

12^e

Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres




ggzcongres.be

Dichtbij de mens, verbindende en gastvrije zorg

Campus Drie Eiken, Wilrijk, Antwerpen

CONGRESBOEK 10 EN 11 SEPTEMBER 2024

Het ggz-congres is een initiatief van Forum Geestelijke Gezondheid.
Het samenwerkingsverband van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en Psyche vzw.

Dit congres ontving de logistieke steun van  Universiteit Antwerpen en CAPRI.

Met dank aan   FLOWSPARKS®

COLOFON

Redactie

Robin Broché

Vormgeving

Magelaan, www.magelaan.be

Druk

Dit is een uitgave van Psyche vzw,
in opdracht van het Forum Geestelijke Gezondheid, ter gelegenheid van het twaalfde
Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres, op 10 en 11 september 2024.

Verantwoordelijke uitgever

August Rector
Psyche vzw
Tenderstraat 14
9000 Gent

inhoudstafel

| | | pagina |
|------------------------------|----------------------------|------------|
| voorwoord | | 5 |
| lezingen | K01 TOT K02 U01 TOT U06 | 7 |
| discussies | D01 TOT D07 | 13 |
| symposia | S01 TOT S3 | 21 |
| werkwinkels | W01 TOT W30 | 91 |
| mededelingen | M01 TOT M18 | 111 |
| posters | P01 TOT P14 | 143 |
| index van de sprekers | | 155 |
| overzicht | | 164 |

Dit congresboek werd samengesteld op basis van door de sprekers geleverde teksten.
Het werd afgesloten op 5 september 2024.

Het congres werd voorbereid door twee comités.

Het **organisatiecomité** beslist over de grote lijnen van het congres: het thema, de uit te nodigen sprekers, de locatie,... en stuurt het congressecretariaat voor de uitvoering ervan.

Het **wetenschappelijk comité** verzorgt het inhoudelijk programma van het congres, beoordeelt de ingezonden bijdragevoorstellen en geeft de aanvaarde voorstellen een plaats in het programmaschema.

Het organisatiecomité

Beckers Jaak (VVG
T)
Broché Robin (Psyche vzw)
Cathoor Kirsten (VVP)
Crunelle Cleo (BCNBP)
De Fruyt Jürgen (VVP)
Depaepe Evelien (BVCT-ABAT)
Ekelmans Chris (VBEGP/NVAGT)
Flamang Axelle (BMT)
Hebberecht Marc (BVP)
Kerkaert Kurt (EV)
Konings Lief (VBEGP/NVAGT)
Koster Ernst (VVKP)
Matthys Frieda (VVP)
Van den Berghe Nele (BVCT-ABAT)
Van den Broeck Kris (Psyche vzw)
Van Nuffel Rik (SGGG)
Willems Ruben (VVP)

Het wetenschappelijk comité

Matthys Frieda (VVP)
Van den Berghe Nele (BVCT-ABAT)
Van den Broeck Kris (Psyche vzw)
Van Nuffel Rik (SGGG)
Willems Ruben (VVP)

De posterjury:

Kris Van den Broeck (Psyche vzw)
Ruben Willems (VVP)
Gilles Geeraerts (VAD)
Kurt Kerkaert (EV)

Het congressecretariaat werd waargenomen door Psyche vzw.

voorwoord

“Mijn hart heeft meer kamers dan een hoerenkot” schreef de onvolprezen Gabriel Garcia Marquez in zijn meesterwerk “Liefde in tijden van cholera”. Het is een verhaal over vastberadenheid in de liefde, maar ook over eenzaamheid, ziekte, ouderdom en dood. Macht in menselijke verhoudingen en de spanningen die dat met zich meebrengt, vormen een rode draad in het boek.

Het is een prachtige metafoor voor werken in de geestelijke gezondheidszorg. Om therapeutisch contact te maken, moeten hulpverleners in staat zijn om hun hart onvoorwaardelijk open te zetten voor elke patiënt, om die met liefde te beluisteren. Dit vanuit verschillende invalshoeken, om niets essentieel te missen en om het geheel te begrijpen. De GGZ heeft duizenden kamers waarin pijnlijke verhalen worden gebracht, verdriet wordt gedeeld, ziekte en dood worden betreurd. De GGZ gaat ook actief op zoek naar kamers van psychisch lijden, via outreach zorg of via vindplaatsen. Het is een dynamisch gebeuren van zoeken en vinden, van opgezocht worden en de deur open maken.

Het is dus een absolute noodzaak dat de GGZ gastvrij is. Dit betekent respect hebben voor iedereen die zich aanmeldt, die persoon als gelijkwaardig behandelen en zorgvuldig bekijken welke noden behartigd moeten worden. De GGZ moet een veilige plek zijn, waar tijdelijke passanten en blijvende gasten niet alleen de meest geschikte zorg krijgen, maar ook ondersteund worden in hun maatschappelijke participatie. De GGZ moet ook vlot toegankelijk en bereikbaar zijn. Maar hoe gaan we om met soms noodzakelijke drempels of onvermijdelijke ingangsexamens?

Het twaalfde GGZ-congres wil de aandacht vestigen op een GGZ “Dichtbij de mens: verbindende & gastvrije zorg”. Hoe verhouden zorgvrager en zorgverlener zich tot elkaar, hoe ver of hoe dicht is werkbaar? Welke plichten hebben zorgorganisaties richting de mensen die er werken, maar vooral richting de mensen die er hulp komen zoeken? Wat doen we met mensen die aan de deur staan en geen hulp willen? Of met wie nergens meer welkom is? Familieleden en andere betekenisvolle personen in het leven van een kwetsbare persoon worden vaak over het hoofd gezien en dat moet beter. Hoe komen we tot volledig inclusie waarbij alle betrokkenen oprecht deelnemen aan de zorg? Kortom, alle inhoudelijke aspecten van toegankelijkheid, beschikbaarheid, behandelrelaties en behandelvormen worden onder de loep genomen.

Mede namens het bestuur van het Forum Geestelijke Gezondheid, nodigen we u van harte uit om deel te nemen aan het twaalfde Vlaamse Geestelijke Gezondheidscongres op 10 en 11 september 2024 in Antwerpen.

Met hartelijke groeten

Dr. K. Catthoor (*voorzitter VVP*)

Dr. P. Niemegeers (*wetenschappelijk secretaris VVP*)

Namens het organisatiecomité

Naast de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en Psyche vzw namen de volgende organisaties deel aan de voorbereiding van het congres:

- ▶ **BCNBP** Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry
- ▶ **BMT** Beroepsvereniging van Muziektherapeuten
- ▶ **BMT** Beroepsvereniging voor Psychologisch Consulents
- ▶ **BSP** Belgische School voor Psychoanalyse
- ▶ **BVP** Belgische Vereniging voor Psychoanalyse
- ▶ **BVRGS** Belgische Vereniging van Relatie- en Gezinstherapie en Systeeminterventie

- ▶ **EV** Ergotherapie Vlaanderen
- ▶ **NVKVV** Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

- ▶ **PARANTEE-PSYLOS** Vlaamse sportfederatie voor personen met een beperking
- ▶ **Psyche vzw**
- ▶ **VAD** Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
- ▶ **VBGEP (NVAGT)** Vlaamse Beroepsvereniging voor Experiëntiële Gestalt Psychotherapie

- ▶ **VHYP** Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging
- ▶ **VVCEPC** Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte Experiëntiële Psychotherapie en Counseling

- ▶ **VVGT** Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie
- ▶ **VVK** Vlaamse Vereniging voor Kinder- en jeugdpsychiatrie
- ▶ **VVKP** Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen
- ▶ **VVO** Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen
- ▶ **VVP-LEP** Vlaamse Vereniging Pessopsychotherapie - Lichaamsgerichte Experiëntiële Psychotherapie

- ▶ **VVPMT** Vlaamse Vereniging van Psychomotorisch Therapeuten
- ▶ **VVPT** Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie
- ▶ **VVS** Vlaamse Vereniging voor Seksuologie
- ▶ **VVTIV** Vlaamse Vereniging van Therapeuten in de Interactionele Vormgeving

KEYNOTE 01 dinsdag 10 september, 10u00 - 11u00

■ **De mens in de hedendaagse leefomgeving, impact op mentale gezondheid en implicaties voor behandeling**

Claudi Bockting, Hoogleraar klinische psychologie in de psychiatrie, Amsterdam UMC, Amsterdam

Depressie-, en angststoornissen zijn veel voorkomende psychische aandoeningen. We hebben effectieve behandelmethoden, maar er zijn geen aanwijzingen dat de prevalentie van deze aandoeningen afneemt, in tegendeel. Maatschappelijke factoren spelen daarbij ook een rol, los van psychologische en neurobiologische factoren. Deze factoren spelen voortdurend op elkaar in en kunnen zodoende steeds een andere invloed hebben binnen een individu. Verstedelijking lijkt bij te dragen bij aan een verhoogde prevalentie van mentale aandoeningen.

Maar wat is het kip en het ei en hoe kunnen we dit bestuderen en wat kunnen we ermee? Psychotherapeutische interventies richten zich meestal enkel op het individu, soms het gezin en de school. Zouden we meer kunnen betekenen en hoe dan? In deze lezing komen meerdere aangrijpingspunten voor interventies aan bod, gericht op het individu, de buurt, landelijk en globaal.

