatiegesprekken te hebben. Partnerrelatietherapie is van belang omdat de relatie nogal eens beschadigd is. Partners voelen zich bedrogen en hebben problemen met het opnieuw vertrouwen van de patiënt. Ze hebben tijd nodig om te rouwen, om hun boosheid te uiten en uiteindelijk misschien te vergeven. Belangrijk is dat behandelaars voor beiden begrip kunnen opbrengen en niet partij kiezen voor een van hen. De individuele therapie en de partnerrelatietherapie kunnen gedaan worden door dezelfde behandelaar of door verschillende behandelaars. Als zowel de individuele therapie als de partnerrelatietherapie langere tijd en met enige regelmaat nodig zijn, hebben verschillende behandelaars daarbij de voorkeur.

Behandelinterventies kunnen zijn:

- Met elkaar leren praten.
- Veranderen van interactiepatronen.
- Leren onderhandelen over seksuele wensen en grenzen.
- Leren accepteren van de parafiele en hyperseksuele verlangens.
- Het wegnemen van vooroordelen betreffende parafilieën en hyperseksualiteit.
- Helpen bij het herwinnen van onderling beschadigd vertrouwen.

Patiënten kunnen, behalve aan openheid ten opzichte van hun partner, ook behoefte hebben aan hulp bij openheid naar andere familieleden, vrienden of collega's. Het is verstandig hier een weloverwogen beslissing van te maken. Om de juiste verwachting te creëren, kan het van belang zijn best- en worst-case scenario's door te nemen. De omgeving heeft door gebrek aan (evenwichtige) kennis over de parafilie vaak weinig handvatten. Daardoor kan vertrouwen, dialoog en de acceptatie

en steun waar de patiënt misschien op hoopte soms veel tijd, geduld en incasseringsvermogen van de patiënt vergen. Het valt te overwegen dat de behandelaar als mediator aanwezig is als bron van ondersteuning en kennis. Wanneer openheid zeer negatief uitpakt is het van belang dat de patiënt al van tevoren weet te kunnen rekenen op directe steun van de zorgverlener.

Vanuit de hulplijn Stop it Now! worden series van 5 groepsbijeenkomsten georganiseerd voor partners en familieleden van mannen die seksueel-grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond naar kinderen. Schaamte en schuldgevoel maakt het moeilijk elders hulp te zoeken. Het geven van informatie, het delen van gevoelens van schaamte en onmacht en het elkaar steunen in het omgaan met deze problemen neemt hier de grootste plaats in.

Groepstherapie

Groepsbehandeling kan, ook bij patiënten met parafiele of hyperseksuele stoornissen, een belangrijke meerwaarde hebben boven een individuele behandeling. Steun, begrip en herkenning bij elkaar kan bijdragen aan openheid, zelfacceptatie en aan relativering van al te negatieve gedachten en gevoelens over zichzelf. Patiënten kunnen van elkaar adequate copingstrategieën en nieuwe rollen leren en kunnen elkaars negatieve of vervormde gedachten bijsturen.

Dit gebeurt ook in een forensische setting. Zedendelinquentenmerken elkaars cognitieve vervormingen vaak heel goed op en in een groep is het veel moeilijker om de verantwoordelijkheid voor het vertoonde gedrag te ontkennen. Daarnaast kan gesproken worden over een vaak lang geheim gehouden deel van het leven, wat hoop biedt. Er is overigens geen empirisch bewijs voor het feit dat groepsbehandeling effectiever is dan individuele behandeling.

Bron: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2014

7.3.3 Medicamenteuze behandeling

Overwegingen vooraf

Bij het uiteenzetten van richtlijnen voor de farmacologische behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen, is het belangrijk om rekening te houden met de tekortkomingen in het wetenschappelijk onderzoek daarnaar. Kennis over farmacologische behandeling is vooral opgedaan onder selectieve groepen, met name gedetineerde zedendaders en zedendaders in forensische voorzieningen, in kleine groepen of via case reports. Daardoor zijn de onderzoeksresultaten mogelijk niet relevant voor individuen zonder justitiële titel die lijden aan een parafiele of hyperseksuele stoornis.

Bron: Guay, D.R.P. (2009). Drug Treatment of Paraphilic and Nonparaphilic Sexual Disorders. *Clinical Therapeutics*, 31(1), 1- 31.

Bestaand onderzoek suggereert wel dat de biologische behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen effectief kan zijn.

Bron: Guay, D.R.P. (2009). Drug Treatment of Paraphilic and Nonparaphilic Sexual Disorders. *Clinical Therapeutics*, 31(1), 1- 31.

Holoyda, B.J. & Kellaher, D.C. (2016). The Biological treatment of paraphilic disorders: An update review. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1-7

Bancroft, 2009 (Zie: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.)

Farmacologische interventies

De meeste gebruikte farmacologische behandelingen van parafiele en hyperseksuele stoornissen richten zich op het verlagen van testosteron-levels (door cyproteronacetaat of triptoreline) of verhogen van serotonine-levels (door Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)). Afname van de testosteron-levels – vooral toegepast in een forensische setting - leidt tot een afname van seksuele opwindbaarheid, waarmee ook de parafiele opwindning en het bijbehorende gedrag afnemen.

Bron: Assumpção, A.A., Garcia, F.D., Garcia, H.D., Bradford, J.M.W., DPM, FFPsych, DABFP, FRCPC, & Thibaut, F. (2014). Pharmacologic treatment of paraphilias. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(2), 173-181.

Holoyda, B.J. & Kellaher, D.C. (2016). The Biological treatment of paraphilic disorders: An update review. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1-7

Verhogen van de serotonine-levels – ook toegepast in de GGz - kan zinvol zijn doordat de stemming daardoor verbetert en/of de seksuele respons daardoor wordt geremd. Hoe dit precies werkt, is onduidelijk.

Bron: Bancroft, 2009 (Zie: Vroege, J.A. & Rhee, K. van der (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.)

Forensische veld

In het forensische veld wordt gebruik gemaakt van verschillende beslisbomen die het voorschrijven van medicatie relateren aan de hoogte van het recidiverisico.

Bron: Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Strohm, K., & Berner, W. (2003). Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 407-421.

Thibaut, F., De la Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., & Bradford, J.M.W. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655.

Daarbij geldt over het algemeen: hoe hoger het risico, des te zwaarder de medicatie, ruwweg oplopend van SSRI's (lichte onderdrukking) naar cyproteronacetaat (sterkere onderdrukking) tot triptoreline (totale onderdrukking). De meest recente beslisboom van de World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)

Bron: Thibaut, F., De la Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., & Bradford, J.M.W. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655.

deelt farmacologische interventies in aan de hand van het risico op beschadigend gedrag enerzijds en de ernst van de parafiele stoornis anderzijds, resulterend in 6 oplopende categorieën met bijbehorend medicatie-advies (zie achtergronddocument [Medicatie](#)). Het doel van deze richtlijn is:

1. het controleren van parafiele fantasieën en gedrag ter vermindering van het risico op recidive;
2. het controleren van de seksuele drang;
3. het verminderen van lijdensdruk bij individuen die lijden aan een parafiele stoornis.

Geen enkele van de bestaande richtlijnen geniet nog empirische onderbouwing. Guay (2009) wijst op de afwezigheid van formele, empirisch onderbouwde richtlijnen voor de behandeling van parafiele stoornissen en stelt dat de gewenste farmaceutische behandeling geïndividualiseerd moet zijn of basis van pragmatisme en klinische expertise. Daarbij hebben deze richtlijnen slechts betrekking op individuen die met justitie in aanraking zijn gekomen terwijl parafiele interesses en stoornissen ook voorkomen bij individuen die nooit seksueel strafbaar gedrag hebben vertoond.

Bron: Merrick, 2016

Parafiele en hyperseksuele stoornissen komen ook voor bij adolescenten, wat vaak gemist wordt omdat zorgverleners relatief onbekend zijn met het gegeven dat parafiele fantasieën kunnen ontstaan in het begin van de puberteit.

Bron: Bradford, J.M.W. & Fedoroff, P. (2006). Pharmacological treatment of the juvenile sex offender. In H.E. Barbaree & W.L. Marschall (Eds.), *The Juvenile sex offender* (2nd ed.). New York: The Guilford Press; zie ook Kasinathan, J. (2016). Treatment of youth paraphilic disorders: opportunities to reduce harm. *Australasian Psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 1-5.

Bradford en Federoff (2006) suggereren dat selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij jongeren tussen 12 en 18 jaar met parafiele stoornissen een preventieve werking kunnen hebben op het overgaan tot seksueel delictgedrag.

Bron: Bradford, J.M.W. & Fedoroff, P. (2006). Pharmacological treatment of the juvenile sex offender. In H.E. Barbaree & W.L. Marschall (Eds.), *The Juvenile sex offender* (2nd ed.). New York: The Guilford Press; zie ook Kasinathan, J. (2016). Treatment of youth paraphilic disorders: opportunities to reduce harm. *Australasian Psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 1-5.

Ook bevelen zij SSRIs aan bij de behandeling van milde parafiele stoornissen bij jongeren en bij comorbiditeit met obsessieve-compulsieve en depressieve stoornissen.

Er zijn case-studies die suggereren dat SSRI's in staat zouden zijn om specifiek parafiele opwinding te onderdrukken terwijl de normale opwinding intact zou blijven. Een review laat echter zien dat dat vooral lijkt te gelden voor patiënten bij wie tevens sprake is van seksuele preoccupatie/compulsiviteit. Wat bij deze patiënten lijkt te worden beïnvloed is de hyperseksualiteit en niet de parafiele interesse.

7.3.4 Innovatieve en experimentele behandelingen

Een voorbeeld van een innovatieve behandeling zijn serious games waarin geoefend wordt met approach-avoidance, gericht op het beter reguleren van seksuele impulsen en fantasieën. Ook e-mental health voor downloaders van kinderporno is in ontwikkeling maar nog niet beschikbaar. Voor mensen die last hebben van hyperseksualiteit is er al wel e-mental health beschikbaar.

Behandelingen van patiënten met parafiele stoornissen zijn over het algemeen gericht op zelfregulatie van het gedrag en niet op behandeling van de seksuele voorkeur zelf. Een uitzondering daarop is een experimentele behandeling van exhibitionisten met behulp van EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Bij EMDR wordt een bepaalde stimulus ontdaan van zijn emotionele lading. Dit kan een negatieve lading zijn, bijvoorbeeld een traumatische herinnering, maar het kan ook een positieve lading zijn, bijvoorbeeld een exhibitionistische fantasie. Klinische indrukken suggereren dat de interesse in exhibitionisme op die manier sterk kan afnemen, maar voltooiing van het lopende onderzoek moet daarover verder uitsluitsel geven.

Bron: Ten Hoor, Smid & Schippers, in voorbereiding.

7.3.5 Aanvullende behandelwijzen

Haptotherapie en/of lichaamsgerichte therapie kunnen nuttig zijn als aanvullende behandeling voor mensen met parafiele gevoelens die veel psychosomatische klachten hebben, doordat ze verkramppt zijn geraakt in het controleren en verbergen van hun geaardheid. Ook yoga of andere ontspanningstrainingen kunnen ondersteunend zijn, bijvoorbeeld bij stressreductie. Van deze behandelingen is de effectiviteit niet aangetoond.

7.3.6 Behandeling in een forensische setting

Iemand met een parafiele stoornis kan door zijn gedrag in aanraking komen met justitie, en vanuit forensisch perspectief worden behandeld. De focus ligt daarbij primair op controlerende interventies en het voorkomen van recidive. De behandeling van zedendaders is niet alleen gericht op mensen met een parafiele stoornis, maar ook op mensen die een zedendelict hebben begaan zonder dat daarvan sprake is. De meerderheid van de kindmisbruikers heeft bijvoorbeeld geen pedofiele voorkeur.

Bron: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014).
Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

Al naar gelang de aanwezigheid daarvan zal de behandeling ook gericht moeten zijn op de parafilie en eventuele lijdensdruk. In de praktijk van deze setting prevaleert echter vaak het maatschappelijk belang en het voorkomen van slachtoffers boven het individuele belang van de patiënt. Dit is nodig, maar het individuele belang van de patiënt mag nooit uit het oog worden verloren.

De behandeling van zedendaders richt zich naast aandacht voor de parafilie en eventuele hyperseksualiteit, zoals hierboven beschreven, op bewuste gedrags- en agressieregulatie, inhibitie en vermijding van risicosituaties. Er wordt gekeken naar het eigen delictscenario, het voorkomen van terugval, het nemen van verantwoordelijkheid voor het vertoonde gedrag en voor slachtoffers, het versterken van interne en externe controle en het werken aan slachtofferempathie. De behandeling wordt stapsgewijs afgebouwd als de behandelprogressie dat toelaat. Het doel is een gefaseerde terugkeer in de maatschappij.

De behandeling binnen de forensische setting is afhankelijk van de hoogte van het risico. Hoog risico wordt gekenmerkt door een uitgesproken interesse of soms exclusieve voorkeur voor seksueel-delictgedrag, een antisociale ingesteldheid of een hoge mate van psychopathie, of een combinatie daarvan. De behandeling, in TBS-klinieken of in (poliklinische) forensische centra, is vaak langdurig, intensief en gevarieerd. Naast cognitief-gedragstherapeutische programma's maakt medicatie daar

soms onderdeel van uit. Ook is er aandacht voor interpersoonlijke vaardigheden, onderwijs en dagbesteding. Er wordt gewerkt aan een zeer geleidelijke afbouw van het toezicht en langzame, gefaseerde resocialisatie. In sommige gevallen wordt het toezicht nooit opgeheven.

Traumabehandeling kan aangewezen zijn als de pleger zelf seksueel misbruik heeft meegemaakt.

Bron: Lalumiere, M. & Seto, M.C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 179-92; zie ook de zorgstandaard Trauma en stressgerelateerde stoornissen.

Het strafbare gedrag wordt expliciet en ondubbelzinnig veroordeeld en van de patiënt wordt verwacht dat hij dit standpunt op enig moment in de therapie gaat delen. Een dergelijk standpunt hoeft niets af te doen aan de empathie en onvoorwaardelijke acceptatie die de zorgverlener kan – en in zekere mate moet kunnen – voelen voor de mens die de patiënt is en het leven dat hij/zij leidt. De therapeutische houding - warm, empathisch, directief, responsief en belonend - geldt altijd. Een begrijpende houding met duidelijke grenzen is effectiever dan een repressieve houding.

Bron: Marshall, W.L. Fernandez, Y.M., Serran, G.A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R.E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 205-234.

8. 6. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

8.1 6.1 Herstel en herstelgericht werken

Herstel

Om een hogere mate van (seksuele) gezondheid te kunnen bereiken gaat iedereen met psychische problemen een proces van herstel door. Herstel wordt in het algemeen gezien als een individueel proces gericht op het hervinden van de persoon-lijke identiteit en het hernemen van de regie over het leven.

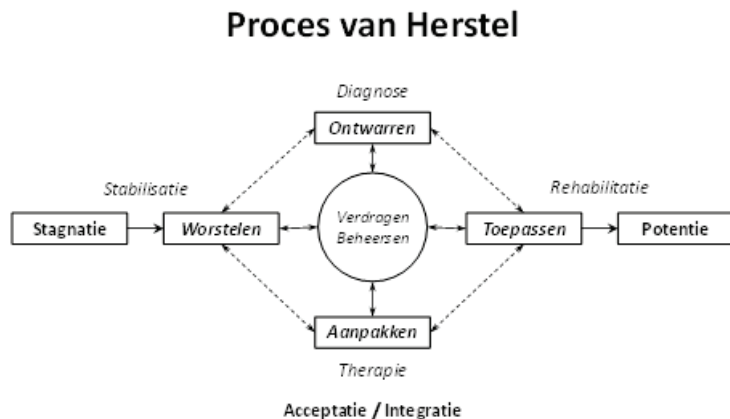
Bron: Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Herstel reikt over de grenzen van een stoornis heen naar een volwaardig en zinvol leven.