KEYNOTE 02 woensdag 11 september, 16u00 - 17u00

■ ***Come in, I give you shelter from the storm (Bob Dylan).***
Enkele klinisch-theoretische beschouwingen rond de psychotherapeutische begeleiding van getraumatiseerde vluchtelingen

Emmanuel Declercq, PhD Psychologie, expert bij de Hoge Gezondheidsraad, psychoanalytisch psychotherapeut

Vertrekkend van talloze citaten uit therapeutische sessies begin ik met een paar theoretische beschouwingen rond psychotrauma vanuit verschillende denkkaders, namelijk de psychoanalyse (Freud, Ferenczi, Winnicott, Bion), de fenomenologie (Maldiney, Tatossian), de neurowetenschappen (Damasio, Schore, van der Kolk), de interpersoonlijke neurobiologie (o.a. Siegel) en de cognitieve wetenschappen (o.a. Georgieff en de “theories of Mind”). Dit brengt ons bij de eerste as van deze lezing, namelijk dat psychotrauma het resultaat is van een proces van vervreemding tussen het subject, zichzelf, de anderen en de wereld. Zoals aangegeven door onder meer Bion en Winnicott en zoals nadien bevestigd door de neurowetenschappen (o.a. Schore, Damasio, Georgieff, Siegel), kan elke vorm van geestelijk lijden immers geconceptualiseerd worden als resultaat van een aanval op de verbindingscapaciteiten van het subject, zowel met de ander als intra-psychisch, met en binnen zichzelf (het vermogen om affecten te metaboliseren en/of te benoemen, om een narratief over zichzelf in relatie tot de ander en de wereld te construeren). Dit brengt ons bij de tweede as van deze lezing. Namelijk dat de huidige malaise binnen onze westerse samenlevingen ertoe leidt dat onze democratieën meer en meer geneigd zijn de Ander op de vlucht te wantrouwen, waardoor het vervreemdingsproces dat begon tijdens de

traumatische belevingen riskeert onderhouden te worden, jazelfs versterkt, door de levensomstandigheden in het « gastland ». Wat zijn dan de implicaties voor de therapeutische ontmoeting? Zo bekeken is psychotherapie het proces van reconnectie van het subject met zichzelf, de ander en de wereld. Dit proces nodigt de therapeut uit tot het innemen van een therapeutische positie die ik identificeer als een positie van geëngageerde therapeutische nabijheid. Geïnspireerd door de conceptualisatie van de “Nebenmensch” door Freud, van de “tweede behulpzame Ander” door Ferenczi en de “Good Enough Mother” door Winnicott, ga ik in mijn slotbeschouwing wat dieper in op een aantal karakteristieken van deze therapeutische positie.

UITNODIGING U01 dinsdag 10 september, 11u45 – 12u45

■ **“Out of the box. Buiten de comfortzone”**

Debat met [Henri Heimans](#), [Rik Devillé](#), [Nico Sturm](#) en [Vic Mees](#).

Moderator: [Kirsten Catthoor](#), MD, PhD, *psychiater Ziekenhuis Netwerk Antwerpen*,
voorzitter *Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie*

Weet u nog wanneer u besliste dat de GGZ uw professionele toekomst zou vorm geven? Welke argumenten daarbij de doorslag hebben gegeven? In dit panelgesprek gaan we dieper in op het besluit dat sommige mensen nemen, om zich belangeloos in te zetten voor de psychisch kwetsbare medemens. Weten zij nog wanneer de vonk oversloeg om een deel van hun persoonlijk leven in te zetten voor een doel dat compleet buiten hun opleiding, ervaring en vooral comfortzone ligt. Waarom aan belangenbehartiging doen voor een populatie die zelf geen stem heeft? Hoe werkt zo iets? Want het gaat natuurlijk niet alleen om het leveren van tijd en energie. Het gaat vooral om het oprecht contact maken met mensen die psychisch lijden, en die vaak in de marge van de samenleving terecht gekomen zijn. Misschien moeten we ook de moeilijke vragen in dit debat aan bod laten komen. Krijg je er ook iets voor terug?

UITNODIGING U02 dinsdag 10 september, 14u15 – 15u15

■ **Complexe zorgnoden**

[Marianne Destoop](#), MD, PhD, *psychiater, PC Multiversum, Mortsel*

Een subgroep van patiënten met psychische kwetsbaarheid heeft te kampen met complexe zorgnoden. Armoede, (dreigende) dakloosheid, middelenmisbruik, (fysieke) comorbiditeit en zorgmijding gaan regelmatig gepaard ernstige psychiatrische aandoeningen met een ongunstige prognose. De maatschappelijke en financiële impact is navenant. Bovendien blijkt uit onderzoek dat de noden van deze doelgroep vaak onvervuld zijn omdat ze niet voldoen aan behandelcriteria. De invloed van al deze factoren laat zien dat psychiatrie een complexiteitswetenschap is, wat op gespannen voet kan staan met de relatief eenvoudige antwoorden die patiënten en klinici behoeven. Hoe moeten we omgaan met deze doelgroep? Welke interventies zijn effectief? Wat kan de rol zijn van eerstelijnsactoren, GGZ-partners en welzijnssector of vinden we een antwoord in intersectorale samenwerkingen? Of is complexiteit enkel een artefact van onze blik op patiënten en de manier waarop we zorg hebben georganiseerd?

UITNODIGING U03 dinsdag 10 september, 16u15 – 17u15

■ **Tussen brein en onbehagen. Perspectieven op de verhouding tussen samenleving en geestelijke gezondheid en hun maatschappelijke relevantie**

Piet Bracke, prof. dr. hoogleraar sociologie, Universiteit Gent, Gent

Biomedische ziektemodellen en theorieën over maatschappelijk onbehagen spreken zich uit over de diepere wortelen van psychisch onwelbevinden: moeten we focussen op neurobiologische correlaten of aandacht hebben voor vervreemding in een hoogmoderne samenlevingen? Andere perspectieven focussen op kwetsbare sociale groepen en kijken naar meer diepgaande maatschappelijke dynamieken. Ze vragen aandacht voor achterstelling, geweld, discriminatie en uitsluiting.

Eerder dan ons af te vragen of deze visies correct of cruciaal zijn, bekijken we hoe ze ons kunnen helpen bij het begrijpen van de relatie tussen samenlevingen, hun geestelijke volksgezondheid en de aard van hun geestelijke gezondheidszorg. Moeten we ons richten op sociaal-kwetsbare groepen of op hoge risicogroepen? Is er nood aan een nieuwe levensstijl en moet onze samenleving 'anders'? Komen mindfulness of precisiepsychofarmaca de geestelijke volksgezondheid ten goede?

We beschouwen hoe de antwoorden op deze vragen de vorm en het karakter van de geestelijke gezondheidszorg bepalen en ze daardoor op weg zet naar min of meer maatschappelijke (ir)relevantie.

UITNODIGING U04 woensdag 11 september, 09u30 – 10u30

■ **Precisie Psychiatrie: individuele behandeling op maat in de geestelijke gezondheidszorg?**

Manuel Morrens, prof. dr. Hoogleraar Psychiatrie Universiteit Antwerpen, Academisch diensthoofd Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel, Vakgroepvoorzitter CAPRI Universiteit Antwerpen

Ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals majeure depressie, bipolaire stoornis en psychose, worden vaak onder één enkel diagnostisch label gegroepeerd, maar manifesteren zich vaak in diverse vormen en ernstgradaties. Achter deze labels schuilen complexe en diverse mechanismen die de ontwikkeling van deze aandoeningen beïnvloeden. Er zijn bijvoorbeeld verschillende wegen die naar depressie kunnen leiden, waarbij de ene vorm meer door levensgebeurtenissen aangestuurd worden, en de andere vorm meer biologisch aangestuurd wordt. Psychotische patiënten kunnen heel uiteenlopende symptomen vertonen, maar toch onder eenzelfde noemer geclusterd worden. Het DSM classificatie systeem heeft hier erg aan bijgedragen. Echter, we weten dat een aanpak waarbij elk van deze patiënten op dezelfde manier behandeld wordt niet de juiste benadering is. De opkomst van precisiepsychiatrie belooft een paradigmaverschuiving in de behandeling van deze aandoeningen door zich te richten op het begrijpen van deze individuele variaties en subtypes. Deze benadering streeft naar het bieden van gepersonaliseerde behandeltrajecten die nauw aansluiten bij de unieke behoeften van elke patiënt.

Deze lezing geeft een overzicht van de huidige stand van zaken binnen het veld van precisiepsychiatrie en overloopt enkele veelbelovende trajecten die ons kunnen leiden naar een toekomst waarin psychiatrische zorg op maat gemaakt is.

UITNODIGING U05 woensdag 11 september, 11u30 – 12u30

■ **Ervaringsdeskundigen, verbindende schakel tussen zorg en patiënten**

Panelgesprek met [Guy Tegenbos](#), [Jochen Vandenstein](#), [Bert Plessers](#), [Nathalie Albert](#), [Ann Callebert](#) en [Els Nijs](#)

Guy Tegenbos gaat in gesprek met Jochen Van den Steen, Bert Plessers, Ann Callebert, Nathalie Albert en Els Nijs over de plek van ervaringsdeskundigen in het zorglandschap. Samen met medestanders en pioniers van het eerste uur blikt hij terug op de evolutie van de inzet van ervaringsdeskundigen en hoe dit vandaag ervaren wordt. Via kritische vragen en dialoog met de panelleden, wordt ingegaan op de noden, dromen en de huidige realiteit. Het concept 'ervaringsdeskundigheid' is nog niet overal gemeengoed, er zijn nog lessen te leren en stappen te nemen. Via eerlijke getuigenissen en hun realistische kijk geven de panelleden inzicht in de 'dode hoek' waar zij tegenaan liepen en lopen, net als mogelijke handvatten, tips & tricks.

De deelnemers aan deze sessie krijgen flink wat inspiratie en informatie om over na te denken en/of mee aan de slag te gaan. We durven er op rekenen dat zij als nieuwe medestanders, bondgenoten en ambassadeurs samen met ons de inzet van ervaringsdeskundigheid verder gaan verspreiden en helpen om dit verhaal te borgen.

UITNODIGING U06 woensdag 11 september, 14u00 – 15u15

■ **Chelsea's Blues**

Regie [Danny Keuppens](#), [Warre Keuppens](#)

Biografische documentaire over een jonge vrouw die zich een weg zoekt in haar ingewikkelde leven.

Chelsea werd niet lang na haar geboorte in een jeugdinstelling geplaatst. In 'Chelsea's blues' gaat ze op bezoek bij mensen die belangrijk zijn voor haar: haar jeugdrechter, de zorgboer waar ze vaak ging werken, een voormalige buurvrouw, haar beste vriendin, haar vader ... In de gesprekken die ze met hen heeft, probeert ze iets meer te weten te komen over wat er in de eerste jaren van haar leven is gebeurd. Over wie ze was, maar ook wie ze nu is en wie ze wil worden.

DISCUSSIE D01 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 12u30

■ **Hebben we in Vlaanderen nood aan medisch-psychiatrische units voor de gecombineerde somatische en de psychiatrische zorg?**

Moderatoren:

Prof. dr. Filip Van Den Eede, *Psychiater, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem*

Dr. Dirk Peeters, *Psychiater, AZ Voorkempen, Malle, voorzitter sectie CLP VVP*

Discussianten:

Dr. Patrick De Wit, *Neuroloog, SP psycho-geriatrie "De Dennen", Malle*

Dhr. Nicolaas Martens, *Beleidsmedewerker PZ Multiversum en doctorandus FGGW UA*

Dr. Arjen Van Dalfsen, *Psychiater, dienst psychiatrie, Bravis Ziekenhuis, Bergen-op-Zoom, Nederland*

De medisch-psychiatrische unit (MPU) biedt een geïntegreerd zorgaanbod voor de diagnostische oppuntstelling en de behandeling van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit, waar een opname geïndiceerd is in het geval dat de somatische problematiek te complex is voor een psychiatrische afdeling of de psychiatrische stoornis de behandeling op een somatische afdeling bemoeilijkt of onmogelijk maakt.

In Vlaanderen bestaat dit zorgaanbod momenteel niet, in tegenstelling tot Nederland, de VS en vele andere landen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om MPU's op te richten in de Vlaamse algemene en/of universitaire ziekenhuizen, met het oog op een geïntegreerde zorg en een verbetering van de zorgkwaliteit bij matig tot ernstige comorbiditeit, evenals voor de veiligheid van de zorg en de belasting van het zorgpersoneel. Maar er zijn zeker ook bedenkingen, aandachtspunten en mogelijke bezwaren, met bijgevolg zowel argumenten pro als contra de oprichting van MPU's. De doelstelling van dit discussieforum is dan ook om (na een algemene inleiding en situering) op een interactieve en systematische wijze standpunten en meningen uit te wisselen, met het oog op de inname van een genuanceerd standpunt en de formulering van een advies aangaande de rol van de MPU en de noodzaak tot de implementatie ervan in Vlaamse ziekenhuizen.

Deze topic en controversie past tot slot goed in het thema van het congres: verbindende en gastvrije zorg in het ziekenhuis, op zoek naar kamers van psychisch lijden, in dit geval bij comorbide ziekte.

DISCUSSIE D02 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Inkanteling van de verslavingzorg in de GGZ, quo vadis?**

Moderator:

Peter Joostens, *Psychater, Alexianen Zorggroep Tienen, voorzitter VVP-sectie verslavingspsychiatrie*

Discussianten:

Jasper Janssens, *Master, Teamcoördinator Alcohol- en drughulpverlening, Vlaams Expertisecentrum alcohol – en andere drugs, Schaarbeek*

Wouter Vanderplasschen, *Vakgroepvoorzitter en hoofddocent orthopedagogiek Ugent*

Filip Hermans, *Ervaringsdeskundige LEF (Limburgs Ervaringsdeskundigen Forum) en ZOL Genk PAAZ/TEPSI*

Frieda Matthys, *Voorzitter Psyche, em. Docent psychiatrie VUB, gewezen voorzitter VAD en VVP*

Geert Vanham, *Directeur Integra Limburg*

Verslavingszorg is sinds 2019 een Vlaamse bevoegdheid geworden en hierbij ingekanteld binnen de bredere geestelijke gezondheidszorg. In 2016 werd in de conceptnota verslavingszorg van de Vlaamse overheid onder meer de volgende doelstelling vooropgesteld:

“Deze beweging sluit aan bij de erkenning van verslaving als een psychiatrische aandoening met biologische en psychosociale componenten en moet toelaten om te komen tot meer flexibele zorgtrajecten, meer zorg op maat, en meer zorgcontinuïteit voor mensen met een verslaving, die daarenboven vaak nog kampen met andere psychische stoornissen.”

Binnen deze discussie willen we kijken waar we 5 jaar later staan. Kunnen we hierbij spreken van een succesvolle inkanteling? Is er concrete verandering voelbaar bij zowel de verslavingszorg als bij de andere actoren binnen de GGZ. Waar willen we nog verder naartoe? Met andere woorden: heeft deze inkanteling bijgedragen aan verbindende en gastvrije zorg voor mensen met een verslaving? Stellingen kunnen enerzijds worden opgebouwd rond de actiepunten die de Vlaamse regering vooropstelde bij de bevoegdheidsoverdracht en anderzijds via signalen uit het werkveld. Een stelling zal gepitcht worden, waarna het debat met het publiek kan worden aangegaan. Eventueel kan ook via stemming met smartphone gewerkt worden. Mogelijke stellingen:

- Illegale drugs horen niet thuis in een psychiatrisch ziekenhuis
- Verslaving verdient een meer categoriale benadering als het op hulpverlening aankomt, gespecialiseerde hulp is hier op zijn plaats

DISCUSSIE D03 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Hoe lokale georganiseerd, hoe toegankelijker het aanbod**

Moderator:

Lieve Schoofs, docent opleiding Ergotherapie Thomas More Geel

Discussianten:

Maaïke Boonstra, Stafmedewerker Netwerk GGZ Kempen, voormalige coördinator HerstelAcademie Kempen

Bart Buyens, Ervaringsdeskundige stafmedewerker Netwerk GGZ Kempen, voormalige coördinator HerstelAcademie Kempen

Mieke Le Blon, Ervaringsdeskundige coördinator HerstelAcademie Kempen

Sanne Van Looveren, Coördinator HerstelAcademie Kempen

HerstelAcademie Kempen streeft naar een lokale inbedding en een evenwichtige spreiding van haar aanbod. Het beoogde resultaat is een lokaal, laagdrempelig en toegankelijk aanbod te kunnen bieden vanuit een intersectorale samenwerking en in afstemming met het aanbod van partnerorganisaties. Hiermee willen we elke burger de kans geven om aansluiting te vinden bij het aanbod, bij te dragen aan participatie in de lokale gemeenschap, het doorbreken van stigma, kennismaking met de eigen buurt, ... om het aanbod dichterbij de burger te brengen, is samenwerking met lokale organisaties noodzakelijk, dit maakt het mogelijk om in te spelen op de noden en aanvullend te werken op het aanbod dat er reeds geboden wordt vanuit verschillende organisaties. Daarnaast vergroot dit ook de toegankelijkheid van het aanbod; hulpverleners kunnen een eerste keer mee de stap zetten naar het aanbod, cursussen worden dicht bij huis georganiseerd, men leert mogelijks een nieuwe omgeving met overig laagdrempelig aanbod in de eigen buurt kennen, ... Dit alles draagt bij tot het uitbouwen van een persoonlijk netwerk, lotgenotencontact, uit het isolement treden en het ontwikkelen van vaardigheden. We gaan graag samen in discussie adhv de volgende stellingen: 'Hoe lokaler georganiseerd, hoe toegankelijker het aanbod', 'Stigma rond verslaving, maakt dat dit aanbod beter niet lokaal georganiseerd wordt', 'Om vraaggericht te werken, is het noodzakelijk de lokale noden te kennen', 'Lokale inbedding vraagt regionale organisatie' en tot slot 'Inspelen op noden is een evidentie'.

DISCUSSIE D04 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ **Burgerbewegingen: partners voor een noodzakelijke innovatie in de GGZ**

Moderator:

Philippe Delespaul, PhD, Hoogleraar Innovatie in de GGZ, Universiteit Maastricht, Maasmechelen

Discussianten:

Marc Craps, Christine Dupont, Joke Claessens.