De herstelvisie onderscheidt vier aspecten van herstel, namelijk herstel van symptomen, herstel van functioneren, herstel van participeren en herstel van identiteit. Dat wil zeggen de reductie en de remissie van de klachten, het ontwikkelen van de executieve functies voor de dagelijkse routines, het hervinden van de maatschappelijke identiteit en het vervullen van de maatschappelijke rollen, en het hervinden van zingeving en regievoering door het individu. De vier aspecten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en moeten integraal in ogenschouw worden genomen door zowel patiënt als zorgverlener.

Herstel is een individueel proces en is onderdeel van het normale leven; het gaat om opkrabbelen na tegenslag. Een fundamenteel aspect van herstel is de zoektocht naar een balans tussen kwetsbaarheden en weerbaarheden, opdat de persoon zijn kwetsbaarheden leert te accepteren en weet te integreren met zijn weerbaarheden. Herstel begint daarom ook al aan het begin van het zorgproces en is een terugkerend thema.

Het herstelproces (zie figuur hieronder) verloopt in essentie van stagnatie naar potentie. Stagnatie gaat over verlies aan functionaliteit, veerkracht en vitaliteit. Potentie gaat over ontdekken en herwinnen van de ruimte om voluit te leven. Tussen stagnatie en potentie liggen de stappen van worstelen, ontwarren, aanpakken en toepassen. Worstelen gaat over leven gericht op overleven. Ontwarren gaat over het verhaal van het individu. Aanpakken gaat over aanleren van vaardigheden en omgaan met klachten. Toepassen gaat over oplossen van problemen en aangaan van contacten. Het is een individueel proces, waarbij de stappen in de loop van het proces een aantal keer herhaald kunnen worden.



Herstelgericht werken

Bij herstelgericht werk wordt het herstelproces gestimuleerd en gefaciliteerd. Wensen en behoefte van het individu zijn uitgangspunt. Bovendien wordt kennis genomen van het persoonlijke verhaal en wordt het handelen daarop aangepast.

Herstel is voor elke patiënt met een parafiele of hyperseksuele stoornis verschillend. Uitgangspunt is dat een parafilie niet is te genezen, maar dat de patiënt ermee kan leven op een manier die voor hem of haar acceptabel is en zonder dat de betrokkene zelf of anderen daarvan schade ondervinden. In sommige gevallen volstaat het wanneer de patiënt vrede heeft met zijn ongewone voorkeur en daar op een prettige manier uiting aan kan geven, al dan niet met zijn/haar partner. In andere gevallen wordt de parafiele voorkeur zoveel mogelijk geminimaliseerd en wordt gezocht naar alternatieve manieren om uiting te geven aan de seksuele gevoelens. Daarnaast kan het een doel zijn om invulling te geven aan het leven en weer deel te nemen aan de maatschappij. Rehabilitatie is een proces waarbij hulpverlening aan de patiënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving. Dit helpt mensen om binnen hun mogelijkheden zo optimaal mogelijk te functioneren op alle voor hen relevante levensgebieden, met zo min mogelijk professionele hulp. Het gaat dan bijvoorbeeld om zaken zoals sociale redzaamheid, persoonlijke zorg, huishoudelijke taken, dagstructuur en dag-activiteiten. Maar ook om sociale relaties, maatschappelijk leven, onder-wijs, (vrijwilligers)werk en (zelfstandig) wonen.

Dit is vooral van toepassing voor mensen die vanwege hun parafiele of hyperseksuele stoornis vereenzaamd zijn en het gevoel hebben er niet meer bij te horen omdat ze door de maatschappij niet geaccepteerd worden.

Inventariseren en monitoren van functioneren

De International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001) vormt het referentiekader voor het bepalen van het menselijk functioneren. De WHO heeft op basis van de ICF de Disability Assessment Schedule 2.0 opgesteld, een rapportagelijst van 36 items. De rapportagelijst is opgenomen in de DSM-5 als instrument om de beperkingen in het functioneren op 6 domeinen in kaart te brengen. Hoewel de WHODAS nog niet voor de Nederlandse situatie is gevalideerd wordt toch aanbevolen het instrument te gebruiken om het (dis)functioneren van patiënten te monitoren.

Het participatiewiel kan gebruikt worden als hulpmiddel om problemen op het terrein van functioneren

en participeren in kaart te brengen.

Bron: Movisie, 2015.

Dit instrument stelt de leefwereld van het individu centraal en kan gebruikt worden om de individuele wensen en behoeften inclusief obstakels en hindernissen in kaart te brengen en vervolgens gericht actie te ondernemen op de relevante terreinen.

Meer informatie en interventies zijn te vinden in de [generieke module Herstelondersteuning](#).

8.2 6.2 Participatie

Voor mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis is participatie in zoverre relevant dat (het weer) deelnemen aan de maatschappij/een zinvolle dagbesteding hebben deel kan uitmaken van de behandeling. Het aanleren van sociale vaardigheden, adequate copingstrategieën, het veranderen van levensstijl en het leren omgaan of het vinden van oplossingen voor problemen die te maken hebben met levenslooptaken kunnen daar deel van uitmaken.

8.3 6.3 Re-integratie

Mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis kunnen te maken krijgen met re-integratie en rehabilitatie. Dit geldt vooral voor patiënten uit de forensische zorg. Behandeling in de forensische zorg is erop gericht de controle en het toezicht geleidelijk af te bouwen en resocialisatie stap voor stap op te bouwen. Er zijn diverse programma's ontwikkeld voor de resocialisatie van zedendaders, vaak met zowel een behandel- als een controlecomponent. Terugvalpreventie is daarvan een belangrijk onderdeel. Evidentie ten aanzien van de effectiviteit wisselt.

Bron: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2014.

Onderzoek laat zien dat toezichtprogramma's waarin een sterke nadruk ligt op controle minder effectief zijn wat betreft recidivevermindering dan programma's die zich daarnaast ook richten op behandeling of sociale steun.

Bron: Van der Horst et al. (2012) in Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2014

Een voorbeeld van een programma is het COSA-project (Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid), waarin zowel sociale controle als ondersteuning wordt geboden voor zedendaders met een gemiddeld tot hoog recidiverisico. Een netwerk van vrijwilligers en professionals biedt die ondersteuning. Het van oorsprong Canadese project laat in Canada positieve

resultaten zien ten aanzien van recidive. Verbeterde zelfregulatie, verbeterde sociale en relationele vaardigheden, optimisme, een verbeterd zelfbeeld en toegenomen risicoperceptie lijken daarbij een rol te spelen.

Bron: Höing, M. (2015). Empowering circles. Circles of Support and Accountability. Academisch proefschrift, Tilburg University

9. 7. Generieke modules

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

9.1 7.1 Inleiding

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevant zijn voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Deze componenten of onderwerpen kunnen gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorg gerelateerde preventie en/of op behandeling. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene aandoening toepasbaar zijn in slechts een bepaalde fase en bij een andere aandoening in meerdere fasen. Belangrijk aspect in alle fasen en omstandigheden is de ondersteuning van zelfmanagement.

Voor deze zorgstandaard zijn negen generieke modules als meest relevant geselecteerd: [Diversiteit](#), [Zelfmanagement](#), [eHealth](#), [Bijwerkingen](#), [Comorbiditeit](#), [Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#), [Psychotherapie](#), [Destigmatisering](#) en [Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

9.2 7.2 Diversiteit

De [generieke module Diversiteit](#) biedt handvatten voor diagnostiek en behandeling van niet-westerse allochtone volwassenen en jeugdige populaties (de generieke module). Voor de zorg omtrent parafiele en hyperseksuele stoornissen is het van belang dat de culturele achtergrond van de patiënt in acht genomen wordt.

9.3 7.3 Zelfmanagement

De [generieke module Zelfmanagement](#) beschrijft concrete aanbevelingen ten aanzien van het inzetten van zelfmanagementstrategieën door zorgverleners. Daarnaast worden aanwijzingen gegeven voor de inhoud en organisatie van het proces tot bevordering van zelfmanagement van patiënten in de GGz.

9.4 7.4 eHealth

Voor een beschrijving van de mogelijkheden tot online hulpverlening als vorm van zelfmanagement en/of ondersteuning bij face-to-face behandeling is de [generieke module eHealth](#) beschikbaar.

In deze generieke module eHealth zijn criteria en handvatten opgenomen ter ondersteuning van patiënten en familieleden. Hierdoor wordt hun empowerment en zelfmanagement versterkt. De module ondersteunt zorgverleners doordat zij zich niet alleen een goed beeld van eHealth kunnen vormen, maar ook vertrouwen krijgen in gefundeerde keuzes van de toegepaste eHealth. eHealth kan een veelbelovende manier van hulpverlening zijn voor zowel volwassenen als jongeren die kampen met parafiele en hyperseksuele stoornissen.

9.5 7.5 Bijwerkingen

Aangezien bij parafiele en hyperseksuele stoornissen ook medicatie voorgeschreven kan worden en deze stoornissen gepaard kunnen gaan met psychiatrische aandoeningen (zie ook [Diagnostiek](#)), is de [generieke module Bijwerkingen](#) relevant voor deze zorgstandaard. De module heeft betrekking op alle patiënten (binnen/buiten de GGz) die geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen (gaan) gebruiken; heeft betrekking op 5 groepen geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen: antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepines, lithium, en stemmingsstabilisatoren; geeft aanbevelingen voor zorgprofessionals, patiënten en familie/vrienden, die makkelijk te vertalen zijn naar klinische praktijk; bevat evidence-based, haalbare, acceptabele aanbevelingen voor de detectie, behandeling, monitoring en preventie van bijwerkingen door geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen en - indien noodzakelijk - uitgesplitst naar leeftijdscategorieën en geslacht; leidt naar verwachting tot een eerdere onderkenning van somatische comorbiditeit door geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen, afname van de ernst en de zorgkosten van potentieel gevaarlijke complicaties en toename van de kwaliteit van leven; bevordert personalized mental health (passender, patiëntvriendelijker, goedkoper, en efficiënter) en biedt handvatten aan het zorgveld (binnen/buiten de ggz) voor een betere, veiliger en goedkopere zorg.

9.6 7.6 Comorbiditeit

Voor een beschrijving van aanbevolen diagnostiek en hulpverlening bij somatische en/of psychiatrische comorbiditeit is de [generieke module Comorbiditeit](#) beschikbaar.

Deze generieke module Comorbiditeit geeft handvatten voor de benadering van psychiatrische patiënten met somatische en/of psychiatrische comorbiditeit. Voor de zorg omtrent parafiele en hyperseksuele stoornissen is het van belang dat bij diagnostiek en behandeling rekening gehouden wordt met (mogelijke) comorbiditeit.

9.7 7.7 Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)

De [generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#) biedt aanbevelingen ter ondersteuning van het handelen van zorgprofessionals zowel binnen de ggz als binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en aanpalende sectoren. De bedoeling is daarmee de zorg voor patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB te verbeteren. Bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vraagt seksualiteit vaak specifieke begeleiding.

9.8 7.8 Psychotherapie

De [generieke module Psychotherapie](#) biedt inzicht in de inhoud en organisatie van psychotherapeutische zorg, en biedt handvatten voor verdere kwaliteitsontwikkeling op het gebied van psychotherapie. Voor de zorg rondom parafiele of hyperseksuele stoornissen is deze module onder andere relevant wanneer er sprake is van psychische comorbiditeit en/of langdurige (primaire) en gegeneraliseerde problematiek.

9.9 7.9 Destigmatisering

De [generieke module Destigmatisering](#) gaat over de diverse types stigma waarmee mensen met psychische stoornissen te maken kunnen krijgen (publiek stigma, zelfstigma en structureel stigma), en hoe dit in de hulpverlening kan worden tegengegaan. Voor mensen met parafiele of hyperseksuele stoornissen is stigma niet alleen een gevolg maar vaak ook een van de oorzaken van de stoornis.

9.10 7.10 Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

De [generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) biedt aanbevelingen voor zorgverleners en zorggebruikers, naasten en nabestaanden over de diagnostiek, advies, behandeling en ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met suïcidaal gedrag, aanwijzingen over de uitvoering en (keten)organisatie van de zorg (wie levert welk zorg, aan welke kwaliteitseisen moet de zorgverlener of organisatie voldoen, ketenafspraken) en relevante kwaliteitsindicatoren. Een depressieve stoornis is bij patiënten met parafiele en hyperseksuele stoornissen een veel voorkomende vorm van comorbiditeit. Suïcidaal gedrag zal daardoor naar verwachting ook relatief vaak voorkomen.

10. 8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

10.1 8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt (vraaggericht) de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor iemand met een parafiele of hyperseksuele stoornis en beoogt kwalitatief goede, integrale en continue zorg op basis van interdisciplinaire samenwerking te faciliteren. Het gaat daarbij om de zorgstandaard onafhankelijke aspecten en de zorgstandaard afhankelijke aspecten. Een belangrijk onderdeel van dit hoofdstuk zijn ook de afspraken rondom het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg (het kwaliteitsbeleid). Dit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces.

10.2 8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

10.2.1 Echelonering en gepast gebruik

Echelonering

Voortvloeiend uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGz 2013-2014 is enkele jaren geleden een herziene structuur voor de ggz geïntroduceerd om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De herziening heeft als doel een verschuiving van de patiëntenstromen tussen de echelons: meer zorg vanuit de gespecialiseerde ggz en naar de generalistische basis ggz (GB GGZ) en naar de huisartsenzorg, naar de publieke gezondheidszorg en naar informele zorg en zelfmanagement. De nieuwe ggz-structuur wijzigde de werkdomeinen van de verschillende echelons. De huisarts kan met de ondersteuning van een POH-GGZ en een verbreed aanbod van eHealth en consultatiemogelijkheden bij de GB GGZ en S GGZ meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk behandelen en begeleiden. Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden vaker door de huisarts ondersteund en begeleid. In de GB GGZ worden mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de S GGZ is de ambulantisering van de zorg, mede als gevolg van vereiste beddenreductie, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook ernstigere en complexere problematiek dan eerder. Een onderdeel van de S GGZ is de hoogspecialistische (HS GGZ), die richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de S GGZ en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de HS GGZ.

Gepast gebruik

Naast deze echelonering is 'gepast gebruik' van zorg een uitgangspunt binnen de voorliggende zorgstandaard. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care), maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Om over- en

onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken. Zorgaanbieders zorgen er daarom voor dat de volgende zaken in hun organisatie/praktijk geregeld zijn:

- dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden;
- er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care);
- de effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling (deze worden op termijn opgenomen in de zorgstandaarden) en via intervisie en peer reviews.
- zorgverleners hebben voldoende kennis over het (kunnen) betrekken en ondersteunen van naasten waarbij bekend is dat veel informatie en ondersteuning gegeven mag worden zonder het beroepsgeheim van of de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten (en zo nodig doorverwijzing) hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional ongeacht het echelon of zorgdomein.
- Ten behoeve van benchmarking leveren zorgaanbieders in de curatieve ggz hun ROM-gegevens (Routine Outcome Monitoring gegevens) aan voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

10.2.2 Regiebehandelaar

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt, is het van belang dat een van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar. Indien zorg binnen het betreffende echelon door een zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een –gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan een aantal voorwaarden.

Voor deze voorwaarden en andere zaken betreffende de regiebehandelaar wordt verwezen naar het [Model Kwaliteitsstatuut GGZ](#). Dit kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

10.2.3 Overdracht en consultatie

In een aantal generieke modules staan specifieke afspraken over overdracht & consultatie. Zo worden in de [Landelijke Samenwerkingsafspraken ggz \(LGA\) tussen huisarts, generalistische basis ggz \(GB GGZ\) en gespecialiseerde ggz \(S GGZ\)](#) aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening,

verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van deze LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt. De genoemde LGA is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen c.q. het sociale domein. Verwezen wordt naar de relevante generieke modules. Zeker in crisissituaties worden ook naasten geïnformeerd.

10.2.4 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is de overdracht van eenduidige informatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt, zowel mondeling als schriftelijk. Daarom bevat een zorgstandaard een eenduidige beschrijving van de gegevens die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden. Dit vereist onder meer eenheid van taal. Partijen zullen nog afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorgverleners. Daarnaast worden nog afspraken gemaakt over welke terminologie hierbij wordt gebruikt en worden kernbegrippen nader gedefinieerd. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Daarbij staat het doel van de informatie-uitwisseling centraal (een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel) en worden er geen gegevens uitgewisseld buiten de patiënt om. In de informatiestandaard wordt ook aandacht besteed aan de uitwisseling van informatie met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals.

10.2.5 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners. Daarnaast:

- zijn de Treeknormen van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;
- is de zorglocatie/praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk;
- stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;
- informeert de zorgverlener de patiënt over klachten met de bekostiging van medicijnen of klachten met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is in het kader van transitie en toename Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) georganiseerde begeleiding is de juiste GGZ-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis nodig;

- worden wachtlijsten voorkomen.

Ruimtelijke voorzieningen

De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

10.2.6 Keuzevrijheid

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor onderzoek en behandeling. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over de voorgenomen behandeling of onderzoek. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt 'informed consent' genoemd. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Informed consent betekent in de eerste plaats dat de zorgverlener de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie. Als het gaat om een minderjarige tot 16 jaar of wilsonbekwame meerderjarige patiënt dan is toestemming nodig van de wettelijk vertegenwoordiger. Naasten van de volwassen patiënt kunnen ook vertegenwoordiger zijn, maar zijn dat niet automatisch. Deze kunnen door de rechter worden benoemd of door de patiënt worden aangewezen. Bij ontbreken daarvan geldt op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) een hiërarchie bij echtgenoot/partner, kinderen en broers en zussen.

Keuzemogelijkheden

De ggz is niet alleen zo georganiseerd dat te allen tijde aan het beginsel van informed consent wordt recht gedaan, maar ook op een dusdanig wijze dat een patiënt keuzemogelijkheden heeft en houdt om de voor hem of haar meest passende combinatie van zorg en ondersteuning te realiseren. Dit geldt ongeacht welke lokale afspraken er in een bepaald geografisch gebied gemaakt worden. De patiënt blijft in de gelegenheid zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen. Daarbij dient hij zich te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes.

Om als patiënt zelf keuzes te kunnen maken, is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorgketens (instellingen- samenwerkingsverbanden, etc.) in de ggz als geheel echter een vereiste. Alle zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- de informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven;
- de informatie wordt waar mogelijk ook met naasten besproken.

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) is dus van belang. Ook in de forensische zorg wordt daarnaar gestreefd, maar dit zal in de praktijk niet altijd mogelijk zijn.

10.2.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. In ieder geval op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wet Langdurige Zorg (Wlz).

Patiëntondersteuning is in de wet omschreven als: 'onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen'.

In de praktijk betekent dit dat een patiëntondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft. Dit kan gaan om vragen op allerlei gebied: wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten. Een patiëntondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenaamde 'keukentafelgesprek', bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem of haar past. De patiëntondersteuner helpt dus de weg te vinden naar de oplossingen en als dat nodig is daarbij een gerichte aanspraak te doen op de gemeente (het sociaal domein: Wmo, Jeugdwet, Participatiewet), de zorgverzekeringswet of de Wlz. Deze omschrijving maakt ook duidelijk wat een patiëntondersteuner niet doet: het begeleiden van mensen om hun klachten op te lossen. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek. Dit wordt géén patiëntondersteuning genoemd. Volgens het [inspiratiedocument van de VNG](#) kan patiëntondersteuning in 3 lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle 3 de lagen:

1. Patiëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven.
2. Patiëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein.
3. Patiëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

10.2.8 Privacy

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd [Wet

geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens] (vanaf 25 mei 2018 de Algemene Verordening Persoonsgegevens (AVG) en de Uitvoeringswet WVG). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim [Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg]. Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij heeft recht op inzage in en een kopie van het eigen dossier.

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond.

Wanneer een patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben kan de zorgverlener de volgende informatie geven zonder de privacy van de patiënt te schaden:

- algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op de naasten;
- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving;
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

10.3 8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

10.3.1 Het zorgpad bij parafiele en hyperseksuele stoornissen

Voor mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis die als belangrijkste klacht hebben dat ze lijden onder hun parafilie of hyperseksualiteit, zal de huisarts meestal het eerste aanspreekpunt zijn. Ook personen die zich in eerste instantie hebben gewend tot het internet voor het zoeken van informatie kiezen vervolgens voor de huisarts als professioneel aanspreekpunt. De huisarts zal zich in het algemeen beperken tot het waar mogelijk normaliseren en mensen motiveren hulp te zoeken. Behandeling vindt plaats in de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Een deel van de patiënten zal via de juridische weg verplicht worden doorverwezen naar de forensische zorg omdat ze een veroordeling hebben vanwege een zedendelict.

Gespecialiseerde GGZ

In de gespecialiseerde ggz (S GGZ) zijn zorgverleners werkzaam die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen. Een deel van hen is werkzaam binnen een multidisciplinair seksuologisch team en heeft een registratie als seksuoloog NVVS.

De mogelijke vervolgstappen na het bezoek aan de huisarts zijn dan ook in de huidige situatie:

- Via de huisarts naar een vrijgevestigde GZ-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut of psychiater in de gespecialiseerde ggz (bijvoorbeeld met de registratie seksuoloog NVVS) die gespecialiseerd is in de diagnostiek en behandeling van parafiele of hyperseksuele stoornissen.
- Via de huisarts naar een multidisciplinair seksuologisch team in de gespecialiseerde ggz, dat onder

andere is gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen, al dan niet gecombineerd met (complexe) andere psychiatrische problematiek. Aan dergelijke teams zijn diverse disciplines verbonden, waaronder BIG geregistreerde psychologen en psychiater, en seksuologen NVVS.

Voor sommige mensen is het belangrijk dat de zorginstelling aansluit bij de eigen culturele achtergrond. Voorbeelden van dergelijke instellingen zijn I-psy, Noagg en Eleos.

Forensische zorg

Forensische zorg wil zeggen geestelijke gezondheidszorg aan volwassenen die een strafrechtelijke veroordeling hebben opgelopen of verdacht worden van een strafwaardig delict, waarbij het delict in verband staat met een psychische stoornis, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten. De forensische psychiatrie richt zich op personen die zich omwille van een juridische maatregel moeten laten behandelen, als onderdeel van hun strafmaatregel.

In de forensische psychiatrie gaat de zorg gepaard met bescherming van de samenleving. Forensische zorg betekent het beveiligen van de samenleving en het behandelen van de betrokkene met het oog op een gefaseerde resocialisatie op voorwaarde dat het recidiverisico verantwoord is. Forensische zorg kan variëren van een behandeling en verblijf in zwaarbeveiligde tbs-klinieken (Forensische Psychiatrische Centra: hoogste beveiligingsniveau) wanneer er sprake is van een ernstig delict met een strafdreiging van tenminste 4 jaar en een grote behandel noodzaak, tot een behandeling in poliklinische forensische voorzieningen. Tussen tbs- en poliklinische behandeling zijn er 3 tussenvormen van forensische behandeling voor lichtere vormen van stoornissen, zoals een behandeling in Forensische Psychiatrische Klinieken (FPK) of behandeling in Forensische Psychiatrische Afdelingen (FPA).

Het is belangrijk te verwijzen naar het programma Continuïteit van zorg dat in januari 2016 van start is gegaan en is geëindigd op 1 juni 2017. Het programma richt zich op de verbetering van de overgang van de forensische zorg naar de reguliere ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg. De meeste zorgverleners hebben een BIG-registratie en staan ingeschreven in een specialistenregister.

Patiëntperspectief

Mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis vinden het over het algemeen moeilijk om hulp te zoeken. Het stigma op met name pedofilie is groot. Mensen met een dergelijke stoornis hebben twijfels over waarborging van de privacy. Men vindt het belangrijk dat men serieus wordt genomen en niet wordt bejegend als iemand die per definitie een zedendader is. Praten met lotgenoten wordt belangrijk gevonden.

De volgende aspecten worden belangrijk gevonden in de zorg:

- Transparantie:
- De anonimiteit en privacy van de patiënt wordt gewaarborgd;
- Er worden afspraken gemaakt over wat er met gegevens wordt gedaan;
- Er wordt niet per definitie van uitgegaan dat iemand risico loopt om zedendader te worden;
- Bejegening:
- De zorgverlener benadert de hulpvraag neutraal en luistert empathisch;

- De zorgverlener focust op de feiten en de klachten;
- Toegankelijkheid:
- De informatie over de zorg is goed vindbaar en bevat duidelijke informatie;
- Zorg moet ook beschikbaar zijn voor de directe omgeving;
- De uitstraling en woordkeuze op de website/flyer moet uitnodigen om zorg te zoeken;
- Toegang hulp:
- Adequate doorverwijzing vanuit de eerste lijn (zoals de huisarts);
- Meer plekken beschikbaar met 'gevoelsgenotencontact';
- Kennis zorgverleners:
- Over eventuele bijkomende psychische klachten;
- Over mogelijke problemen in het persoonlijke leven van de patiënt;
- Over de maatschappelijke mogelijkheden en knelpunten van de patiënt;
- Hulp voor de persoonlijke situatie:
- Hulp moet gericht zijn op acceptatie van jezelf als persoon die pedofiele gevoelens heeft en jezelf ruimte te geven om te zijn wie je bent;
- Hulp gericht op de daadwerkelijke hulpvraag van de patiënt;
- Hulp gericht op omgang met seksuele gevoelens, toekomstplannen en/of alternatieve emotionele en seksuele uitlaatkleppen;
- Hulp gericht op het vinden van een maatschappelijk verantwoorde manier om met pedofiele gevoelens om te gaan;
- Hulp voor de directe omgeving:
- Hulp gericht op steun bij coming-out en verantwoord uiten van gevoelens;
- Hulp gericht op de omgang met maatschappelijk stigma rond de parafilie;
- Hulp gericht op de directe omgeving van de hulpzoekende.

Daarnaast is het belangrijk dat er meer voorlichting komt over parafilieën, om het taboe te doorbreken.

Het belangrijkste in het beginstadium van de zorg is goede vindbaarheid van de zorg en dat de zorg gericht is op zelfacceptatie. Tijdens de zorg is er behoefte aan de opbouw van een goede vertrouwensband met de behandelaar en kan er meer behoefte zijn aan ondersteuning bij het delen van de gevoelens met de directe omgeving van de hulpzoekende. Zelfacceptatie blijft een belangrijk thema. In de nazorg moet er ondersteuning blijven voor het willen delen van de gevoelens met de omgeving en met gevoelsgenoten.

10.3.2 Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners

Uitgangspunt bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen is interdisciplinair denken én (zo nodig) interdisciplinair handelen. Dit betekent dat informatie-uitwisseling en samenwerking tussen behandelaars vanuit verschillende disciplines wenselijk is, ongeacht de werksetting. Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners vindt idealiter op verschillende manieren plaats.

Informeren van de verwijzer

In overeenstemming met de [landelijke samenwerkingsafspraken ggz] wordt de verwijzer (vaak de huisarts) door de betrokken zorgverlener(s) op de hoogte gehouden van het behandelverloop. De

zorgverlener stuurt de huisarts een rapportage na een consultatie, na de intake en bij afsluiten van de behandeling, mits de patiënt hier toestemming voor geeft. De zorgverlener legt het belang van het informeren en het betrekken van de huisarts bij start van de behandeling aan de patiënt uit. Voor informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is toestemming van de patiënt nodig. Als de huisarts heeft verwezen kan die toestemming worden verondersteld. Zonder verwijzing moet de patiënt expliciet instemmen.

Consultatie-afspraken

Er kunnen consultatie-afspraken gemaakt worden tussen huisarts en de betrokken zorgverlener(s). Het doel van een dergelijke afspraak kan zijn om kennis uit te wisselen omtrent de behandelgeschiedenis, medicatie en comorbiditeit van een patiënt. Het maken van consultatie-afspraken lijkt voor de behandeling van seksuele stoornissen minder gebruikelijk dan voor de behandeling van andere stoornissen. Zorgverleners weten elkaar niet altijd te vinden.

Multidisciplinair overleg

Multidisciplinair overleg (MDO) is een vereiste bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen waarbij de expertise van meerdere disciplines mag worden verwacht. Ook als er geen sprake is van gelijktijdige behandeling door verschillende behandelaars is het wenselijk dat er overlegd wordt met andere relevante disciplines. Dat betekent dat vrijgevestigde zorgverleners die zich bezighouden met de behandeling van patiënten met parafiele of hyperseksuele stoornissen deel dienen uit te maken van een regionaal interdisciplinair netwerk van zorgverleners.

Intervisie

Intervisie of intercollegiaal overleg is gericht op het bespreken van kortdurende vragen over bijvoorbeeld behandelmethoden. Hiervoor is geen toestemming van de patiënt vereist, mits de patiënt anoniem wordt besproken. Idealiter zijn verschillende disciplines in de intervisiegroep vertegenwoordigd.

10.3.3 Rechten van de patiënt

Aangezien het onderwerp seksualiteit voor veel patiënten waarschijnlijk gevoelig ligt, kan het geen kwaad patiënten expliciet te wijzen op de rechten die zij hebben, al zijn het geen andere rechten dan bij elk ander probleem. Bij voorkeur wordt hier in het intakegesprek aan gerefereerd. Onder andere kunnen zorgverlener en patiënt overeenkomen dat een zorgverlener alles mag vragen zolang de patiënt het recht heeft om een antwoord te weigeren. Ook kan de patiënt verzoeken om bepaalde details van de anamnese niet op te nemen in een schriftelijk dossier, of weigeren stagiairs bij het gesprek aanwezig te laten zijn. Privacy wordt gewaarborgd, ook ten opzichte van een eventuele partner die in het gesprek wordt betrokken. Expliciet moet worden gevraagd of een verwijsbrief mag worden gezonden naar de huisarts of andere verwijzer. Indien een patiënt zich onredelijk of onheus behandeld voelt is een klachtenprocedure mogelijk conform de afspraken binnen de instelling en/of de beroepsvereniging.

10.3.4 Competenties van de zorgverlener

Om op professionele en effectieve wijze met patiënten over seksualiteit te kunnen spreken en vragen

of klachten te behandelen zijn een aantal basiscompetenties noodzakelijk. Alle zorgprofessionals dienen over deze basiscompetenties te beschikken. Het gaat hierbij over inhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Voldoende kennis over en aandacht voor de problematiek is een belangrijke voorwaarde voor (passende) doorverwijzing en behandeling. Zo dient de huisarts de problematiek te kunnen signaleren en (durven) uitvragen om tot een goede verwijzing te komen, en een zorgverlener in de ggz moet over voldoende kennis beschikken om te kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg wanneer er sprake is van parafiele of hyperseksuele stoornissen.

Seksuologisch onderwijs en het aanleren van seksuologische vaardigheden is voor elke zorgverlener in de somatische en geestelijke gezondheidszorg van groot belang, evenals het aanleren van een open en zelfreflectieve attitude. Het thema seksualiteit raakt immers ook de eigen normen en waarden. Zich hiervan bewust zijn en dit kunnen hanteren is een belangrijke vaardigheid. Dit onderwijs ontbreekt vaak of is beperkt in zowel geestelijke-gezondheidszorgopleidingen als medische opleidingen. Het is noodzakelijk om meer aandacht te besteden aan seksualiteit en seksuele stoornissen in deze opleidingen.

Specifieke competenties worden verkregen in de praktijk, in symposia, via supervisie en intervisie en in cursussen en opleidingen in het kader van deskundigheidsbevordering in de (forensische) poliklinieken.