Er is een massale vraag naar psychische zorg in onze maatschappij. De helft van de bevolking krijgt ooit te kampen met ernstige psychische problemen; dit jaar is dit 1 op 4. De professionele GGZ is niet in staat om deze vraag afdoend te beantwoorden. De overheden zijn zich bewust van het feit dat de zorg voor psychisch lijden in de bevolking zich best afspeelt in het publieke veld van de leefwereld van mensen, in de maatschappij. Maar hoe

zo'n publieke zorg het beste vorm krijgt, is helemaal niet duidelijk. De GGZ is momenteel opgebouwd rond professionele interventies. Vorm geven aan maatschappelijke innovaties is moeilijker. Hart boven Hard is een sociale beweging die werkt rond uiteenlopende thema's voor een inclusieve en duurzame samenleving. Recent richten zich ook op het domein van de zorg. Vorig jaar organiseerde de 'Zorg om Zorg'-werkgroep publieke dialogen met zorgverleners en ervaringsdeskundigen in de ggz. Daaruit resulteerde een visietekst en een petitie. Die wijzen op de nood aan gelijkwaardigheid tussen hulpverleners en zorgzoekers, aan toegankelijke zorg voor iedereen, en aan zorg voor de context (familie, vrienden, buurt, werkplek) van mensen die het psychisch moeilijk hebben. De deelnemers aan deze dialogen hebben niet alleen kritische bedenkingen bij het beleid en de organisatie van de zorg, ze delen ook constructieve ideeën met elkaar over hoe het anders en beter kan. Dit kan niet zonder inzet van professionele expertise. De bedoeling is om verbindingen te stimuleren tussen alle maatschappelijke actoren die bij de zorg voor psychisch welzijn betrokken zijn voor de co-creatie van een gediversifieerd zorglandschap dat op een duurzame manier de actuele noden in de bevolking kan opvangen. Burgerinitiatieven zijn een noodzakelijke factor in een noodzakelijke innovatiebeweging. (co-auteurs: Katrien Rombouts, Joke Claessens, Christine Dupont, Marc Craps)

DISCUSSIE D05 dinsdag 10 september 2024, 09u15 - 10u45

■ **Psychose en trauma bij jongeren, over het bos en de bomen**

Moderator:

Freek Dhooghe, *Klinisch psycholoog, Klinisch psycholoog - psychotherapeut, VRINT UPC KULeuven, Wijgmaal*

Discussianten:

Liesbeth De Coster, *Psychiater-Psychotherapeut, VRINT UPC-KUL Campus Kortenberg*

Jef Lisaerde, *Klinisch psycholoog, Klinisch psycholoog - psychotherapeut, VRINT UPC KULeuven, Leuven*

Ruud van Winkel, *hoogleraar psychiatrie, supervisor Vrint, UPC KU Leuven*

Jeroen Platteau, *ASO Psychiatrie, VRINT UPC KU Leuven, Leuven*

Het is nu reeds een tiental jaar dat er meer en meer bevestigd wordt dat trauma een belangrijke rol speelt bij het veroorzaken en het persisteren van psychose. Helemaal nieuw is dit natuurlijk niet. Maar wat betekent dit voor een psychosewerking? Houden we hier – misschien zonder het expliciet te vermelden – reeds rekening mee? Of is het een uitnodiging om onszelf terug grondig te bevragen? Wat houdt het in om trauma-sensitief te werken? Hoe moeten we trouwens trauma verstaan bij psychose bij jongeren? En wat veroorzaakt het in onze verhouding met jongeren die bij ons in een psychose-begeleiding terecht komen? Onze discutanten werken in het VRINT team. Dit is een mobiel team van het UPC KULeuven dat in Leuven jongeren die voor het eerst met psychotische ervaringen te maken krijgen begeleidt. Vertrekkend vanuit verschillende discussiepunten willen we onze ervaring en het onderzoek van de laatste jaren in dialoog brengen. En dit aan de hand van vijf stellingen, telkens ingeleid door een teamlid.

Stelling 1: psychose en trauma staan volledig los van elkaar.

Stelling 2: psychose bij jongeren voorspelt een lang psychiatrisch traject.

Stelling 3: zorgverleners hebben bijna geen impact op psychose, noch op trauma

Stelling 4: psychose bij jongeren: genetica of sociale factoren?

Stelling 5: raak psychotische belevingen en trauma niet aan.

DISCUSSIE D06 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Kruispunten: ambitieuze lokale samenwerkingsverbanden die inzetten op verregaande ontschotting en laagdrempelige toegang tot GGZ en welzijn**

Moderator:

Helga Peeters, *Netwerkcoördinator GGZ-netwerk SaRA, master in de psychologie*

Discussianten:

Lise Bemelmans, *Master klinische psychologie, Lokale coördinator, Netwerken GG, Maasmechelen*

Katleen Boschmans, *Netwerkcoördinator GGZ-netwerk Emergo*

Hannelore Claesen, *Maatschappelijk werker, coördinator Kruispunt Maasmechelen, CGG Kohesi, Maasmechelen*

Berdien Geys, *Overkoepelend coördinator Kruispunten GGZ netwerk SaRA, bachelor sociaal werk*

Hellen Renders, *Beleidsmedewerker CAW Antwerpen*

Lita De Wachter, *Coördinator Kruispunten Emergo, CAW Boom Mechelen Lier*

Anouschka Schroevers, *Coördinator Volwassenwerking, CGG De Pont Mechelen Boom Lier*

Kruispunten zijn toegankelijke onthaal- en oriëntatiepunt voor burgers (en hun context) die op zoek zijn naar hulp bij psychische en sociale problemen. Het Kruispunt biedt de mogelijkheid om preventief aan de slag te gaan en te komen tot een snelle detectie waar er nood is aan meer gespecialiseerde zorg, indien nodig via een kortdurend traject. Alle hulpverleners hanteren hierbij een brede generalistische blik en werken vanuit een holistische benadering, met integratie van (geestelijke) gezondheid en welzijn. Ze zetten deze expertise in tijdens casusoverleg en hebben een brugfunctie naar hun achterliggende organisatie en sector. Op deze manier vertrekt intersectorale samenwerking meteen vanuit de praktijk en kunnen verwijzingen veel gericht en efficiënter gebeuren.

De Kruispuntwerking binnen GGZ-netwerk SaRA verbinden de breed georiënteerde eerstelijns- en welzijnszorg met meer gespecialiseerde GGZ ondersteuning. Verder ontstaat een effectieve samenwerking en verbinding met de andere sectoren, wordt expertise gedeeld en worden modellen rond “gedeelde en geïntegreerde” zorg eenvoudiger vertaald naar de praktijk. Ze stroomlijnen de zorg volgens de WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health. Het is onze overtuiging dat ze kunnen bijdragen tot minder unmet en overmet need. De Kruispunten is een aanbod dat dicht bij de burger staat, zowel fysiek, administratief en organisatorisch. Deze zorgvorm zien we ingebed in het netwerk waarbij partners hun zorgaanbod op mekaar afstemmen, versnippering van het aanbod actief wordt tegengegaan en een coherent samenwerkingsmodel wordt uitgebouwd ten einde zorgcontinuïteit voor zorgvragers te realiseren.

De Limburgse Kruispunten zijn klein gestart en intussen actief op 13 plekken over de provincie. Het zijn intersectorale partnerschappen uit welzijn, zorg en belendende sectoren. Ze bieden een fysieke plek waar inwoners uit de regio terecht kunnen met hun vragen. Door de bundeling van middelen, ervaring en deskundigheid kan een breed kwaliteitsvol en vraaggericht aanbod gerealiseerd worden ten aanzien van verschillende doelgroepen met diverse ondersteunings- en begeleidingsnoden. Via een goed georganiseerde backoffice garanderen de partners een samenhangend en/of aaneensluitend onthaal- en hulpverlenend aanbod, van basiszorg tot meer specifiek of gespecialiseerd aanbod, zonder dat de cliënt opnieuw onthaal- of intakeprocedures moet doorlopen. Lokaal aanbod wordt in partnerschap ontwikkeld en uitgerold, gebaseerd op de noden, geënt op het Kruispunt. Graag blikken we terug op een boeiend proces van 6 jaar en gaan we in discussie over de vele mogelijkheden die onze Kruispunten bieden, maar ook de vele uitdagingen die zij dagdagelijks trotseren in hun verdere uitbouw.

DISCUSSIE D07 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Organisatie van de spoedeisende en crisis psychiatrie binnen een netwerk gedachte**

Moderator:

Jürgen De Fruyt, *Psychiater, Departementshoofd Psychiatrie-psychosomatiek, AZ Sint-Jan Brugge AV, Brugge*

Discussianten:

Tineke De Moor

Rinaldo Cavatorti

Nationaal en internationaal ziet men een toename van personen met een psychische kwetsbaarheid die de stap zetten naar laagdrempelige hulpverlening, waaronder ook algemene spoedgevallen en crisis diensten. Sinds eind 20ste eeuw zijn (gestuurd vanuit de overheid en op eigen initiatief van ziekenhuizen) nieuwe projecten ontstaan om aan deze groeiende zorgvraag tegemoet te komen en ook in de acute setting een kwaliteitsvolle zorg te bieden. Voorbeelden hiervan zijn de oprichting van psychiatrische spoeddiensten (1993), de oprichting van crisiseenheden voor personen met middelen gerelateerde stoornissen (2002), de introductie van mobiele crisis teams (2010) en meer recent initiatieven m.b.t. de samenwerking tussen deze diensten en diensten voor geïntensifieerde residentiële zorg. Vooral in een betere samenwerking liggen wellicht opportuniteiten om de toenemende zorgvraag te beantwoorden. Ondanks de gemeenschappelijke middelen vanuit de overheid, dient deze samenwerking op lokaal niveau te worden georganiseerd, rekening houdend met de grote verschillen (o.a. context en aanbod) tussen de bestaande netwerken geestelijke gezondheidszorg.

In deze discussie zal de organisatie van de spoedeisende en crisis psychiatrie worden toegelicht aan de hand van verschillende praktijkvoorbeelden (o.a. ZNA Volwassenen Psychiatrie, netwerken RELING en NOWE). Er zal worden stil gestaan bij gedeelde wetenschappelijke evidentie en doelstellingen, lokale invulling hiervan, mogelijke uitdagingen en opportuniteiten. Actieve participatie en deelname aan de discussie van de deelnemers is gewenst.