10.4 8.4 Kwaliteitsbeleid

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. In deze paragraaf over het kwaliteitsbeleid wordt aandacht besteed aan de voorwaarden voor het werken volgens de zorgstandaard, registratie en benchmarken. Voor de zorgverlener staat het verlenen van maximale kwaliteit van zorg in de interactie met elke patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft essentieel inzicht in de kwaliteit van zorg. Hierop vindt bij voorkeur continu reflectie en feedback plaats (kort cyclisch), die met de zorgstandaard als hulpmiddel leidt tot zorg op maat voor de patiënt. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, Routine Outcome Monitoring (ROM) en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, naasten, zorgverleners en andere stakeholders met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

10.4.1 Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 is het zogeheten [(model-)kwaliteitsstatuut] van kracht. Hierin staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het model kwaliteitsstatuut is zodanig opgesteld dat het ook toegepast kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een

zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- Maakt voor de patiënt en diens naasten inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
- Dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- Stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het [Model Kwaliteitsstatuut GGz](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op deze zorgstandaard.

10.4.2 Deskundigheidsbevordering

Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de zorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vergt adequate vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

10.5 8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er zijn geen studies bekend over de kosten en effecten van interventies gericht op parafiele en hyperseksuele stoornissen.

10.6 8.6 Financiering

10.6.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Wat betekent dat de goede zorg beschreven in de

kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

10.6.2 Specifiek

De behandeling in de GGz van parafiele en hyperseksuele stoornissen wordt door de zorgverzekeraars vergoed.

Bij de classificatie van psychische stoornissen in de ggz wordt thans gebruik gemaakt van de DSM-5. Daarin is een hoofdstuk parafiele stoornissen opgenomen. Hyperseksuele stoornissen kunnen daarin worden geclassificeerd als 'andere gespecificeerde psychische stoornis,' met als specificatie hyperseksuele stoornis.

Bij de declaratie van behandelingen bij de zorgverzekeraars wordt nog altijd gebruik gemaakt van de DSM-IV. Parafiele stoornissen zijn daarin als parafilieën terug te vinden. Hyperseksuele stoornissen worden daarin geclassificeerd als seksuele stoornis NAO.

11. 9. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 03-03-2020 Beoordelingsdatum 03-03-2020

11.1 9.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten wordt gedaan in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de [paragraaf monitoring](#) leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Deze zorgstandaard wordt binnenkort aangeboden aan het Register van het zorginstituut Nederland.

Register van het zorginstituut Nederland.: Voor de zorgstandaard 'Parafiele en hyperseksuele stoornissen' is inmiddels een implementatieplan geschreven welke momenteel ter autorisatie is voorgelegd aan partijen (deadline 27-03-2020). Nadat het implementatieplan is geaccordeerd, zal de gehele standaard worden aangeboden aan het Register van het zorginstituut.

Niet alle partijen die de zorgstandaard 'Parafiele en hyperseksuele stoornissen' hebben onderschreven hebben dit hoofdstuk onderschreven:

Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV): hebben geen bezwaar, maar achten het hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk

Platform Meer GGZ: geen reactie

NVGzP: niet akkoord: Op basis van de opmerkingen van onze leden zijn wij van mening dat de indicatoren onvolledig zijn en zodoende niet goed aansluiten bij het monitoren van een effectieve en/of efficiënte behandeling. Zodoende vindt de NVGzP het belangrijk dat deze aanvullingen eerst worden gedaan, voordat wij formeel akkoord kunnen gaan met deze lijst van indicatoren en methodieken. Zodoende moeten wij ook bij deze standaarden aangeven dat wij deze in de huidige vorm niet kunnen autoriseren. Wij begrijpen dat we daarbij heel kritisch zijn. Echter, gezien de historie van ROM en de eis dat in de nieuwe vorm uitgangspunt de bruikbaarheid in de behandelkamer is, zijn we van mening dat een dergelijke, kritische houding noodzakelijk is.

LV POH-ggz: geen reactie

11.2 9.2 Uitkomstindicatoren

11.2.1 Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt

de patiënt: Hiermee wordt ook bedoeld dat er rekening gehouden moet worden (met de belasting van) de patiënt:

Het invullen van de diverse vragenlijsten kost tijd en energie, en is soms emotioneel belastend. Als het op een waardevolle manier bijdraagt aan het herstelproces van de patiënt en / of de evaluatie van de behandeling, dan willen patiënten daar zeker aan mee werken. Wees open over de kosten en de baten van het periodiek invullen van vragenlijsten. En gebruik het als een indicator voor evaluatie, maar geef ook ruimte aan eigen inbreng van de patiënt.

Let daarnaast op het feit dat veel mensen in Nederland moeite hebben met het begrijpen en invullen van vragenlijsten. 36% van de mensen in Nederland heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 2,5 miljoen mensen zijn laaggeletterd. In sommige gevallen kan het beter zijn om de vragenlijsten samen met de patiënt door te nemen.

. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle type zorgprofessionals of voor alle type patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces worden gemonitord:

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

11.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard parafiele en hyperseksuele stoornissen. Kortom: instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten; het is dus een handreiking van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In de [ROM bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten, of andere passende instrumenten

In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen, in de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht. Er zijn geen specifieke instrumenten door het veld

aangedragen die zich richten op het meten van seksuele problematiek aangaande parafilie en hyperseksualiteit. In de mogelijke forensische context van de behandeling van parafilie stoornissen zijn in onderstaande tabel diverse risicotaxatie instrumenten opgenomen.

De instrumenten voor volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen. Als een instrument alleen geschikt is voor ouderen, staat deze in de kolom voor ouderen.

Overzicht van instrumenten per indicator en doelgroep			
Doelgroep	Volwassenen	Jongeren	Ouderen
Symptomatisch herstel	Symptom Questionnaire 48 (SQ48)		
	Brief Symptom Inventory (BSI)		
	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)		
	Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)		
	Symptom Checklist 90 (SCL-90)		
	Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL)		
Functioneel herstel	World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-2)		
	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-12)	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-CA)	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS 65+)
<i>Alleen geschikt voor mannen, klinisch</i>	Historisch, Klinisch, Toekomst-Risicomanagement (HKT-R)		
	Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3 (HCR-20V3)		
<i>Poliklinisch</i>	Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE)		
	Static, Stable, Acute (SSA)		
Kwaliteit van leven	Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)		
	Short Form (SF-36/SF-12)		
Patiënt-ervaringen	Consumer Quality Index (CQi)		

11.2.3 Specifieke instrumenten

Mate van symptomatisch herstel

De **Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)**

Bron: Carlier, I. et al (2012). Development and validation of the 48 item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive-, anxiety- and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 200 (2-3), 904-910.

Carlier I. et al. (2014). The Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) as an outcome measure for psychological distress in psychiatric outpatients: test-retest reliability and responsiveness to therapeutic change. Intern rapport LUMC Psychiatrie

is een vragenlijst (zelfrapportage) die gebruikt kan worden om algemene psychopathologie (angst, depressie, somatische klachten, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognitieve klachten) te meten. De SQ-48 bestaat uit 48 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn nooit, zelden, soms, vaak en zeer vaak. De SQ-48 heeft 7 schalen (angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, somatische klachten, vijandigheid, cognitieve klachten) en 2 subschalen (vitaliteit en werk). De terugvraagperiode is 1 week.

De *Brief Symptom Inventory (BSI)*

Bron: De Beurs, E. (2008). Brief symptom inventory handleiding. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.

is een multidimensionale klachtenlijst (zelfrapportage) die weergeeft in welke mate de onderzochte gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. Tevens geeft deze test een score voor het totale aantal klachten, de totale aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De totaalscore geeft een maat voor de ernst van algemene psychiatrische problematiek, zoals angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognities en somatische klachten. De BSI bestaat uit 53 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn helemaal geen, een beetje, nogal, tamelijk veel en heel veel. De terugvraagperiode is 1 week. De BSI heeft 9 subschalen (somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY).

De *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)*

Bron: Pfizer Inc., Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke et a

wordt gebruikt om depressieve klachten in kaart brengen. Het is een verkorte versie van de Patiënt Health Questionnaire, waarbij enkel de DSM IV criteria voor depressie worden nagevraagd. De PHQ-9 vragenlijst bestaat uit 9 vragen over de ernst van depressieve klachten aan de hand van de DSM IV criteria waarbij maximaal 27 punten gescoord wordt. De terugvraagperiode is twee weken.

De *Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)*

Bron: Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J. B., and Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166 (10): 1092-7.

is een zelfrapportagevragenlijst om te screenen op klachten passend bij een gegeneraliseerde angststoornis en deze in ernst te meten. De cliënt wordt gevraagd na te gaan hoeveel last hij/zij heeft gehad van de uitgevraagde klachten gedurende de afgelopen 2 weken. De items worden gescoord op een 4-puntsschaal van "Helemaal niet" tot "Bijna elke dag". De GAD-7 bestaat uit 7 items. De totaalscore wordt berekend door de individuele scores op de items bij elkaar op te tellen.

De *Symptom checklist 90 (SCL-90)*

Bron: Arrindell, W.A., Ettema, J.H.M. (1975, 1986, 2005). *Symptom checklist: handleiding bij multidimensionale psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V

is een multidimensionale klachtenlijst, die weergeeft in welke mate de onderzochte de afgelopen periode last had van verschillende psychische en/of lichamelijke klachten. De SCL-90 is een klachtenlijst bestaande uit 90 vragen die 8 subschalen uitvragen; agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit, slapeloosheid. De vragen worden gescoord op een 5-puntsschaal lopend van "helemaal niet = 1" tot "heel erg = 5". De SCL-90 wordt door de patiënt zelf ingevuld.

De *Vier dimensionale klachtenlijst (4DKL)*

Bron: Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996; 39:538-47.

is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk. De vragenlijst bestaat uit 50 items gericht op psychosociale en lichamelijke klachten. De lijst maakt onderscheid tussen specifieke 'distress' klachten, depressie, angst en somatisatie. De 4DKL wordt gebruikt bij patiënten met psychische symptomatologie. De items worden gescoord op een 5 puntsschaal, lopend van nee (afwezig), soms, regelmatig, vaak, tot heel vaak/voortdurend. De terugvraagperiode is 1 week en de patiënt vult de vragenlijst zelf in.

11.2.4 Generieke instrumenten

Mate van functioneel herstel

De **WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS-2)**

Bron: De WHODAS2 is integraal opgenomen in het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®), in het hoofdstuk 'Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling'.

is een meetinstrument om beperkingen vast te stellen in het functioneren van mensen met een gezondheidsprobleem. Dit instrument bestaat uit 36 items en meet beperkingen bij volwassenen vanaf 18 jaar. De WHODAS meet op zes domeinen van het functioneren of er sprake is van een beperking: begrijpen en communiceren, bewegen en zich verplaatsen, zelfverzorging, omgaan met mensen, activiteiten (huishoudelijk en op het werk/op school) en deelname aan de samenleving.

De vragenlijst richt zich op de laatste 30 dagen en de scoring is gebaseerd op gemiddelde waarden van de antwoorden die vervolgens in een standaardschaal omgezet worden. Voor de afname van de lijst is een uitgebreide training vereist. De WHODAS-2 kan gebruikt worden bij volwassenen ongeacht culturele achtergrond en voor alle aandoeningen, inclusief fysieke, mentale en verslavingsaandoeningen.

De **Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)**

Bron: Wing et al. (1998) Engelse Ministerie van Volksgezondheid Vertaling uitgegeven door het Trimbos instituut: HoNOS-12 (2001) N. Mulder, J. Loos, A. Wierdsma & H. Poodt; HoNOS-CA (2003) T. Staring, E. Hofman & N. Mulder; HoNOS-65+ (2003) T. Staring, J. Stobbe & N. Mulder

kent 3 varianten;

1. de HoNOS-12 (voor volwassenen);
2. de HoNOS-CA (voor jongeren);
3. de HoNOS-65+ (voor de ouderen).

De uitkomst op de HoNOS geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt in de GGZ op een bepaald ogenblik is. De HoNOS bestaat uit 12 schalen die alle gebieden van het dagelijks leven (mentaal, sociaal, emotioneel, vaardigheden) bestrijken waarbij de schalen zijn toegespitst op de leeftijdscategorie. De score loopt van 0 (geen probleem) tot en met 4 (zeer ernstig probleem). De scores worden door getrainde hulpverleners op grond van observaties bepaald.

Het gaat om problemen die zich de afgelopen 2 weken hebben voorgedaan. De HoNOS is een observatielijst en wordt dus niet door de cliënt zelf, maar door de behandelaar ingevuld.

De **Historisch, Klinisch, Toekomst – Revisie (HKT-R)**

Historisch, Klinisch, Toekomst – Revisie (HKT-R) :

<https://www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatie-instrumenten>

is bedoeld ter ondersteuning van het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eendoordeel over het risico op gewelddadige recidive voor de (vervolg)situatie met of zonder professioneel toezicht van een individuele patiënt.

De HKT-R is een belangrijk risicotaxatie-instrument voor klinisch opgenomen forensische patiënten. De HKT-R bevat 33 indicatoren: 12 Historische (H), 14 Klinische (K) en 7 Toekomstige (T) indicatoren. Alle indicatoren worden beoordeeld op een 5-puntsschaal, oplopend van 0 tot 4, waarbij 0 aangeeft dat de indicator voor de patiënt, gegeven de omstandigheden, geen of een zeer laag risico is; score 4 betekent dat er een hoog risico is. De historische items hebben betrekking op de levensgeschiedenis, de klinische items kennen een terugvraagperiode van 12 maanden, de toekomstige items zijn een inschatting van de risico's.

De HKT-R is niet geschikt voor vrouwelijke en mannelijke zedendelinquenten met minderjarige slachtoffers.

De Historical Clinical Risk-management-20 Versie 3 (HCR-20v3)***Historical Clinical Risk-management-20 Versie 3 (HCR-20v3):***

<https://www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatie-instrumenten>

is de vernieuwde versie van de HCR-20 bedoeld voor het inschatten van het risico van toekomstig gewelddadig gedrag bij personen vanaf 18 jaar voor wie daar een klinische of juridische noodzaak toe bestaat .

De HCR-20V3 kan gebruikt worden bij het nemen van beslissingen over bijvoorbeeld het benodigde beveiligingsniveau, behandelindicatie, verlof of beëindiging van behandeling. Daarnaast kan de HCR-20V3 van waarde zijn als richtlijn bij het bepalen van behandeldoelen en gebruikt worden als instrument om vooruitgang in behandeling te evalueren. Er zijn 20 items, waarvan 12 items twee of drie subitems hebben (HCR-20V3 inclusief subitems: 37 items) met als doel verdieping. Het coderen van de subitems is facultatief. De aanwezigheid van de items wordt tekstueel en in de Nederlandse versie op een zevenpuntsschaal beoordeeld (Nee, Nee+, Deels-, Deels, Deels+, Ja-, Ja) in plaats van numeriek op driepuntsschaal (0, 1, 2) om zodoende ook relatief kleine veranderingen in item coderingen gedurende de tijd te monitoren. Het is in de Nederlandse versie mogelijk om de eendoordelen op een vijfpuntsschaal (i.p.v. op een driepuntsschaal) te coderen om zodoende ook relatief kleine veranderingen in eendoordelen gedurende de tijd te monitoren.

De Forensische Ambulante Risico Evaluatie (FARE)

Forensische Ambulante Risico Evaluatie (FARE) : <http://www.fare-ambulant.nl/>

is een risicotaxatie- en behandel-evaluatie-instrument voor cliënten van 18 jaar en ouder die vanwege (dreigend) delictgevaar, vrijwillig of gedwongen, in forensische ambulante zorg zijn. De FARE kent twee doelen:

1. Het inschatten van een actuariael en klinisch recidiverisico.
2. Het monitoren van veranderingen in de dynamische risicofactoren en het recidiverisico gedurende de behandeling.

De FARE bestaat uit 6 statische en 11 dynamische risicofactoren. Alle items van de FARE worden gescoord op een 5-puntsschaal (0-4) die opbouwt van potentiële bescherming (afwezigheid van risico/aanwezigheid van bescherming) naar ernstigere grensoverschrijdende gedragingen/houding of situaties (aanwezigheid van risico/afwezigheid van bescherming).

De **Static/Stable/Acute (SSA)**

Static/Stable/Acute (SSA):

<https://www.deforensischezorgspecialisten.nl/onderzoek/risicotaxatie-instrumenten/volwassenen/static-stable-acute/>

is een combinatie van statische en dynamische instrumenten voor het inschatten van het risico van toekomstig seksueel en gewelddadig delictgedrag bij zedendelinquenten. De SSA combinatie kan gebruikt worden om beslissingen te nemen omtrent behandeltoewijzing, verlopen of het bepalen van intensiteit van toezicht en begeleiding bij terugkeer in de samenleving. Daarnaast is de SSA combinatie van waarde bij het bepalen van behandel-doelen en het evalueren van vooruitgang in de behandeling.

De **Static-99R** bevat 10 relatief eenvoudig te scoren overwegend statische variabelen. De totaalscore is de optelsom van de items en de totaalscores zijn onderverdeeld in de nominale risicocategorieën laag, laag-matig, matig-hoog en hoog.

De **Stable-2007** bevat 12 stabiel dynamische risicofactoren met een duidelijke verankering van de antwoordcategorieën (plus 1 extra item voor plegers met slachtoffers onder de 14 jaar). De totaalscore is de optelsom van de items en de totaalscores zijn onderverdeeld in de nominale risicocategorieën laag, matig en hoog.

De **Acute-2007** bevat 7 acuut dynamische risicofactoren, met duidelijke verankering van de antwoordcategorieën. De totaalscore is de optelsom van de items en de totaalscores zijn onderverdeeld in de nominale risico/prioriteitscategorieën laag, matig en hoog. Het instrument maakt daarbij onderscheid tussen het risico van zeden- en geweldsdelicten enerzijds en het risico van algemene recidive anderzijds. Daarnaast kan voor elk individueel item de score IN (Ingrijpen Nu)

gegeven worden.

Mate van verandering van kwaliteit van leven

De **Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mansa12/16)**

Bron: Van Nieuwenhuizen Ch, Schene AH, Koeter MWJ. Manchester – verkorte Kwaliteit van Leven meting. Eindhoven: GGzE. 2000

is een multidimensionale vragenlijst ontwikkeld om de kwaliteit van leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over baan, woning, algehele gezondheid en dergelijke. De vragenlijst bestaat uit 12 gesloten vragen waarbij de tevredenheid wordt vastgesteld over leefomstandigheden. Bij de MANSA 16 zijn 4 extra items over veiligheid en vriendschap toegevoegd. Bij de antwoorden kan steeds een keuze gemaakt worden uit zeven mogelijkheden lopend van “kan niet slechter” tot “kan niet beter”. De vragenlijst richt zich op de huidige situatie en is een zelfbeoordelingsschaal.

De **Short Form (SF-36/SF-12) Health Survey Questionnaire**

Bron: Ware JE, Sherbourne CD (1990); Nederlandse versie: SF-36: Aaronson N (1998)

(ook wel bekend als de RAND 36) wordt veelvuldig gebruikt voor het meten van ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De SF-36 is een zelfrapportage instrument en kent 36 items. Dit instrument bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. De terugvraagperiode is 1 week en de patiënt vult de vragenlijst zelf in. De SF-12 is een verkorte versie.

Patiëntervaringen

De **Consumer Quality Index (CQi)**

Consumer Quality Index (CQi): Meer informatie via de ROM-bibliotheek
<https://ggzdataportaal.nl/rom-bibliotheek/>

De Consumer Quality Index wordt momenteel doorontwikkeld, de resultaten van de pilot worden eerste kwartaal 2020 verwacht.

is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn twee versies ontwikkeld, een voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg, en een voor de

klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit de volgende schalen waarin voor ambulant ingegaan wordt op bejegening, samen beslissen, uitvoering behandeling en een aantal losse ervaringsvragen, en de klinische versie voegt daar gevoel van veiligheid en woon- en leefomgeving aan toe. De vragen worden op een 5-puntsschaal beantwoord. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de patiënt zelf vult de vragenlijst in.

11.3 9.3 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een met een parafiele of hyperseksuele stoornis. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

11.4 9.4 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

12. 10. Implementatieplan

Autorisatiedatum 30-04-2020 Beoordelingsdatum 30-04-2020

12.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

12.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is

aan hen om in te vullen.

12.2.1 Monitoring van de implementatie

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

12.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

12.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de

kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

12.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

12.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben, en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

12.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over

samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

12.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort, is in andere gevallen sprake van problemen met optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de S GGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter ingezet via vermindering van administratieve lasten en

een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarkt knelpunten in de ggz.

12.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

12.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken

partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

12.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Vernellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

12.6 Specifieke implementatie thema's

12.6.1 Bewustwording en kennisdeling

Veel behandelaren hebben geen of weinig kennis over parafiele en hyperseksuele stoornissen en herkennen daardoor vaak de symptomen niet (tijdig). Hierdoor is er een risico dat patiënten (en hun eventuele partners) niet op het juiste moment de juiste zorg ontvangen.

Landelijke afspraken

Om parafilie en hyperseksualiteit op de juiste manier door te verwijzen is het van belang dat behandelaren beschikken over genoeg (basis)kennis om symptomen te herkennen. Om dit kennisniveau te waarborgen dient een concreet sectorbreed scholingsvoorstel ontwikkeld te worden, gericht op de vroegsignalering met betrekking tot parafilie en hyperseksualiteit (en op seksuele

gezondheid en het voeren van het gesprek hierover in bredere zin). Beroepsopleidingen kunnen hier mogelijk een leidende rol in spelen en vroegsignalering opnemen in hun curricula. Beroepsverenigingen kunnen bijdragen aan het vergroten van de bewustwording bij hun leden om de kennis op dit gebied zich eigen te maken en/of up to date te houden.

Van belang is rekening te houden met de maximale mogelijkheden van de individuele professional om zich te scholen in elke vorm van problematiek. Scholing moet daarbij aansluiten bij het kennisniveau van de professional.

Naast het vergroten van de kennis over de problematiek is het van belang om voor professionals een sector overstijgend overzicht te maken waarin zij vinden voor welk vraagstuk zij waar expertise in kunnen winnen en/of waar zij een patiënt naar door kunnen verwijzen.

12.6.2 Samenwerking

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

12.6.3 Capaciteit

Op dit moment is onvoldoende vast te stellen of de implementatie van de zorgstandaard zal leiden tot capaciteitsproblemen. Gezien de geringe patiënten aantallen is dit overigens niet de verwachting.

Landelijke afspraken

Om vast te stellen of er capaciteitsvraagstukken zullen ontstaan zou een monitor opgezet kunnen worden om bij te houden wat het % patiënten met parafiele en hyperseksuele stoornissen is dat in zorg komt en het % behandelaren dat beschikbaar is om een behandeling te realiseren. Met deze monitor kan jaarlijks worden geëvalueerd of er substantiële veranderingen in volume zijn en of deze leiden tot capaciteitsvraagstukken.

12.6.4 Behandelaanbod

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

12.6.5 Financiering

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

12.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

13. 11. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 04-11-2018 Beoordelingsdatum 04-11-2018

13.1 Samenvatting survey patiëntenparticipatie parafilie

In de ontwikkeling van de Zorgstandaard is het patiëntenperspectief belangrijk. Als aanvulling op de participatie van patiënten in de werkgroep is er een korte vragenlijst voorgelegd aan mensen die behoeften en/of ervaring hebben met zorg gericht op een parafiele stoornis.

Disclaimer: Vanwege de kleine deelnemersgroep dienen de bevindingen uitsluitend als indicatief te worden beschouwd.

Deelnemers

De vragenlijst is online verspreid in de zomer van 2016. Het is onder de aandacht gebracht via algemene kanalen NVVS, seksualiteit.nl, Praktijk Sunniva, evenals via pedofilie.nl. Het bleek dat behandelaars vanwege hun beroepsgeheim de vragenlijst niet wilden of konden verspreiden in hun eigen kring of onder hun patiënten.

Niet alle groepen zijn even goed bereikt. Sommige subgroepen zijn nauwelijks georganiseerd of minder gemakkelijk te benaderen (bijvoorbeeld mensen met een exhibitionistische voorkeur). Enkele van de organisaties of fora voor specifieke parafiele voorkeuren zijn niet op ons verzoek tot medewerking ingegaan.

In totaal hebben 17 personen meegedaan, allen mannen. Zij behoorden tot de doelgroep vanwege hun problematiek, hebben ooit zorgbehoefte en/of ervaring gehad en hebben inhoudelijke informatie gegeven met betrekking tot zorg. Alle deelnemers bleken een pedofiele voorkeur te hebben, wat mede een gevolg kan zijn van de wervingsmogelijkheden.

Pedofilie en ervaring met zorg

13 van de 17 deelnemers met pedofiele gevoelens heeft ervaring (gehad) met zorg. 9 van hen hadden professionele hulp toen ze de survey invulden. De andere 4 hebben in het verleden professionele hulp gehad. 5 van de 13 deelnemers zijn verplicht doorverwezen naar hulp. Bij de anderen vond doorverwijzing naar hulpverlening het meest plaats via een zorgverlener, website of forum.

De 13 deelnemers rapporteren bijna allemaal dat ze bang zijn (geweest) dat hun privacy wordt geschonden of die van hun naasten.

Over het algemeen waren de deelnemers tevreden over de bejegening en behandeling door de doorverwijzende zorgverlener. Een deel voelde zich niet gerustgesteld door deze zorgverlener.

Deelnemers zonder verplichte hulp

De 8 deelnemers die uit zichzelf hulp hebben gezocht kwamen meestal terecht bij een psychiater of een praatgroep. Veel deelnemers hebben samen met een zorgverlener bepaald welke hulp het beste voor hen was, of ze maakten deze keuze zonder een zorgverlener (bv. een praatgroep zoeken).

De behandeling vond het vaakst plaats in groepen, via individuele behandeling voor de omgang van de problematiek of door het bieden van een luisterend oor. Bij de meesten was het doel om te leren omgaan met het probleem. Bij een persoon was het verhelpen van het probleem ook een doel.

Van de 8 rapporteerden 4 personen dat de zorgverlener hen in onvoldoende mate kon helpen, 3 dat het ongemakkelijk was om over het probleem te praten met de zorgverlener en 3 dat de zorgverlener onvoldoende wist over het probleem.

Er was veel variatie in de antwoorden over de mate waarin er aandacht was voor thema's in de hulpverlening. Ze waren vaker positiever over de mate waarin er aandacht was voor het leren accepteren van het probleem dan voor aspecten in relatiesfeer, voor hoe ze over het probleem met anderen konden praten. Het minst vaak waren ze positief over hoe ze gemotiveerd konden blijven voor de hulp/behandeling.

Deelnemers met verplichte hulp

De deelnemers met pedofiele gevoelens die verplicht hulp kregen, kregen dit meestal van een psychiater. Niemand van de 5 deelnemers met juridische aanmelding vond de verplichte doorverwijzing de prettigste manier. Een aantal van hen had liever hulp gevonden via mensen met dezelfde problemen.

Wel zeggen 4 van de 5 deelnemers dat ze samen met een zorgverlener hebben bepaald welke hulp het beste voor hen was. 4 van hen hebben individuele behandeling gehad, 1 persoon behandeling via een praatgroep. Bij iedereen was het doel van de behandeling om te leren omgaan met het probleem en voor 2 deelnemers werd ook ingezet op het verhelpen van het probleem. Geen van de 5 deelnemers was ontevreden over de uiteindelijke zorgverlener.

Alle deelnemers waren positief over de mate waarin er aandacht was voor het leren accepteren van het probleem. Het merendeel was positief over hoe ze gemotiveerd kunnen blijven voor de hulp/behandeling. Er was meer variatie in de antwoorden over de mate waarin er aandacht was voor aspecten in relatiesfeer en voor hoe ze over het probleem met anderen konden praten.

Uit de antwoorden op de open vragen bleek dat het stigma dat rust op pedofilie groot is. Enkele keren kwam aan bod dat de deelnemers tevreden waren dat zij serieus werden genomen en dat hun gevoelens niet werden veroordeeld. Er werd waarde gehecht aan lotgenotencontact, praatgroepen en groepstherapie. Daarentegen waren zij ontevreden over de waarborging van hun privacy in te ontvangen hulp. Dit kon de eigen zoektocht naar hulp belemmeren. Ook werd genoemd dat er meer aandacht nodig is voor hulpverlening aan mensen met pedofiele gevoelens die geen overtreding hebben begaan of (potentiële) dader zijn.

13.2 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen, NVKG en Platform Meer GGZ hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Platform Meer GGZ geeft aan dat er leden zijn die af en toe dergelijke stoornissen behandelen, maar dit is zo beperkt dat zij zich onvoldoende bekwaam voelen om deze zorgstandaard te beoordelen. Platform Meer GGZ kiest er daarom voor om deze zorgstandaard niet te autoriseren.

Werkgroep Parafiele en hyperseksuele stoornissen	
Stefan Bogaerts (voorzitter)	Departement Ontwikkelingspsychologie Universiteit Tilburg / Fivoor Wetenschap & Behandelinovatie (Kijvelanden, Aventurijn, Palier, FPC Gent/Antwerpen).
Ellen Laan (vice-voorzitter)	Academisch Medisch Centrum, afdeling Seksuologie en Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie
Erik van Beek (lid)	Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
Michael von Bönninghausen (lid)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Anneke Huson (lid)	Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Dwayne Meijnckens (lid)	Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Moniek ter Kuile (lid)	Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie (LOPS)
Peter Leusink (lid)	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Gabriel Levi (lid)	Pedofilie.nl (ervaringsdeskundige)
Jules Mulder (lid)	Van der Hoevenkliniek
Hester Pastoor (lid)	Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) & Nederlandse Vereniging voor Relatietherapie en Gezinstherapie (NVRG)
Alexandra Sillen (lid)	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)
Wineke Smid (lid)	Van der Hoevenkliniek DFZ
Sjaak Verduijn (lid)	Zorgverzekeraar CZ
Jos Vroege (lid)	Platform van Seksuologische Teams in ggz-instellingen (PSTG) en Alliantie Transgenderzorg

Adviseurs	
Rik van Lunsen	Arts-seksuoloog NVVS
Luk Gijs	Psycholoog, Universitair hoofddocent Instituut Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, Faculteit Geneeskunde, KU Leuven
Machiel Polak	Psychiater, Voorzitter Raad van bestuur Fivoor

Uitvoerders	
Jantine van Lisdonk	Rutgers
Ireen de Graaf	Trimbos, advisering, methodologische ondersteuning
Joran Lokkerbol	Trimbos, BIA
Lars de Winter	Trimbos, conjunctanalyse
Anne-Marie van Zijl	NIP
Willy van Berlo	Rutgers, projectleiding

Met dank aan de deelnemers aan het patiëntenparticipatie-onderzoek en de conjunctanalyse

13.3 Knelpunten, uitgangsvragen en methode

Knelpuntenanalyse

De knelpuntenanalyse heeft stapsgewijs plaatsgevonden:

- Knelpunten-analyse sessie door een kerngroep van experts over alle topics van de Zorgstandaard
- Bespreking van de eerste inventarisatie in de 1e Werkgroepbijeenkomst
- Inventarisatie vanuit het patiëntenperspectief via:
 - deelnemers aan de NVVS-wetenschapsdag
 - een survey onder 17 personen met een parafiele stoornis met een zorgbehoefte en/of zorgervaring
- Aanscherping en vaststellen definitieve lijst van knelpunten in de 1e en 2e topicgroep bijeenkomst parafilie.

Primair proces zorgstandaardontwikkeling

Voor parafiele stoornissen wordt voor zover mogelijk informatie overgenomen uit de volgende basisbronnen:

- Carlier, B.E., Tiesema, M., Lotgerink, H.B.F., Van der Rhee, C., & Vroege, J. (nb). Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGz. Zorgprogramma 'Parafilieën en overmatig seksueel verlangen'. Utrecht/Den Haag: Altrecht, Parnassia, Rutgers Nisso Groep.
- Gijs, L. (2015). Parafiele stoornissen. In I. Franken, P. Muris, D. Denys (red.), Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling (pp. 925-944).
- Vroege, J.A., & Van der Rhee, K. (2013). Hyperseksualiteit: diagnostiek en behandeling. Den Haag: PsyQ Seksuologie.