SYMPOSIUM S01 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Negatieve symptomen van psychose: wat zijn ze en hoe pakken we ze aan?**

Voorzitter: Inez Myin-Germeys, *Doctor, Hoogleraar, KU Leuven, Leuven*

S01.0 Inleiding

Inez Myin-Germeys, Doctor, Hoogleraar, KU Leuven, Leuven

Negatieve symptomen van psychose komen vaak voor en het zijn de symptomen waar mensen het meeste last van hebben. Toch worden ze veel minder onderzocht dan positieve symptomen, en er zijn weinig effectieve behandelingen. Dit symposium richt de aandacht op de negatieve symptomen. Enerzijds stellen we de resultaten van de INTERACT-studie voor, een internationale multi-center trial waarin we een innovatieve interventie, Acceptatie en Commitment therapie in het Dagelijks Leven (ACT-DL) getest hebben bij mensen met een vroege psychose. ACT-DL is een gecombineerde interventie waarbij 8 sessie met een therapeut worden afgewisseld met het oefenen in het dagelijks leven door middel van een app en blijkt een veelbelovende behandeling voor negatieve symptomen. Daarnaast geven wij ook het woord aan mensen die zelf een psychose hebben meegemaakt. De eerste lezing stelt de resultaten van de INTERACT klinische trial voor, waarbij we de effectiviteit van ACT-DL vergelijken met de standaardbehandeling, voor de behandeling van psychotische distress, maar ook van negatieve symptomen en functioneren. In de tweede lezing zoomen we hier wat dieper op in, en zullen we onderzoeken of ACT-DL even effectief is voor iedereen. In de derde lezing nemen we een nog meer gepersonaliseerde aanpak, en onderzoeken we van moment-tot-moment hoe het behandelproces verloopt bij 2 mensen met een hoge versus 2 mensen met een lage anhedonie – een belangrijk negatief symptoom. En ten slotte rapporteren we ons kwalitatief onderzoek naar sociale processen bij de ontwikkeling van psychose.

S01.1 De effectiviteit van Acceptance en Commitment Therapie in het Dagelijks Leven (ACT-DL) bij vroege psychose: de resultaten van de INTERACT studie

Inez Myin-Germeys, Doctor, Hoogleraar, KU Leuven, Leuven

Inleiding: De INTERACT studie had tot doel de werkzaamheid te onderzoeken van Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL), een combinatie van face-to-face therapie met een Ecological Momentary Intervention (EMI), voor het reduceren van psychotische distress.

Methode: Personen in de leeftijd van 15-65 jaar met een klinisch vastgesteld Ultrahoog Risico (UHR) of Eerste Episode van Psychose (FEP) werden willekeurig toegewezen aan treatment as usual (TAU) of de ACT-DL conditie. ACT-DL bestond uit 8 ACT-sessies aangevuld met een EMI-app. De primaire uitkomst was psychotische distress gemeten met de CAARMS na de interventie en bij 6 en 12 maanden follow-up. Secundaire uitkomsten waren functioneren, ernst van de symptomen en momentane psychotische distress.

Resultaten: 148 patiënten werden gerandomiseerd naar ACT-DL (n=71) of TAU (n=77). 115 (78%) leverden primaire uitkomstgegevens bij ten minste één follow-up beoordeling. Er was geen bewijs voor een grotere afname in de primaire uitkomstmaat CAARMS distress bij ACT-DL vergeleken met TAU ($\chi^2(3)=2,36$; $p=0,50$). Echter, van de geteste secundaire uitkomsten verbeterden globaal functioneren ($\chi^2(3)=9,05$; $p=0,033$), en negatieve symptomen ($\chi^2(3)=19,91$; $p<0,001$) in ACT-DL vergeleken met TAU, evenals momentane psychotische distress ($\chi^2(3)=21,56$; $p<0,001$).

Conclusie: Hoewel INTERACT geen significante verbetering aantoonde in de primaire uitkomstmaat van psychotische distress, vonden wij dat ACT-DL kan bijdragen aan een verbetering van negatieve symptomen en functioneren, twee van de moeilijkst te behandelen symptomen bij mensen met psychose.

501.2 Voorspellen van klinische uitkomsten in een blended care interventie voor vroege psychose: Acceptatie- en commitment-therapie in het dagelijks leven (ACT-DL)

Rafaël Bonnier, *Master, PhD student, KU Leuven, Leuven*

Inleiding: Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL) heeft als doel mensen te helpen in de vroege fasen van psychose door ACT-strategieën in hun dagelijkse leven te integreren met behulp van een mobiele applicatie. Dit onderzoek onderzocht of deze interventie voor iedereen op dezelfde manier werkt.

Methode: We onderzochten of demografische gegevens (leeftijd, geslacht & opleidingsniveau), persoonlijkheidskenmerken (extraversie en neuroticisme) en jeugdtrauma van invloed waren op hoe ACT-DL werkte. We includeerden 71 mensen uit de INTERACT studie die ACT-DL gebruikten en onderzochten hoe deze variabelen de effecten van de interventie op klinische uitkomsten zoals psychotische distress, negatieve symptomen, globaal functioneren en psychologische-flexibiliteit beïnvloedde.

Resultaten: We vonden dat een hogere opleiding leidde tot meer verbetering in globaal functioneren in vergelijking met een lagere opleiding. Hogere extraversie toonde minder verbetering in negatieve symptomen en meer verbetering in globaal functioneren vergeleken met lagere extraversie. Hoger neuroticisme toonde meer verbetering in negatieve symptomen, en meer psychologische-flexibiliteit.

Conclusie: De conclusie van dit onderzoek is dat ACT-DL mensen met een vroege psychose helpt, maar dat het voor iedereen anders werkt en dat bepaalde eigenschappen kunnen voorspellen wie meer baat heeft bij het gebruik van ACT-DL. Deze resultaten ondersteunen het belang van interindividuele variabelen voor de therapie-uitkomsten, en tonen dat er meer onderzoek nodig is om echte gepersonaliseerde behandelingen te kunnen bieden in de geestelijke gezondheidszorg

501.3 De invloed van anhedonie op therapeutische verandering in de INTERACT studie: Een idiografische benadering

Joann Beames, *Doctor, Post doctoraal onderzoeker KU Leuven, Leuven*

Anhedonie, het onvermogen om plezier te anticiperen en te ervaren, is een opvallend transdiagnostisch kenmerk bij psychiatrische stoornissen, waaronder psychose. Het gebrek

aan plezierige emotionele ervaringen wordt geassocieerd met afwijkingen in beloningsprocessen. Acceptatie- en commitmenttherapie (ACT) is een veelbelovende aanpak voor het verlichten van anhedonie, omdat het zich richt op deze afwijkingen in de beloningsgerelateerde ervaringen (bijv. Leven volgens je waarden). ACT in het dagelijks leven (ACT-DL) combineert 8 therapie sessies met een therapeut met een Ecological Momentary Intervention via een app. Hoewel we uit de INTERACT studie weten dat ACT-DL op groepsniveau negatieve symptomen (zoals anhedonie) verlicht en dat bepaalde groepen van mensen (bv hoogopgeleiden) meer baat hebben bij ACT-DL, hebben we nog niet in detail onderzocht hoe de therapeutische effecten van ACT-DL eruitzien voor specifieke individuen. Dit onderzoek richt zich op dit hiaat in de literatuur door veranderingen van moment-tot-moment te onderzoeken voor individuen (N=4) met verschillende niveaus van anhedonie. Voorlopige data-analyses wijzen op individuele veranderingen in de dynamiek van positief en negatief affect, stressgevoeligheid, beloningsgevoeligheid en vooruitkijken naar de toekomst van baseline tot post en van post tot 6 maanden follow-up. Verder verschillen de patronen van therapeutische respons tussen individuen met hoge versus lage anhedonie. Bevindingen uit dit idiografische onderzoek dragen bij aan recente ontwikkelingen in de precisiegeneeskunde en bieden nieuwe perspectieven over de effectiviteit van ACT-DL voor mensen met en zonder anhedonie.

501.4 Sociale disconnectie in psychose: een kwalitatief perspectief

Akcaoglu Zeynep, Master, PhD student, KU Leuven, Leuven

Inleiding: Onderzoek wijst in stijgende mate op het belang van sociale connectie, of een tekort daaraan, voor psychose ontwikkeling. Problemen met sociale connectie vormen een belangrijk element bij negatieve symptomen. Het perspectief van mensen met een psychose zelf wordt echter vaak niet bevraagd. Bovendien bestaat er tot heden geen overkoepelend narratief over de rol van sociale processen doorheen verschillende fasen van psychose. De huidige studie tracht aldus te exploreren hoe mensen met een psychotische stoornis veranderingen in hun sociaal leven ervaren doorheen de ontwikkeling van hun diagnose.

Methode: We voerden twee focusgroepen uit met individuen gediagnosticeerd met een psychotische stoornis (N=8). De data werd geanalyseerd a.d.h.v. Interpretatieve Fenomenologische Analyse.

Resultaten: Participanten zagen sociale processen als inherent gerelateerd aan de ontwikkeling van psychotische symptomen. Sociale risicofactoren overlaptten grotendeels met bevindingen uit kwantitatieve studies. Sociale contacten vielen vaak uiteen tijdens de ontwikkeling van klachten omwille van toenemende sociale disfunctie en stigma rond symptomen. Toch werden relaties als gunstig gezien voor stabilisatie; ze bevorderden identiteitsontwikkeling, acceptatie van en aanpassing aan de stoornis en vergrootten levenstevredenheid. Participanten beschreven ook het potentieel van interpersoonlijke banden om te gronden of verankeren wanneer de realiteit verwrongen of overweldigend lijkt.

Conclusie: Sociale connectie lijkt cruciaal doorheen alle fasen van psychoseontwikkeling, zowel in termen van etiologie als stabilisatie.