Reviewprotocol

Het reviewprotocol richt zich op ontbrekende informatie (hiaten) en onbeantwoorde knelpunten, nadat het primaire proces van de zorgstandaardontwikkeling is afgerond. Hiervoor zijn uitgangsvragen geformuleerd die worden beantwoord op basis van een of eerdere van de volgende evidence:

- wetenschappelijke evidence (grijze of witte literatuur). Grijze literatuur is aangedragen door de werkgroep en topicgroepen. Witte literatuur is verzameld door een uitgebreide literatuursearch.
- evidence van professionals (topicgroep) en/of
- evidence van ervaringsdeskundigen (een survey onder 17 personen met pedofiele gevoelens met een zorgbehoefte en/of zorgervaring).
- topicgroepbijeenkomsten van professionals in de niet-forensische en forensische zorg en een vertegenwoordiger van ervaringsdeskundigen

Ten behoeve van de wetenschappelijk evidence is witte literatuur verzameld via een uitgebreide literatuur search naar systematic reviews, meta-analyses, RCT's en longitudinaal onderzoek in PubMed, PsycInfo en EMBASE. De lijst met zoektermen is samengesteld in de topicgroepen en vastgesteld in de werkgroep. Voor de parafiele stoornissen is de search beperkt vanaf 2000.

Resultaten

Systematic reviews en meta-analyses

PubMed: 88

PsycInfo: 83

EMBASE: 74

Totaal: 245

Na ontdubbeling blijven 170 systematic reviews en meta-analyses over.

RCT's

PubMed: 46

PsycInfo: 326

EMBASE: 36

Totaal: 408

Na ontdebelling blijven 371 RCT's over.

Longitudinaal onderzoek & cohort studies

PubMed: 351

PsycInfo: 182

EMBASE: 326

Totaal: 859

Na ontdebelling blijven 691 longitudinale & cohort studies over.

Gezien het hoge aantal hits is besloten om de eerste selectie van wetenschappelijke evidence uitsluitend te richten op systematic reviews en meta-analyses, aangevuld met grijze literatuur die door de topicgroep wordt aangedragen.

In de eerste selectie zijn alle systematic reviews en meta-analyses beoordeeld en op basis van de volgende selectiecriteria geïnccludeerd:

- het betreft een onderwerp dat in de Zorgstandaard voorkomt;
- de primaire doelgroep komt in de Zorgstandaard voor (uitgesloten zijn bv. studies over sex offenders waarbij geen onderscheid kan worden gemaakt tussen de groep met en zonder parafiele stoornis);
- artikelen over ziekten worden alleen meegenomen wanneer de nadruk ligt op het effect van deze ziekte op het hebben van een parafiele stoornis, en/of wanneer het gaat om een veelvoorkomende comorbiditeit (uitgesloten zijn bv. studies waar diagnostiek of behandeling van ziekten centraal staat en waarbij seksuele voorkeuren slechts zijdelings aan bod komt);
- het betreft bevindingen uit Westerse landen (uitgesloten zijn studies gericht op Azië, Afrika en Zuid-Amerika);
- het betreft uitsluitend bevindingen over mensen (uitgesloten zijn studies over dieren);
- het betreft uitsluitend empirische studies.

De eerste selectie is verricht op basis van het lezen van de titel en het abstract door een reviewer van Rutgers. Crosschecking vindt plaats door de projectleider van Rutgers. Van de 170 systematic reviews en meta-analyses bleven na eerste selectie 38 systematic reviews en meta-analyses over.

In de tweede selectie is beoordeeld op basis van het abstract en, indien nodig, het volledige artikel, welke systematic reviews en meta-analyses bruikbaar waren voor het beantwoorden van de uitgangsvragen (zie tabel hieronder). De leden van de werkgroep en topicgroep hebben voor het beantwoorden van sommige uitgangsvragen grijze literatuur geleverd.

Deze definitief geselecteerde witte en grijze literatuur is vervolgens inhoudelijk beoordeeld. Nieuwe en relevante informatie is verwerkt in de Zorgstandaard.

In de tabel hieronder staat een samenvatting van alle knelpunten, hoe ze zijn vertaald in

uitgangsvragen, en volgens welke methodiek de uitgangsvragen worden beantwoord.

In totaal waren er 11 uitgangsvragen.

Tabel. Samenvatting knelpunten, uitgangsvragen en methode voor parafiele en hyperseksuele stoornissen

PARAFIELE STOORNISSEN			
Thema's/hoofdstukken	Knelpunt	Uitgangsvragen	Methode
Hoofdstuk 2 - Inleiding	Knelpunt topicgroep: Gebrek aan geïntegreerde zorg: Binnen de parafiele stoornissen kan onderscheid gemaakt worden tussen de forensische en niet-forensische GGZ, waar de focus respectievelijk ligt op belang van de maatschappij of het welzijn van het individu. Deze werelden zijn gekenmerkt door grote inhoudelijke verschillen en verschillende eindoelen (i.e. welbevinden of maatschappelijk belang).	Opnemen in inleidend hoofdstuk en in overweging	nvt
	Knelpunt topicgroep: In de DSM-5 worden voorkeur en gedrag gelijkgeschakeld, in die zin dat in de formulering ook gedrag zonder per se voorkeur als pedofiele wordt benoemd. Hier is veel discussie over. Het is belangrijk dat er in de zorgstandaard een duidelijk verschil wordt gemaakt tussen voorkeur en gedrag.	Als overweging opnemen, maar het is geen knelpunt.	nvt
Hoofdstuk 3 Specifieke omschrijving	Knelpunt topicgroep: Er moet duidelijk worden afgebakend wat onder pedofilie valt en wat onder hebefilie (11-14 jaar) en ephedofilie (15-17 jaar). Volgens de wet kunnen de laatste vormen ook strafbaar zijn, maar ze vallen niet binnen de DSM-5.	PS 3.1 Wat is de afbakening van pedofiele stoornis voor de zorgstandaard (DSM), rekening houdend met het strafrecht?	Raadpleging topicgroep parafiele en beslissen in werkgroep
	Er is geen breed aanvaarde en neutrale definitie van hyperseksualiteit.	PS 3.2 Op welke manieren kan hyperseksualiteit gedefinieerd worden (en welke implicaties heeft dit voor preventie, diagnostiek en behandeling)?	- Recente literatuur uit 2015/2016 en in het bijna laatste voorstel voor de DSM-5 - Raadpleging topicgroep
Hoofdstuk 4 - Preventie, diagnostiek, monitoring	Hiaat: Onduidelijk welke van de diagnostische instrumenten effectief zijn.	PS 4.1 Welke effectieve diagnostische instrumenten kunnen in het diagnostisch onderzoek worden gebruikt?	Grijze literatuur in Nederland (i.v.m. context) en aangevuld met literatuurscan
	Knelpunt topicgroep: Taboe rondom parafiele en ofrische kwesties. Bespreekbaarheid is laag, mede door de maatschappelijke commotie die er heerst rondom bepaalde parafiele. Dit kan de last van het lijden versterken.	PS 4.2 Wat zou helpen om de bespreekbaarheid te verbeteren tussen mensen die aan een parafiele lijden en behandelbaars?	Focusgroep-bijeenkomst met topicgroep parafiele
	Geen equivalentie van zorg (in forensische vs niet-forensische setting) waar dat wel zou moeten.	PS 4.3 Op welke punten is de diagnostiek binnen GGZ zorg anders dan in de forensische als niet-forensische setting? Op welke punten is dat onnodig?	Focusgroep-bijeenkomst met topicgroep parafiele
Hoofdstuk 5 - Behandeling	Knelpunt topicgroep: Voor parafiele stoornissen die vallen onder strafrecht (bv. exhibitionisme, pedofiele stoornis) geldt dat ze vooral vanuit een forensisch kader, met weinig aandacht voor affectieve seksaaltelbeleving en regulering, worden behandeld.	PS 5.1 Welke behandeldoelen zijn wanneer geschikt, in de niet-forensische en forensische context? (met aandacht voor seksaaltelbeleving, regulering, EMDR)	Grijze literatuur, aangevuld met literatuurscan, gevolgd door raadpleging topicgroep parafiele of bespreking in focusgroep
	Knelpunt topicgroep: Behandelingen gericht op verminderen van lijden i.v.m. seksuele obsessies (EMDR) staan in de kinderschoenen.		
	Knelpunt topicgroep: Er is aandacht nodig voor het onveranderbaarheids criterium dat regelmatig op parafiele stoornissen wordt betrokken, want kennis hierover moeten we per onderdeel beschrijven wat er bekend is.	PS 5.2 Is er empirisch bewijs voor het onveranderbaarheids criterium? Zijn behandelingen hierop gericht en is dat effectief?	Literatuurscan, gevolgd door raadpleging topicgroep parafiele of bespreking in focusgroep
	Knelpunt topicgroep: Er zijn vlogschokcontactgroepen die uitgaan van een AA trajectie en die seksverslaving willen	Als overweging opnemen, maar is geen knelpunt.	nvt
	aanpakken met volledige onthouding. In de zorgstandaard moeten we deze discussie opnemen.		
	Knelpunt n.a.v. patiëntvervragen (st: er is veel schroom en angst om een behandelbaar te behandelen i.v.m. stigma, taboe en angst voor juridische consequenties)	PS 5.3 Hoe kan de drempel voor veilige toegang tot behandeling worden verlaagd?	Focusgroep bijeenkomst met topicgroep parafiele
	Geen equivalentie van zorg (in forensische versus niet-forensische setting) waar dat wel zou moeten.	PS 5.4 Op welke punten is de behandeling binnen GGZ zorg anders in de forensische als niet-forensische setting, op welke punten is dat onnodig?	Focusgroep-bijeenkomst met topicgroep parafiele
Hoofdstuk 6 - Organisatie van zorg	Hiaat: Hoe ziet de organisatie van zorg voor niet-forensisch en forensisch eruit?	PS 6.1 Hoe ziet de organisatie van zorg eruit? Op welke manier kan equivalentie van zorg voor de forensische en niet-forensische setting worden bevorderd?	Focusgroep bijeenkomst met topicgroep parafiele
	Knelpunt topicgroep: Zowel de bereikbaarheid als de kwaliteit van hulpaanbod voor jongeren met pedofiele gevoelens is beneden peil, met onacceptabele risico's voor zelfdoding.	PS 6.2 Waar ontbreekt de kwaliteit van het hulpaanbod en de bereikbaarheid daarvan voor jongeren met pedofiele gevoelens en wat kan concreet worden verbeterd?	Focusgroep bijeenkomst met topicgroep parafiele

13.4 Rapportage Conjunctanalyse

Inleiding

Voor de zorgstandaard parafiele stoornissen is een conjunct analyse (CA) uitgevoerd met als uitgangsvraag: Waar moet de zorg aan voldoen, zodat mensen met pedofiele gevoelens sneller geneigd zijn om de stap te maken naar de zorg en naar grotere tevredenheid geholpen worden?

Op maandag 23 Maart 2017 werd een bijeenkomst gehouden met de hulpgroep waarbij de belangrijkste facetten waar de zorg volgens hen aan moest voldoen werden besproken. Hierbij kwamen acht categorieën naar voren die werden ingedeeld in 2, 3 of 4 niveaus:

Cat	Zorgkenmerk	Niveaus
1	Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - De anonimiteit en privacy van de cliënt wordt gewaarborgd - Er worden afspraken gemaakt over wat er met gegevens wordt gedaan - Goed onderscheid tussen zorgprogramma's gericht op pedofiele gevoelens en forensische zorg
2	Bejegening	<ul style="list-style-type: none"> - De zorgverlener benadert de hulpvraag neutraal en luistert empathisch - De zorgverlener focust zich op de feiten en de klachten
3	Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - De informatie over de zorg is goed vindbaar en bevat duidelijke informatie - Zorg moet ook beschikbaar zijn voor de directe omgeving - De uitstraling en woordkeuze op de website/flyer moet uitnodigen om zorg op te zoeken
4	Voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting voor de maatschappij en directe omgeving - Voorlichting op scholen - Voorlichting voor zorgverleners
5	Ingang hulp	<ul style="list-style-type: none"> - Adequate doorverwijzing vanuit de eerste lijn (zoals de huisarts) - Meer plekken beschikbaar met 'gevoelsgenotencontact'
6	Kennis Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis over eventuele bijkomende psychische klachten - Kennis over mogelijke problemen in het persoonlijke leven van de cliënt - Kennis over de maatschappelijke mogelijkheden en knelpunten van de cliënt
7	Hulp persoonlijke situatie	<ul style="list-style-type: none"> - Hulp moet gericht zijn op acceptatie van jezelf als persoon die pedofiele gevoelens heeft en jezelf ruimte te geven om te zijn wie je bent - Hulp gericht op de daadwerkelijke hulpvraag van de cliënt - Hulp gericht op omgang met seksuele gevoelens, toekomstplannen en/of alternatieve emotionele en seksuele uitlaatkleppen - Hulp gericht op het vinden van een maatschappelijk verantwoorde manier om met pedofiele gevoelens om te gaan
8	Hulp omgang met omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Hulp gericht op steun bij coming-out en verantwoord uiten van gevoelens - Hulp gericht omgang met maatschappelijk stigma dat er rond pedofilie hangt - Hulp gericht op de directe omgeving van de hulpzoekende

Aan de hand van deze zorgkenmerken werden 32 vignetten gegenereerd die de deelnemers moesten beoordelen op geschiktheid voor 3 stadia binnen de zorg: het voorstadium van de zorg, tijdens de zorg en de nazorg.

Samenstelling vignetten

Zoals eerder benoemd werden uiteindelijk 32 vignetten samengesteld die elk acht zorgkenmerken bevatten. Elk vignet werd beoordeeld met een cijfer tussen de 1 en de 9 waarbij een 1 staat voor totaal ongeschikt en een 9 staat voor helemaal geschikt. Een overzicht van alle vignetten is te vinden aan het einde van dit document.

Resultaten

Voor elk stadium van de zorg is een aparte conjunct analyse uitgevoerd. Hier kwam per niveau binnen de zorgkenmerken een zogenaamde utility score uit. Dit is een regressie coëfficiënt die aangeeft in hoeverre elk niveau volgens de deelnemers geschikt is voor het zorgstadium, waarbij een positieve score aangeeft dat het geschikt is en een negatieve score aangeeft dat het ongeschikt is. Verder geven de importance values (IV) aan voor welk percentage de kenmerken meewegen met de beslissing over de passendheid van het vignet. Hieronder worden per stadium de resultaten toegelicht.

Beginfase zorg

Zorgkenmerk	Niveau	Utility score	SE	Best Fit
Transparantie (IV=7,813)	Anonimiteit gewaarborgd	0.064	0.014	Anonimiteit gewaarborgd
	Afspraken over gegevens	-0.02	0.013	
	Onderscheid zorg	-0.062	0.013	
Bejegening (IV=9,218)	Empathische benadering	0.049	0.008	Empathische benadering
	Focus op feiten	-0.049	0.008	
Toegankelijkheid (IV=15,836)	Informatie goed vindbaar	0.113	0.013	Informatie goed vindbaar
	Beschikbaar directe omgeving	-0.174	0.012	
	Uitnodigende uitstraling	0.061	0.012	
Voorlichting (9,091)	Voorlichting maatschappij	-0.043	0.013	Voorlichting zorgverleners
	Voorlichting scholen	0.008	0.013	
	Voorlichting zorgverleners	0.035	0.012	
Ingang hulp (IV=8,747)	Adequate doorverwijzing	0.066	0.008	Adequate doorverwijzing
	Gevoelsgenotencontact	-0.066	0.008	
Kennis zorgverlener (IV=9,606)	Kennis bijkomende klachten	0.004	0.012	Kennis mogelijkheden en knelpunten
	Kennis persoonlijke problemen	-0.020	0.012	
	Kennis mogelijkheden en knelpunten	0.016	0.012	
Hulp persoonlijke situatie (IV=25,239)	Hulp gericht op zelfacceptatie	0.142	0.014	Hulp gericht op zelfacceptatie
	Focus op hulpvraag	0.074	0.014	
	Hulp gericht op omgang seksuele uiting	-0.030	0.015	
	Hulp gericht op maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoel	-0.187	0.014	
Hulp omgang met omgeving (IV=14,45)	Steun bij coming-out	-0.101	0.013	Hulp bij omgang maatschappelijk stigma
	Hulp bij omgang maatschappelijk stigma	0.074	0.012	
	Hulp bij integratie directe omgeving	0.027	0.013	

Tabel. Utility scores beginfase zorg

Zoals te zien is in de tabel hierboven zijn de belangrijkste punten voor de beginfase van de zorg, wanneer de hulpzoekende de stap naar zorg wilt maken, als volgt: de anonimiteit van de hulpzoekende zou worden gewaarborgd, de zorgverlener benadert de hulpvraag empathisch, de informatie over de inhoud van de zorg is goed vindbaar, er komt goede voorlichting voor de zorgverlener die in aanraking komt met mensen met pedofiele gevoelens, er vindt adequate doorverwijzing plaats vanaf de eerste lijn, de zorgverlener heeft kennis over de mogelijkheden en knelpunten die samengaan met pedofilie, hulp en zorg is gericht op zelfacceptatie van de hulpzoekende en er moet adequate hulp komen voor de omgang met het maatschappelijk stigma wat er om pedofilie hangt. De punten die hieromtrent als meest belangrijk worden beschouwd zijn dat de informatie goed vindbaar is en dat de hulp gericht is op zelfacceptatie.

Punten die als het minst relevant worden beschouwd zijn dat de zorg ook beschikbaar is voor de directe omgeving, hulp gericht is op het maatschappelijk verantwoord omgaan met de pedofiele gevoelens en dat er steun komt bij de coming-out.

In het huidige model zou de maximaal haalbare score 8,041 zijn en de minimaal haalbare score zou 6,78 zijn. Het zorgpakket dat het best passend is bij de beginfase van de zorg is zorgpakket 29 (totaalscore = 7,8446; zie overzicht inhoud zorgpakket aan einde van deze bijlage).

Tot slot kwam uit de importance values (IV) naar voren dat het zorgkenmerk 'hulp persoonlijke situatie' het zwaarst meeweegt in de beoordeling van de passendheid van de vignetten (IV=25,239), gevolgd door toegankelijkheid (IV=15,836), hulp omgang met omgeving (IV=14,45), kennis zorgverlener (IV=9,606), bejegening (IV=9,218), voorlichting (9,091), ingang hulp (IV=8,747) en transparantie (IV=7,813).

Er kan geconcludeerd worden dat zorgpakket 29 het meest passend is voor de beginfase van de hulp. De meest passende factor is dat de hulp gericht is op zelfacceptatie gevolgd door dat de informatie goed vindbaar is. De minst relevante factor is dat hulp gericht is op het maatschappelijk verantwoord omgaan met de pedofiele gevoelens gevolgd door dat de zorg ook beschikbaar is voor de directe omgeving en steun bij de coming-out.

Tijdens zorg

Zorgkenmerk	Niveau	Utility score	SE	Best Fit
Transparantie (IV=10,961)	Anonimiteit gewaarborgd	0.074	0.009	Anonimiteit gewaarborgd
	Afspraken over gegevens	-0.06	0.009	
	Onderscheid zorg	-0.014	0.009	
Bejegening (IV=5,664)	Empathische benadering	0.003	0.006	Empathische benadering
	Focus op feiten	-0.003	0.006	
Toegankelijkheid (IV=18,421)	Informatie goed vindbaar	-0.067	0.009	Beschikbaar directe omgeving
	Beschikbaar directe omgeving	0.141	0.009	
	Uitnodigende uitstraling	-0.074	0.008	
Voorlichting (IV=14,444)	Voorlichting maatschappij	0.002	0.009	Voorlichting zorgverleners
	Voorlichting scholen	-0.078	0.009	
	Voorlichting zorgverleners	0.076	0.008	
Ingang hulp (IV=14,148)	Adequate doorverwijzing	-0.087	0.006	Gevoelsgenoten- contact
	Gevoelsgenotencontact	0.087	0.006	
Kennis zorgverlener (IV=7,331)	Kennis bijkomende klachten	-0.012	0.008	Kennis mogelijkheden en knelpunten
	Kennis persoonlijke problemen	0.000	0.008	
	Kennis mogelijkheden en knelpunten	0.012	0.008	
Hulp persoonlijke situatie (IV=12,643)	Hulp gericht op zelfacceptatie	0.086	0.010	Hulp gericht op zelfacceptatie
	Focus op hulpvraag	0.022	0.010	
	Hulp gericht op omgang seksuele uiting	0.005	0.010	
	Hulp gericht op maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoel	-0.113	0.009	
Hulp omgang met omgeving (IV=16,387)	Steun bij coming-out	-0.07	0.009	Hulp bij omgang maatschappelijk stigma
	Hulp bij omgang maatschappelijk stigma	0.065	0.008	
	Hulp bij integratie directe omgeving	-0.058	0.009	

Tabel. Utility scores tijdens zorg

De belangrijkste punten voor tijdens de zorg (zie tabel hierboven) zijn dat de anonimiteit van de hulpzoekend wordt gewaarborgd, de zorgverlener een empathische benadering heeft, hulp beschikbaar is voor de directe omgeving van de hulpzoekende, goede voorlichting komt voor de zorgverleners, er meer ruimte is voor gevoelsgenotencontact, kennis komt over de mogelijkheden en knelpunten die samengaan met pedofilie, hulp gericht is op zelfacceptatie en op de omgang met het maatschappelijk stigma dat er rond pedofilie hangt. De punten die als het meest belangrijk worden beschouwd waren dat de hulp beschikbaar wordt voor de directe omgeving, meer gevoelsgenotencontact beschikbaar komt en hulp gericht is op zelfacceptatie.

De punten die als het minst relevant worden beschouwd zijn dat hulp gericht is op het maatschappelijk verantwoord omgaan met de pedofiele gevoelens en dat er adequate doorverwijzing plaatsvindt vanuit de eerste lijn.

In het huidige model zou de maximaal haalbare score 7,829 zijn en de minimaal haalbare score zou 6,8 zijn. Het zorgpakket dat het best passend is voor tijdens de zorg is zorgpakket 11 (totaalscore = 7,5696; zie overzicht inhoud zorgpakket aan einde van deze bijlage).

Tot slot kwam uit de importance values (IV) naar voren dat het zorgkenmerk 'toegankelijkheid' het zwaarst meeweegt in de beoordeling van de passendheid van de vignetten (IV=18,421), gevolgd door hulp bij omgang met de omgeving (IV=16,387), voorlichting (IV=14,444), ingang hulp (IV=14,148), hulp persoonlijke situatie (IV=12,643), transparantie (IV=10,961), kennis zorgverlener (IV=7,331) en bejegening (IV=5,664).

Al met al kan geconcludeerd worden dat zorgpakket 11 het meest passend is voor tijdens de zorg. De meest passende factor is dat de hulp ook beschikbaar is voor de directe omgeving, gevolgd door de beschikbaarheid van gevoelsgenotencontact en dat hulp gericht is op zelfacceptatie, er voorlichting komt voor de zorgverleners en dat de anonimiteit gewaarborgd blijft. De minst relevante factor is dat hulp gericht is op het maatschappelijk omgaan met pedofiele gevoelens en dat er adequate doorverwijzing plaatsvindt vanuit de eerste lijn.

Nazorg

Zorgkenmerk	Niveau	Utility score	SE	Best Fit
Transparantie (IV=8,985)	Anonimiteit gewaarborgd	0.040	0.009	Anonimiteit gewaarborgd
	Afspraken over gegevens	-0.023	0.008	
	Onderscheid zorg	-0.017	0.008	
Bejegening (IV=7,273)	Empathische benadering	-0.025	0.005	Focus op feiten
	Focus op feiten	0.025	0.005	
Toegankelijkheid (IV=20,499)	Informatie goed vindbaar	-0.106	0.008	Beschikbaar directe omgeving
	Beschikbaar directe omgeving	0.191	0.008	
	Uitnodigende uitstraling	-0.085	0.007	
Voorlichting (IV=12,737)	Voorlichting maatschappij	0.050	0.008	Voorlichting maatschappij
	Voorlichting scholen	-0.050	0.008	
	Voorlichting zorgverleners	-0.001	0.007	
Ingang hulp (IV=13,768)	Adequate doorverwijzing	-0.136	0.005	Gevoelsgenoten- contact
	Gevoelsgenotencontact	0.136	0.005	
Kennis zorgverlener (IV=8,101)	Kennis bijkomende klachten	-0.004	0.008	Kennis mogelijkheden en knelpunten
	Kennis persoonlijke problemen	-0.007	0.008	
	Kennis mogelijkheden en knelpunten	0.011	0.008	
Hulp persoonlijke situatie (IV=12,753)	Hulp gericht op zelfacceptatie	0.061	0.009	Hulp gericht op zelfacceptatie
	Focus op hulpvraag	0.002	0.009	
	Hulp gericht op omgang seksuele uiting	-0.005	0.009	
	Hulp gericht op maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoel	-0.058	0.009	
Hulp omgang met omgeving (IV=15,884)	Steun bij coming-out	-0.009	0.008	Hulp bij omgang maatschappelijk stigma
	Hulp bij omgang maatschappelijk stigma	0.022	0.007	
	Hulp bij integratie directe omgeving	-0.013	0.008	

Tabel. Utility scores nazorg

De belangrijkste punten voor de nazorg [zie tabel B6.3] zijn dat de anonimiteit van de hulpzoekend wordt gewaarborgd, de zorgverlener zich focust op de feiten en daadwerkelijke klachten van de hulpzoekende, hulp beschikbaar is voor de directe omgeving van de hulpzoekende, goede voorlichting komt voor de maatschappij en de directe omgeving, er meer ruimte is voor gevoelsgenotencontact, kennis komt over de mogelijkheden en knelpunten die samengaan met pedofilie, hulp gericht is op zelfacceptatie en op de omgang met het maatschappelijk stigma dat er rond pedofilie hangt. De punten die als het meest belangrijk worden beschouwd waren dat de hulp beschikbaar wordt voor de directe omgeving en meer gevoelsgenotencontact beschikbaar komt.

De punten die als het minst relevant worden beschouwd zijn dat er adequate doorverwijzing vanuit de eerste lijn plaatsvindt en dat de informatie goed vindbaar is.

In het huidige model zou de maximaal haalbare score 7,843 zijn en de minimaal haalbare score zou 6,889 zijn. Het zorgpakket dat het best passend is voor de nazorg is zorgpakket 5 (totaalscore = 7,681; zie overzicht inhoud zorgpakket aan einde van deze bijlage).

Tot slot kwam uit de importance values (IV) naar voren dat het zorgkenmerk 'toegankelijkheid' het zwaarst meeweegt in de beoordeling van de passendheid van de vignetten (IV=20,499), gevolgd door hulp bij omgang met de omgeving (IV=15,884), ingang hulp (IV=13,768), hulp bij de persoonlijke situatie (IV=12,753), voorlichting (IV=12,737), transparantie (IV=8,985), kennis zorgverlener (IV=8,101) en bejegening (IV=7,273).

Al met al kan geconcludeerd worden dat zorgpakket 5 het meest passend is voor de nazorg. De meest passende factor is dat de hulp ook beschikbaar is voor de directe omgeving, gevolgd door de beschikbaarheid van gevoelsgenotencontact. De minst relevante factor is dat de informatie goed vindbaar is en dat er adequate doorverwijzing plaatsvindt vanuit de eerste lijn.

Algehele conclusie

Wanneer mensen met pedofiele gevoelens aan de beginfase van de hulp staan is het voornamelijk belangrijk dat de informatie over de hulp goed vindbaar is en de hulp zelf gericht is op zelfacceptatie. Hierbij wordt hulp gericht op het maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens, dat de hulp beschikbaar is voor de directe omgeving en steun bij de coming-out als het minst belangrijk beschouwd. Je zou hieruit kunnen concluderen dat hulpzoekenden in het beginstadium van de zorg meer behoefte hebben aan dat de aanbieding van de zorg goed vindbaar is en gericht is op tools om met de gevoelens om te gaan en dat de omgang met de buitenwereld in dit stadium nog minder relevant is.

Tijdens de zorg is het belangrijk dat de hulp ook beschikbaar is voor de directe omgeving, dat er beschikbaarheid is van gevoelsgenotencontact en dat hulp gericht is op zelfacceptatie. Ook voorlichting voor zorgverleners over het thema pedofilie en anonimiteit worden tijdens de zorg als belangrijke punten aangestipt. De minst belangrijke punten die zijn aangegeven zijn dat hulp gericht op het maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens en adequate doorverwijzing vanuit de eerste lijn. Hieruit kan je concluderen dat tijdens de zorg meer behoefte is aan de opbouw van een goede vertrouwensband met de behandelaar en is er meer behoefte aan ondersteuning bij het delen van de gevoelens met de directe omgeving van de hulpzoekende.

In de nazorg worden vooral het gevoelsgenotencontact en de beschikbaarheid voor de directe

omgeving als het belangrijkste beschouwd. Het minst belangrijk dat wordt aangegeven is dat de informatie goed vindbaar is en dat er adequaat vanuit de eerste lijn wordt doorverwezen. Hieruit kan je concluderen dat tijdens de nazorg ondersteuning moet blijven voor het delen van de gevoelens met de omgeving.

Overzicht inhoud zorgpakket (samenstelling vignetten)

Vignet 1	Vignet 2	Vignet 3	Vignet 4	Vignet 5	Vignet 6
1. afspraken gegevens	1. afspraken gegevens	1. onderscheid zorgprogramma's	1. afspraken gegevens	1. anonimiteit gewaarborgd	1. onderscheid zorgprogramma's
2. focus op feiten en klachten	2. focus op feiten en klachten	2. focus op feiten en klachten	2. neutrale en empathische benadering	2. neutrale en empathische benadering	2. neutrale en empathische benadering
3. Informatie goed vindbaar	3. Informatie goed vindbaar	3. Uitnodigende uitstraling	3. Uitnodigende uitstraling	3. beschikbaar directe omgeving	3. Informatie goed vindbaar
4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting scholen
5. doorverwijzing eerste lijn	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. doorverwijzing eerste lijn	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact
6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis maatschappelijke knelpunten
7. hulp gericht op hulpvraag	7. hulp zelfacceptatie	7. hulp omgang seksuele gevoelens	7. hulp zelfacceptatie	7. hulp gericht op hulpvraag	7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens
8. hulp bij coming-out	8. hulp bij coming-out	8. hulp bij coming-out	8. hulp bij coming-out	8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp bij coming-out

Vignet 7	Vignet 8	Vignet 9	Vignet 10	Vignet 11	Vignet 12
1. anonimiteit gewaarborgd	1. afspraken gegevens	1. onderscheid zorgprogramma's	1. afspraken gegevens	1. onderscheid zorgprogramma's	1. afspraken gegevens
2. neutrale en empathische benadering	2. focus op feiten en klachten	2. focus op feiten en klachten	2. neutrale en empathische benadering	2. focus op feiten en klachten	2. focus op feiten en klachten
3. Uitnodigende uitstraling	3. beschikbaar directe omgeving	3. Uitnodigende uitstraling	3. Uitnodigende uitstraling	3. beschikbaar directe omgeving	3. beschikbaar directe omgeving
4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting maatschappij
5. doorverwijzing eerste lijn	5. doorverwijzing eerste lijn	5. doorverwijzing eerste lijn	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. doorverwijzing eerste lijn
6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis maatschappelijke knelpunten
7. hulp zelfacceptatie	7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens	7. hulp gericht op hulpvraag	7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens	7. hulp zelfacceptatie	7. hulp omgang seksuele gevoelens
8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp gericht op directe omgeving