SYMPOSIUM S02 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **De public mental health monitor van Zorgnet-Icuro**

Voorzitter: Yves Wuyts, Dhr., directeur GGZ Zorgnet-Icuro, Brussel

S02.0 Inleiding

Yves Wuyts, Dhr., directeur GGZ Zorgnet-Icuro, Brussel

S02.1 De public mental health monitor van Zorgnet-Icuro: achtergronden en doelstellingen

Gorik Kaesemans, adviseur GGZ Zorgnet-Icuro, Brussel

In 2021 publiceerde Zorgnet-Icuro De mythes voorbij. In deze brochure voerden we een sterk pleidooi om bij de hervorming en versterking van de geestelijke gezondheidszorg niet blind alle kanten op te varen met buikgevoel en hardnekkige mythes als kompas. Beleidskeuzes moeten gebaseerd zijn op een wetenschappelijke benadering vanuit het public health perspectief. Sinds midden 2022 financiert Zorgnet-Icuro een interuniversitaire leerstoel voor de duur van drie jaar. Vier academici uit vier verschillende universiteiten bundelen daarbij hun krachten om te komen tot een onderbouwde cijfervuurtoren, een Public Mental Health Monitor (PMHM) voor Vlaanderen. De monitor wil op een systematische manier epidemiologische data verzamelen over de prevalentie van psychische stoornissen en het zorggebruik bij de bredere bevolking. Momenteel zijn de eerste data voor Vlaanderen beschikbaar (N~6400). De monitor wil hiermee een stuk verder gaan dan de gegevens die nu beschikbaar zijn en een gedetailleerd beeld geven over met en unmet need, mogelijkheden tot vroegbehandeling, de effecten van kwetsbaarheid rond psychische stoornissen en suïcidaliteit. De monitor is dan ook een opstap naar wat we populatiemonitoring noemen, een tool die ons als maatschappij en als netwerk ggz de weg wijst naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Deze monitor wil dan ook de ambitie hebben om de verantwoordelijken van de netwerken GGZ te ondersteunen in het maken van maatschappelijke keuzen: hoe kunnen we de beschikbare middelen zo goed mogelijk inzetten ten bate van de bevolking van het werkingsgebied?

S02.2 Prevalentie van psychische stoornissen in Vlaanderen in de 21ste eeuw: epidemiologische uitdagingen voor heden en toekomst

Ronny Bruffaerts, Prof. Dr., professor, UPC KULEUVEN, Leuven

De pandemie heeft aangetoond dat psychische problemen vaak voorkomend zijn. Ondanks de veelheid van publicaties rond psychische problemen tijdens de pandemie weten we niet goed welke de proportie is van de bevolking in Vlaanderen dat effectief beantwoordt aan de criteria van een psychische stoornis. In deze lezing geven we een algemeen idee van de data van de PMHM voor Vlaanderen, zowel gefocust op de prevalentie van stoornissen (i.c. stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelgebonden stoornissen en externaliserende en impulsgerelateerde stoornissen), de ontstaansleeftijden van deze aandoeningen (wanneer starten de verschillende klassen stoornissen; welke zijn vroeg- en later ontstane stoornissen) en de mate waarin de stoornissen effectief worden behandeld. We sluiten af met een paar beleidsimplicaties voor korte en lange termijn

S02.3 Effecten van behandeling van psychische stoornissen in de pubertijd op de ontwikkeling van psychische stoornissen later in het leven

Kris Van Den Broeck, Prof. Dr., professor, Universiteit Antwerpen, Psyche, Gent

Zowel vanuit een public health perspectief als vanuit de logica van de hervormingen van de ggz is het van cruciaal belang dat de vraag wordt gesteld in welke mate de ontwikkeling van depressie kan worden beïnvloed. Depressie is een vaak voorkomende aandoening met een hoge psychiatrische comorbiditeit én een enorme persoonlijke, relationele en maatschappelijke impact (zoals absentieïsme). Depressie ontwikkelt zich in de levensloop vaak na een angststoornis. De PMHM geeft ons de mogelijkheid om te onderzoeken welke proportie van volwassenen met een depressie ooit een angststoornis hebben gehad, en welke potentiële effecten de behandeling van de eerdere angststoornis heeft gehad op de verdere ontwikkeling van depressie. De resultaten tonen dat (1) een persoon met een behandelde (vs. niet-behandelde) angststoornis in de puberteit significant minder kans heeft op de ontwikkeling van een depressie later, en (2) er geen verschil is in de ernst van depressie die zich ontwikkelt na al dan niet behandelde angststoornis. We sluiten de lezing af met een aantal reflecties rond mogelijke effecten van vroegbehandeling voor de klinische Praxis en maatschappij

S02.4 Socio-economische kwetsbaarheid en psychische stoornissen in Vlaanderen

Mark Leys, Prof. Dr., professor, Vrije Universiteit, Brussel

In een public health-visie op geestelijke gezondheid staat ook het raakvlak tussen socio-economische status (SES) en psychische stoornissen centraal. SES is een cruciale factor die de prevalentie, ernst en uitkomsten van psychische stoornissen op populatieniveau beïnvloedt. Er bestaat een complexe wisselwerking tussen economische omstandigheden, sociale status, welzijn en mentaal welbevinden. SES beïnvloedt de toegang tot gezondheidszorg en mogelijkheden tot behandeling. Personen met financiële problemen kunnen ook te maken krijgen met verhoogde stress, door werkloosheid of preciaire werksituatie, door slechte woon- en leefomstandigheden. Mental health literacy speelt ook een rol. De interactie tussen SES en stigma rond geestelijke gezondheid kan onder andere het zoeken naar professionele zorg remmen of uitstellen. Vanuit gegevens van de PMHM (N~6400) willen we deze complexiteit illustreren en kwantificeren hoe psychische aandoeningen en zorggebruik (inclusief uitstel van behandeling) samenhangen met gender, leeftijd en SES-factoren zoals werkloosheid, lage opleidingsgraad, financiële moeilijkheden, alleenstaand statuut en sociale steun

S02.5 Suïcidaliteit en psychische aandoeningen in de Vlaamse bevolking: prevalentie, ontstaansleeftijden en ontwikkelingstrajecten

Gwendolyn Portzky, Prof. Dr., professor, UGENT

De pandemie heeft veel aandacht gegenereerd voor suïcidaliteit (zowel suïcide-ideatie, -plannen en -pogingen); het is onderhand geweten dat de prevalentie in algemene populaties hoger is dan pakweg twintig jaar geleden. Ondanks de veelheid van publicaties rond suïcidaliteit tijdens en na de pandemie weten we anno 2023 eigenlijk nog niet veel over de

effectieve leeftijden waarop suïcidaliteit ontstaat, de associatie met de verschillende klassen psychische stoornissen, of de transities binnen het suïcidaliteitsspectrum (i.c. welk is de proportie van personen met suïcide-ideatie dat snel de transitie maakt naar suïcideplannen en/of -pogingen). In deze lezing geven we een algemeen overzicht van recente gegevens rond suïcidaliteit van de PMHM voor Vlaanderen, zowel gefocust op de prevalentie ervan bij psychische stoornissen (i.c. stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelgebonden stoornissen en externaliserende en impulsgerelateerde stoornissen), ontstaansleeftijden van suïcidaliteit en specifieke trajecten van snel, matig en traag-ontwikkellende suïcidaliteit bij volwassenen in Vlaanderen

502.6 DIZ²: de inschatting van zorgnood op populatieniveau

Koen Demuynck, *Netwerkoördinator, GGZ-NETWERK KWADRAAT, Roeselare*

In de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg is populatiemanagement cruciaal omdat het een indicatie geeft van het aantal ggz-aanmeldingen in een bepaalde regio. Het is op Vlaams netwerkniveau echter niet gekend welke de grootteorde is van het aantal en de aard van meldingen voor behandeling. Vanuit het project "Data-in-zicht (voor Kwadraat)" (DIZ²-project) kwantificeerden we alle ggz-aanmeldingen in Kwadraat | netwerk geestelijke gezondheid Midden-West-Vlaanderen en dit met betrekking tot onder andere de aanmeldingssymptomatologie, de plaats van melding en de wachttijd tussen melding en effectieve start van behandeling. Alle inkomende meldingen (leeftijd 18+) binnen het Netwerk Kwadraat (met een doelpopulatie van 285,013 volwassenen) werden geteld tussen 15 november en 15 december 2022 (i.c. een census-maand). Gedurende de census-maand werden 848 meldingen geregistreerd, 33% gebeurde omwille van stemmingsproblemen, 25% voor middelengebruik en 13% voor suïcidaal en niet-suïcidaal zelfverwendend gedrag. Gesimuleerd op jaarbasis betekent dit dat er ongeveer 10.100 meldingen zijn voor ggz op een populatie van 285.000 volwassenen, of 3.5% van de algemene populatie 18+. We sluiten de presentatie af met een aantal beleidsperspectieven op korte en lange termijn

SYMPOSIUM S03 dinsdag 10 september 2024, 11u30 - 13u00

■ Hoe psycho-educatie integreren in de hedendaagse verslavingszorg?

Voorzitter: Joke Claessens, *Klinisch Psycholoog VAD stafmedewerker, VAD, Brussel*

503.0 Inleiding

Spreker(s):

503.1 Psycho-educatie op maat van cliënten en naastbetrokkenen werkt herstelbevorderend

Pieter Impe, *Gedragstherapeut, Psycholoog, Therapeutisch verantwoordelijke- Kasteelplus (Alcohol- en Medicatie Unit), Karus, Sint-Denijs-Westrem*

Een belangrijk doel van psycho-educatie is cliënten maar ook hun naasten een genuanceerder en correcter beeld van (ontstaan van) verslaving te geven. Problemen bij middelenaf-

hankelijkheid zijn complex. De verschillende factoren die het ontstaan, de ontwikkeling en de gevolgen van de verslaving bepalen, situeren zich op het biologische, psychologische of sociale domein en zijn onderling sterk verweven (biopsychosociaal model). De laatste jaren wordt dit model aangevuld met het hersenziektemodel (dual-procesmodel), dat ervan uit gaat dat middelenafhankelijkheid te maken heeft met verstoring van zowel de gecontroleerde/bewuste als van de automatische processen in de hersen. Goede informatie leidt tot meer begrip. Als hulpverlener is het zoeken naar een evenwicht tussen “ontschuldigen” en de cliënt te empoweren om tot een verandering te komen. Psycho-educatie gebeurt op maat van de cliënt en zijn naasten. Welke info heeft je cliënt juist nodig? Wanneer psycho-educatie in groep gebeurt, moet je rekening houden met de individuele noden.

S03.2 Wat is de rol van ervaringsdeskundigen?

Wim Govaerts, Ervaringsdeskundige Karus, Sint-Denijs-Westrem

Hoe ervaren cliënten en naastbetrokkenen het krijgen van info? Welke rol hebben ervaringsdeskundigen als het gaat over cliënten te informeren. Moeten we bij het geven van informatie streven naar een co-creatie tussen professionelen en ervaringsdeskundigen?

S03.3 Wat betreft het geven van psycho-educatie in een laagdrempig setting als een MSOC?

Fabienne Vandenstein, Psycholoog, Psycholoog project KDO (Kinderen en Druggebruikende Ouders), MSOC Gent, Gent

Het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) biedt laagdrempelige en ambulante hulp aan mensen die illegale drugs gebruiken.

De behandelingsprogramma's focussen op medische en/of psychosociale begeleiding en/of advies. Het doel is de lichamelijke, psychische en sociale situatie van gebruikers en hun omgeving te verbeteren, en het druggebruik uiteindelijk te beperken of te stoppen. In een MSOC hecht men er veel belang aan om dat in het tempo van de cliënten te doen, vanuit een motiverende aanpak. Het is de bedoeling hun kansen en mogelijkheden zoveel mogelijk te versterken. Psycho-educatie binnen een MSOC ligt in de lijn van die visie. De uitdagingen zijn vooral op maat van de cliënt en zijn omgeving begrijpbare informatie geven.

S03.4 Een voorstelling van psycho-educatieve materialen bruikbaar in verslavingszorg en GGZ

Gilles Geeraerts, Psychiatrisch verpleegkundige - criminoloog, stafmedewerker VAD, VAD, Brussel

VAD ontwikkelde samen met hulpverleners werkzaam in de verslavingszorg de voorbije jaren psycho-educatieve materialen om hulpverleners te ondersteunen. Dit gaat van materialen die breed ingezet kunnen worden (bv. MMM – model, Drugs in de hersenen,...) tot materialen voor specifieke doelgroepen. We zoomen oa. in op de brochure “Waarom is een verslaving moeilijk te doorbreken?” voor cliënten met een verslaving alsook hun naastbetrokkenen. Het doel van het werkboekje is dat cliënten meer (in)zicht krijgen hoe gewoontegedrag en verslaving tot stand komen. Het helpt hen ook om terugval te begrijpen en dat gedragsverandering niet zo eenvoudig is.

SYMPOSIUM S04 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

- **Nabije zorg: mobiele geestelijke gezondheidszorg aan (jong) volwassenen met een verstandelijke beperking**

Voorzitter: Filip Morisse, *Medewerker outreach, PC Dr. Guislain, Gent*

S04.0 Inleiding en situering

Filip Morisse, *Medewerker outreach, idem, Gent*

De mobiel-outreachinge werking voor personen met een verstandelijke beperking is al een tijdje uit de kinderschoenen. In dit symposium wordt verslag uitgebracht van 'blijvers' (een benadering op basis van de emotionele ontwikkeling, de zgn. binnenkant van cliënten) en een atypisch vertalen van de klassieke diagnostische kaders van psychopathologie naar de doelgroep. Maar ook innovatieve en verbindende toepassingen tussen verschillende sectoren, zoals kwartiermaken en aanklampende ondersteuning van de zogenaamde niet gemotiveerde personen in de transitieleeftijd, worden gepresenteerd.

S04.1 Psychopathologie bij (jong)volwassenen met een verstandelijke beperking: hoe kijken we naar deze atypische symptomatologie?

Leen De Neve, *Coördinator outreach, idem, Gent*

Alle psychiatrische aandoeningen komen ook voor bij personen met een verstandelijke beperking. Samen met gedragsproblemen komen deze 'geestelijke gezondheidsproblemen' voor bij 1 op 2 à 3 van deze populatie. De uiting van deze problemen is echter zeer atypisch en zelden te vergelijken met de symptomatologie van de 'gewone' populatie. Zo uiten depressies zich bv. eerder in externaliserend gedrag als agressie en zelfverwonding. Dit vraagt een geoefend oog van de clinicus en vooral het 'lezen' van gedrag.

S04.2 Van een psychiatrische diagnose naar een dynamische hypothese over het emotioneel ontwikkelingsniveau

Suzan Laureys, *Medewerker outreach, Gent*

Katrien Van Lierde, *Medewerker outreach, Gent*

Het begeleiden van cliënten met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische problemen vormt een uitdaging voor teams. Deze cliënten vertonen dikwijls gedrag dat als 'lastig' wordt beschouwd, zoals bijvoorbeeld agressie, zelfverwonding, spanning, stress, aanklampend gedrag, dwanghandelingen en splitting. Dit gedrag roept vaak gevoelens van machteloosheid, verwarring, boosheid en teleurstelling op bij medewerkers. In dit symposium onderzoeken we de functie en boodschap achter dit gedrag, evenals de onderliggende gevoelens bij de cliënt. We benaderen het gedrag vanuit een ontwikkelingsdynamische invalshoek, gebaseerd op het model van A. Došen. Aan de hand van concrete casussen bekijken we de ondersteuningsbehoeften van de cliënt en bieden we voorbeelden van hoe we als ondersteunend team kunnen afstemmen op de behoeften van de cliënt.

S04.3 **Kwartiermakend hulpverleners bij volwassenen met een beperking en interneringsstatuut: een intersectorale samenwerking tussen GGZ en de zorg aan personen met een beperking**

Stéphanie Du Bois, Kwartiermakend hulpverlener, Voluit vzw, Evergem

Binnen het project Kwartiermakend Hulpverleners begeleiden we cliënten met een interneringsstatuut en een complexe problematiek (hechtingsproblemen, licht verstandelijke beperking en/of autisme). We begeleiden deze cliënten mobiel/ambulant vanuit hun thuis-situatie en context binnen een langdurig proces, waarbij we de omgeving waar mogelijk betrekken en mee het pad effenen naar locaties, diensten en voorzieningen die aansluiten bij de behoeften van de cliënten. We zien dat deze mensen vaak overal uit de boot vallen, maar tegelijk nood hebben aan aanklampende zorg, zeker na een (lange) periode van detentie, of opname in high of medium-security. De overgang naar zelfstandig wonen is vaak heel groot en het vertrouwen in hulpverlening bij de cliënt vaak laag. We gaan dieper in op hefbomen en valkuilen en illustreren dit verhaal aan de hand van de lopende begeleidingen.

S04.4 **Geestelijke gezondheidszorg aan jongeren met een verstandelijke beperking in de transitieleeftijd: een intersectorale proeftuin van aanklampende zorg**

Steve De Vlieger, Proeftuinmedewerker, PC Dr. Guislain, Gent

De proeftuin Transitieleeftijd is een intersectoraal samengesteld team van medewerkers uit psychiatrische ziekenhuizen, forensische jongerenwerking, het JAC en het CGG. Vanuit die samenwerking en gevoed door de eigen expertise van de medewerkers proberen we jongvolwassenen met complexe geestelijke gezondheidsnoden, waarbij de bestaande hulpverlening geen antwoord kan of kon bieden en die zich daardoor zorgmijndend opstellen, opnieuw te bereiken. Door aanklampend aanwezig te zijn in de leefwereld van de jongere en in te zetten op het opbouwen van een vertrouwensrelatie proberen we op hun tempo terug de stap te zetten richting gepaste hulpverlening. Dit wordt toegelicht aan de hand van ervaringen uit de lopende casuïstiek.

SYMPOSIUM S05 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Opgroeien in bijzondere omstandigheden: het belang van veerkrachtondersteuners**

Voorzitter: Katleen Hoing, Beleidsmedewerker KOPP, Familieplatform, Berchem

S05.0 **Inleiding**

Katleen Hoing, Beleidsmedewerker KOPP, Familieplatform, Berchem

Vlaanderen telt jaarlijks 378000 Kinderen van ouders met psychische of afhankelijkheidsproblemen (KOPP en KOAP). Familieplatform maakt er een zaak van om hulpverleners te voorzien van informatie, tools en materialen om met deze doelgroep aan de slag te gaan, en dat alles op een wetenschappelijk onderbouwde manier. Daartoe werden in 2023 zowel het boek 'KOPP op stellen' gepubliceerd, als een systematische review over protectieve factoren bij KOPP. Verder werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de noden van volwas-

sen KOPP-kinderen en is er een Overhoop-project lopende waarin de kennis over KOPP handen en voeten krijgt in de dagelijkse praktijk van een eerstelijnszone. In deze bijdrage stellen we onderzoek, publicaties en concrete uitwerking in de praktijk graag aan u voor.

505.1 KOPP op stellen: hoe ondersteun je kinderen van ouders met psychische problemen

Katleen Hoing, Beleidsmedewerker KOPP, Familieplatform, Berchem

Kinderen van ouders met psychische of afhankelijkheidsproblemen (KOPP- en KOAP-kinderen) vormen een vaak onzichtbare groep. Ook al is KOPP geen diagnose, toch zegt het iets over de moeilijke omstandigheden waarin deze kinderen soms opgroeien. Familieplatform draagt op verschillende manieren kennis uit over dit thema. Onder andere via het boek KOPP op stellen dat in 2023 werd gepubliceerd. Het boek schenkt KOPP-kinderen de aandacht die ze verdienen en nodig hebben. Tegelijk belicht het de kwetsbare situatie van ouders, die soms hun laatste beetje energie in de strijd gooien om hun ouderrol te blijven opnemen terwijl ze te kampen hebben met psychische problemen. Het is een verhaal van ondersteuning, openheid, samen zoeken, warme waakzaamheid, hoop en vooral veerkracht. Een onmisbare gids voor hulpverleners en iedereen die met KOPP-kinderen en/of ouders aan de slag gaat. In deze bijdrage lichten we de verschillende thema's van het boek toe en geven we hulpverleners 'goesting' én houvast om een steentje bij te dragen aan het welzijn en de veerkracht van deze kinderen.