Vignet 13	Vignet 14	Vignet 15	Vignet 16	Vignet 17	Vignet 18
1. anonimiteit gewaarborgd	1. onderscheid zorgprogramma's	1. onderscheid zorgprogramma's	1. anonimiteit gewaarborgd	1. afspraken gegevens	1. onderscheid zorgprogramma's
2. focus op feiten en klachten	2. neutrale en empathische benadering	2. neutrale en empathische benadering	2. focus op feiten en klachten	2. neutrale en empathische benadering	2. focus op feiten en klachten
3. Informatie goed vindbaar	3. Ultodigende uitstraling	3. Informatie goed vindbaar	3. Informatie goed vindbaar	3. beschikbaar directe omgeving	3. beschikbaar directe omgeving
4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting zorgverleners
5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. doorverwijzing eerste lijn	5. doorverwijzing eerste lijn	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact
6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis bijkomende psychische klachten
7. hulp gericht op hulpvraag	7. hulp omgang seksuele gevoelens	7. hulp zelfacceptatie	7. hulp zelfacceptatie	7. hulp omgang seksuele gevoelens	7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens
8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp bij coming-out

Vignet 19	Vignet 20	Vignet 21	Vignet 22	Vignet 23	Vignet 24
1. onderscheid zorgprogramma's	1. anonimiteit gewaarborgd	1. afspraken gegevens	1. anonimiteit gewaarborgd	1. anonimiteit gewaarborgd	1. onderscheid zorgprogramma's
2. neutrale en empathische benadering	2. neutrale en empathische benadering	2. neutrale en empathische benadering	2. focus op feiten en klachten	2. focus op feiten en klachten	2. focus op feiten en klachten
3. Informatie goed vindbaar	3. Informatie goed vindbaar	3. beschikbaar directe omgeving	3. beschikbaar directe omgeving	3. Ultodigende uitstraling	3. Informatie goed vindbaar
4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting scholen
5. doorverwijzing eerste lijn	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. doorverwijzing eerste lijn	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact
6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis maatschappelijke knelpunten
7. hulp omgang seksuele gevoelens	7. hulp gericht op hulpvraag	7. hulp omgang seksuele gevoelens	7. hulp zelfacceptatie	7. hulp omgang seksuele gevoelens	7. hulp omgang seksuele gevoelens
8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp bij coming-out	8. hulp bij coming-out	8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp bij coming-out

Vignet 25	Vignet 26	Vignet 27	Vignet 28	Vignet 29	Vignet 30
1. anonimiteit gewaarborgd	1. afspraken gegevens	1. anonimiteit gewaarborgd	1. afspraken gegevens	1. anonimiteit gewaarborgd	1. onderscheid zorgprogramma's
2. neutrale en empathische benadering	2. focus op feiten en klachten	2. focus op feiten en klachten	2. neutrale en empathische benadering	2. neutrale en empathische benadering	2. focus op feiten en klachten
3. Ultodigende uitstraling	3. beschikbaar directe omgeving	3. Ultodigende uitstraling	3. beschikbaar directe omgeving	3. Informatie goed vindbaar	3. beschikbaar directe omgeving
4. Voorlichting zorgverleners	4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting scholen	4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting scholen
5. doorverwijzing eerste lijn	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. beschikbaarheid gevoelsgenotencontact	5. doorverwijzing eerste lijn	5. doorverwijzing eerste lijn	5. doorverwijzing eerste lijn
6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis persoonlijke problemen	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis maatschappelijke knelpunten	6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis persoonlijke problemen
7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens	7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens	7. hulp gericht op hulpvraag	7. hulp gericht op hulpvraag	7. hulp zelfacceptatie	7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens
8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp bij coming-out	8. hulp bij coming-out	8. hulp gericht op directe omgeving	8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma

Vignet 31	Vignet 32
1. anonimiteit gewaarborgd	1. onderscheid zorgprogramma's
2. neutrale en empathische benadering	2. neutrale en empathische benadering
3. Informatie goed vindbaar	3. Uitnodigende uitstraling
4. Voorlichting maatschappij	4. Voorlichting scholen
5. doorverwijzing eerste lijn	5. doorverwijzing eerste lijn
6. kennis bijkomende psychische klachten	6. kennis maatschappelijke knelpunten
7. hulp maatschappelijk verantwoord omgaan met gevoelens	7. hulp gericht op hulpvraag
8. hulp bij omgang met maatschappelijk stigma	8. hulp gericht op directe omgeving

13.5 Strafrechtelijk kader van verboden seksueel handelen

Definitie strafbaar seksueel gedrag

In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht is seksueel gedrag dat strafbaar is gesteld terug te vinden bij de Misdrijven tegen de zeden, met name de artikelen 239 tot en met 250.

Bron: Kool, R. (2007). Strafbare seksualiteit. In: A. Ph. Van Wijk, R.A. Bullens, & P. van den Eshof (Red.). Facetten van zedencriminaliteit (pp.99-124). Den Haag: Elsevier.

In de artikelen 242-249 worden verboden seksuele interacties beschreven die betrekking hebben op direct, maar niet per se fysiek, contact met een identificeerbaar slachtoffer. Iemand die een slachtoffer dwingt zich uit te kleden zonder hem of haar daarbij fysiek aan te raken, begaat ook een contactdelict.

Bij de wetboekartikelen betreffende de contactdelicten staat het begrip instemming centraal. Seksuele interacties zijn verboden als ze plaatsvinden met personen die daarvoor geen instemming hebben gegeven of met personen die niet in staat worden geacht om instemming te kunnen geven. Dat zijn in de huidige wetgeving bijvoorbeeld kinderen onder de 16 jaar, of verstandelijk beperkten, of personen buiten bewustzijn of zelfs overleden personen. Ook kan het zo zijn dat iemand niet in een positie is om in te stemmen doordat hij of zij in een afhankelijkheidsrelatie met de pleger verkeert, zoals (stief)vader en dochter, maar ook arts en patiënt of leraar en leerling, aan de hand van 3 kenmerken: het al of niet gebruiken van fysieke dwang of geweld (of het dreigen daarmee), het al of niet penetreren van het lichaam van het slachtoffer, en de leeftijd van het slachtoffer. Is er fysieke dwang of (dreiging met) geweld dan spreekt de Nederlandse wet van verkrachting of aanranding, ongeacht de leeftijd van het slachtoffer. Is dat niet het geval dan gaat het voor de Nederlandse wet om ontucht. Automatisch wordt er dan vanuit gegaan dat een slachtoffer niet in staat is om instemming te geven. Daarbij zijn doorgaans op z'n minst zeer ongelijke verhoudingen en meer of minder subtiele psychologische dwang aanwezig. Bij penetratie van het slachtoffer spreekt men van

‘het seksueel binnendringen van het lichaam’, zonder penetratie van ‘ontuchtige handelingen’. Vroeger gold alleen penetratie van de vagina of anus met de penis als ‘binnendringing van het lichaam’. In de loop der jaren is dit echter steeds ruimer geïnterpreteerd. Tegenwoordig geldt bijvoorbeeld ook het penetreren met vingers of gedwongen orale seks als verkrachting. Zelfs een afgedwongen tongzoen kon tot voor kort in Nederland juridisch als verkrachting

juridisch als verkrachting: Rechtspraak.nl (2013, March 12) Parket bij de Hoge Raad.
Retrieved from <http://uitspraken.rechtspraak.nl>
[Meer informatie](#)

worden aangemerkt. Tot slot worden 3 verschillende leeftijdscategorieën gehanteerd: kinderen beneden 12 jaar; kinderen beneden de 16 jaar en personen boven de 16 jaar, die om andere redenen niet in staat zijn tot het geven van instemming. De delicten tegen personen boven de 12 jaar waren tot 2002 zogenaamde klachtdelicten (zoals bijvoorbeeld seks met instemming tussen een 14-jarige en een 18-jarige). Dat betekende dat de pleger alleen vervolgd kon worden wanneer het slachtoffer of degenen die voor haar/hem verantwoordelijk zijn, een aanklacht indienden. Sinds de Nederlandse wetswijziging van 2002 ligt de bevoegdheid tot het instellen van strafvervolgning echter geheel in handen van het Openbaar Ministerie. Voldoende is dat de officier van justitie het slachtoffer de gelegenheid geeft zijn of haar mening over eventuele vervolging kenbaar te maken. De maximale strafdreiging voor de verschillende zedendelicten varieert in Nederland tussen de 6 en 12 jaar. Daarnaast is nog strafverhoging met een derde van de maximale straf mogelijk bij verzwarende omstandigheden (bijvoorbeeld een extra kwetsbaar slachtoffer of ernstig toebracht letsel). Het moet wel opgemerkt worden dat de maximaal mogelijke straffen, in elk geval in Nederland, zelden tot nooit worden opgelegd.

Bron: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2016).
Ontucht voor de rechter. Deel 2: De straffen. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

De artikelen 239 en 240 gaan over niet-contactdelicten. Schennis van de eerbaarheid (art. 239) is de schending van de seksuele fatsoensnormen jegens anderen in het openbaar, of op een niet-openbare plek waar iemand zijns ondanks aanwezig is, of een plek die toegankelijk is voor jongeren onder de 16. Het tonen of aanbieden van een afbeelding of voorwerp waarvan vermoed kan worden dat het aanstotelijk is, of afbeeldingen waarvan de vertoning schadelijk is te achten voor personen beneden de leeftijd van 16 jaar aanbieden of tonen aan jongeren beneden de 16 jaar, of het vervaardigen, verspreiden, vertonen, in bezit hebben of zich toegang verschaffen tot seksueel getinte afbeeldingen van iemand die kennelijk jonger is dan 18 jaar (art. 240).

Voor ontuchtige handelingen door verleiding met giften, of door misleiding of misbruik van verhoudingen op basis van overwicht geldt een leeftijdsgrens van 18 jaar (art. 248), ook als de persoon zich daarvoor beschikbaar stelt en tussen de 16 en 18 jaar is (prostitutie). Sinds kort is ook grooming strafbaar, het plannen van een ontmoeting met iemand die nog geen 16 jaar is met als doel

ontuchtige handelingen verrichten.

Samengevat staat in de wetsartikelen

239, schennis van de eerbaarheid

240, verspreiden, tonen etc. van porno en verspreiden, openlijk tentoonstellen, vervaardigen, invoeren, doorvoeren, uitvoeren of in bezit hebben van kinderporno

242, verkrachting, met dwang of (dreiging met) geweld binnendringen van het lichaam

243, ontucht, met binnendringen van het lichaam, slachtoffer is niet in staat tot instemming

244, ontucht, met binnendringen van het lichaam, slachtoffer is onder de 12 jaar

245, ontucht, met binnendringen van het lichaam, slachtoffer is onder de 16 jaar

246, aanranding, met dwang of (dreiging met) geweld ontuchtige handelingen

247, ontuchtige handelingen, slachtoffer onder de 16 jaar of boven de 16 jaar, maar niet in staat tot instemming

248, ontuchtige handelingen door verleiden met giften, of door misleiding of misbruik van overwicht, slachtoffer is onder de 18 jaar; jeugdprostitutie, slachtoffer is tussen de 16 en 18; en grooming, slachtoffer is onder de 16 jaar

249, ontucht met misbruik van gezag

13.6 Medicatie

Algoritme voor farmacologische behandeling van parafiele stoornissen, overgenomen uit The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias (2010)	
LEVEL 1	
<ul style="list-style-type: none"> Doel: controle van parafiele seksuele fantasieën, compulsies en gedragingen zonder impact op conventionele seksuele activiteit en op seksueel verlangen 	Psychotherapie (bij voorkeur cognitieve gedragstherapie, (nog) geen evidentie beschikbaar voor de werkzaamheid van andere vormen van psychotherapie)
LEVEL 2	
<ul style="list-style-type: none"> Doel: controle van parafiele seksuele fantasieën, compulsies en gedragingen met minimale impact op conventionele seksuele activiteit en op seksueel verlangen Kan worden gebruikt in milde gevallen ("hands-off" parafilieën met een laag risico op hands-on recidive, bijv. exhibitionisme of kinderporno downloaden) ²⁶ Indien niet voldoende resultaat op level 1 	SSRI's in zelfde dosering als gebruikelijk voor OCD (e.g., fluoxetine 40–80 mg/dag of paroxetine 40 mg/dag)
LEVEL 3	
<ul style="list-style-type: none"> Doel: controle van parafiele seksuele fantasieën, compulsies en gedragingen met matige impact op conventionele seksuele activiteit en op seksueel verlangen "Hands-on" parafilieën met betasting maar zonder penetratie Parafiele seksuele fantasieën zonder seksueel sadisme Indien niet voldoende resultaat op level 2 na 4–6 weken of bij hoge dosering SSRI 	Voeg lage dosering anti-androgenen (e.g., cyproterone acetate 50–100 mg/dag) toe aan SSRI
LEVEL 4	
<ul style="list-style-type: none"> Doel: controle van parafiele seksuele fantasieën, compulsies en gedragingen met substantiële impact op seksuele activiteit en op seksueel verlangen Matig en hoog risico op seksueel geweld (ernstige parafilieën met meer intrusieve handelingen maar een beperkt aantal slachtoffers) Geen seksueel sadistische fantasieën of gedrag (indien aanwezig ga naar level 5) Bij meewerkende patiënt, zo niet, gebruik depot of ga naar level 5 Indien niet voldoende resultaat op level 3 	<ul style="list-style-type: none"> Eerste keuze: maximale dosering cyproterone acetate (CPA): oraal, 200–300 mg/dag of 200–400 mg depot, wekelijks of tweewekelijks Indien comorbiditeit met angststoornissen, depressie of obsessief compulsieve symptomen, aanvullen met SSRI
LEVEL 5	
<ul style="list-style-type: none"> Doel: controle van parafiele seksuele fantasieën, compulsies en gedragingen met vrijwel complete onderdrukking van seksuele activiteit en seksueel verlangen Hoog risico op seksueel geweld en ernstige parafiele stoornissen Seksueel sadistische fantasieën en/of gedrag of fysiek geweld Geen medewerking of niet voldoende resultaat op level 4 	<ul style="list-style-type: none"> Lang werkende GnRH agonisten, i.e. triptorelin of leuprolide acetaat, 3 mg/maand of 11,25 mg depot elke 3 maanden Metingen van testosteron levels kunnen gebruikt worden om deze behandeling te monitoren Cyproteron acetaat kan worden toegevoegd (een week voor en gedurende de eerste maand van de GnRHa behandeling) om een zogenaamd flare-up effect, inherent aan het beginnen met GnRHa-gebruik, te voorkomen
LEVEL 6	
<ul style="list-style-type: none"> Doel: controle van parafiele seksuele fantasieën, compulsies en gedragingen met vrijwel complete onderdrukking van seksuele activiteit en seksueel verlangen Ernstigste parafiele stoornissen (catastrofale gevallen) niet voldoende resultaat op level 5 	<ul style="list-style-type: none"> Voeg cyproteron acetaat (50–200 mg/dag oraal of 200–400 mg in wekelijks of tweewekelijks depot toe aan GnRH agonist SSRI kan eventueel worden toegevoegd (geen empirische ondersteuning)

13.7 Relevante documenten en websites

Zorgstandaarden en indicatoren

- Overzicht zorgstandaarden op GGZstandaarden.nl en Zorginzicht.nl
- Toetsingskader, HARING, leidraden (AQUA) en model voor de zorgstandaarden op Zorginzicht.nl
- Overzicht kwaliteitsindicatoren op transparantiekalender op Zorginzicht.nl
- Kennisagenda Gender en Gezondheid

Informatiepunten en zelfhulp

- Pedofilie.nl (pedofilie)
- JON (pedofilie)
- Virtuous Pedophiles (pedofilie, internationaal)
- B4U-ACT (pedofilie, Amerikaans)
- Fetlife.nl (BDSM)
- VSSM (BDSM)
- Creche Bebe (adult babies/ diaper lovers) (infantilisten)

- NVSH in Alkmaar (bdsm, exhibitionisme, voyeurisme)