505.2 Een systematische review naar veerkrachtondersteuners bij KOPP

Elke Van Lierde, Dr., Beleidsmedewerker Wetenschap & Kwaliteit, Familieplatform, Berchem

Marieke Van Schoors, Dr., Beleidsmedewerker Zorgorganisaties & Wetenschap, Familieplatform, Berchem

Ongeveer 20% van alle kinderen groeit wereldwijd op met ten minste één psychisch kwetsbare ouder. Dit heeft een grote impact op het welbevinden en functioneren van deze kinderen: zij hebben een verhoogd risico op eigen (cognitieve, emotionele en/of gedragsmatige) moeilijkheden. Toch zien we dat een groep van kinderen, ondanks de uitdagingen waar zij mee geconfronteerd worden, het wél goed doen en veerkracht tonen. Om een antwoord te vinden op de vraag "Waarom ervaren sommige KOPP-kinderen minder moeilijkheden dan andere KOPP-kinderen?" doken we in de literatuur. Aan de hand van een systematische review brachten we deze protectieve factoren in kaart (Van Schoors et al., 2023 – Frontiers). Evidentie werd gevonden voor volgende factoren: Informatie, Steun, Gezinsfunctioneren en verbondenheid, Coping en Ouderschap. In deze bijdrage geven we inzicht in de methodiek van de systematische review en bespreken we de resultaten. We maken tenslotte tijd om de resultaten te linken aan de klinische praktijk, en geven enkele aanbevelingen mee.

S05.3 De noden van volwassenen met een KOPP-achtergrond belicht: een kwalitatief onderzoek

Marieke Van Schoors, Dr., Beleidsmedewerker Zorgorganisaties & Wetenschap, Familieplatform, Berchem

Elke Van Lierde, Dr., Beleidsmedewerker Wetenschap & Kwaliteit, Familieplatform, Berchem

Niet alleen KOPP-kinderen, maar ook volwassenen met een KOPP-achtergrond ervaren een impact van de psychische kwetsbaarheid van hun ouder(s). Literatuur toont aan dat opgroeien met een psychisch kwetsbare ouder verband houdt met een verhoogd risico op psychopathologie in de volwassenheid, suïcidaliteit, verslaving en mortaliteit. Om volwassenen met een KOPP-achtergrond beter te (kunnen) ondersteunen, deed Familieplatform een onderzoek naar de noden die bij deze doelgroep aanwezig zijn in hun volwassen leven. Elf vrouwen (18-30 jaar) namen deel aan een interview, en vertelden over de impact die zij momenteel ervaren, alsook de ondersteuningsnoden die zij – in hun volwassenheid – voelen. Vier grote thema's kwamen naar voor: de nood aan erkenning, de nood aan (blijvende) ondersteuning, de nood om het zelf anders aan te pakken en de nood aan een voorspelbare ouder-kind relatie. Tijdens deze bijdrage gaan we dieper in op de ondersteuningsnoden van volwassenen met een KOPP-achtergrond, en leggen we de link met de praktijk. We delen good practices en geven aanbevelingen om in het klinisch handelen (ook) aandacht te hebben voor volwassenen met een KOPP-achtergrond.

S05.4 OverHoop Project: Ondersteunen van eerstelijnsprofessionals in het versterken van veerkracht bij kinderen en jongeren in bijzondere omstandigheden

Leen Van Vlierberghe, Dr., Beleidsmedewerker Zorgorganisaties & Wetenschap, Familieplatform, Berchem

Katleen Hoing, Beleidsmedewerker KOPP, Familieplatform, Berchem

De kennis en expertise die we binnen Familieplatform over KOPP/KOAP ontwikkelen, zetten we momenteel volop in bij de uitvoering van het OverHoop project, dat eind december '23 van start ging. OverHoop is een initiatief van de Koning Boudewijnstichting dat in opdracht van de Vlaamse Overheid via 11 pilootprojecten eerstelijnsactoren houvast wil bieden in het werken met kinderen en jongeren die stressvolle gebeurtenissen meemaken. Net omdat eerstelijnsprofessionals zo dicht bij gezinnen staan, zijn zij de zorgverleners bij uitstek om moeilijke omstandigheden te detecteren en kunnen zij met hun acties een betekenisvol verschil maken voor kinderen, jongeren en hun ouders. Het project, dat wordt uitgerold in Eerstelijnszone Dender, heeft dan ook tot doel om zorgprofessionals bij deze taak gericht te ondersteunen door het voorzien van concrete handvatten en vorming. Het versterken van de veerkracht van kinderen en jongeren staat daarbij centraal, en de Kind- en Familierflex vormen de inhoudelijk richtinggevende kaders. Materiaal (bijvoorbeeld: Veerkrachthelpers) en opleiding die we in de context van KOPP/KOAP ontwikkelden, worden verruimd naar de bredere doelgroep van kinderen en jongeren die moeilijke gebeurtenissen meemaken. We werken in dit project nauw samen met het Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling, en ook het Agentschap Opgroeien en CGG Waas & Dender zijn belangrijke partners. In deze bijdrage schetsen we in detail de achtergrond van het project, lichten we ons actieplan toe en voorzien we een stand van zaken.

SYMPOSIUM S06 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00■ **Gokken, wie wordt er rijk van ?**

Voorzitter: Frieda Matthys, *Psychiater, prof. em., VUB, Antwerpen*

Gokken is explosief toegenomen de laatste tien jaar mede door het internet waardoor iedereen met zijn smartphone een “gokkantoor” op zak heeft. Het is een miljardenindustrie die veel investeert in lobbywerk om de regelgeving en zelfs het onderzoek te beïnvloeden. Gokken heeft ook een positief imago gekregen. Waar het vroeger, hetzij in een groezelige achterafsteeg gebeurde en geassocieerd was met criminaliteit hetzij in de casino's als manier om te pronken met je rijkdom, is het nu een quasi normale, ontspannende, bezigheid geworden, geassocieerd met sport en dus “gezond”. In dit symposium bespreken we de verleidingstechnieken van de industrie evenals de preventieve en therapeutische mogelijkheden.

S06.0 Inleiding

Frieda Matthys, Psychiater, prof. em., VUB,

Zoals bij verslaving aan alcohol of drugs zien we dat het ontstaan van problemen afhangt van een samenspel van Mens-Middel-Milieu. Sommige mensen zijn meer kwetsbaar dan andere. Sommige gokproducten zijn meer verslavend dan andere. De industrie pretendeert bezorgd te zijn om de gokverslaafde, maar stuurt intussen bonussen en gratis kansen om hem weer aan het gokken te krijgen. Jonge mensen komen ermee in contact in de krantenwinkel. Sportliefhebbers worden aangemoedigd om tijdens een sportwedstrijd op de uitslag te gokken, want de beleving zou zo nog intenser worden.

S06.1 Ontstaan en behandelen van gokproblemen

Ronny Willemen, Maatschappelijk werker, Ambulant en online therapeut, Integra Limburg,

Hoe ontstaan gokproblemen? Het is erg menselijk om je directe omgeving te observeren en te proberen om ze te controleren. In contact met een gokspel kan die leermodus echter voor problemen zorgen. Je kan niet leren uit je ervaring hoe je volgende inzet moet zijn. De volksmond zegt wel dat ‘toeval niet bestaat’. Behalve bij kansspelen dan, waar het toeval ongeveer alles bepaalt. De gokoperatoren suggereren intussen wel het tegendeel. Hier meer bewust zicht op krijgen zal een deel vormen van de behandeling.

S06.2 Gokken en sport: een ongemakkelijke waarheid

Bram Constandt, PhD Health Sciences, Prof. sportmanagement, UGent,

Deze bijdrage focust op de normalisering van gokken in de samenleving via sport. Zo wordt een breed, kritisch maatschappelijk perspectief op gokken gehanteerd dat verder gaat dan een loutere blik op individueel gokgedrag en verslaving. Door zich verregaand te linken met sport hebben gokbedrijven (met succes) getracht het positieve, gezonde en hippe imago van sport te transfereren naar hun risicovolle kansspelen. Die marketingstrategie heeft samen met kansspelderegulering en de opkomst van het internet mee gezorgd voor een exploderende gokmarkt en een dominante maatschappelijke visie op gokken die te weinig focust op de risico's. Het doel van deze bijdrage is om op basis van recente wetenschappelijke inzichten meer duiding te geven bij de normalisering van gokken via sport. Hoe draagt sport (indirect) bij tot gokschaad en wat kunnen sportorganisaties doen om gokken te denormaliseren?

S06.3 Wat is effectieve preventie

Frieda Matthys, psychiater, Prof. em. psychiatrie, VUB,

Tot 25 jaar geleden was gokken verboden. Omdat dit leidde tot illegaal gokken, wat helemaal niet te controleren was, heeft de overheid met de kansspelwet van 1999 geprobeerd om het gokken te 'kanaliseren'. Onder invloed van de gokindustrie is gokken geframed als een gezond, spannend tijdverdrijf. Mensen met gokproblemen zijn hier zelf verantwoordelijk voor. De introductie van de term 'verantwoord gokken' versterkte dit idee. Voor de gokoperatoren moet preventie zich enkel richten op de problematische gokkers. Aan het imago van gokken als een leuke bezigheid mag niet geraakt worden. Zo werd in de wetwijziging van 2010 het woord 'gokker' systematisch vervangen door 'speler'. Onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek toont aan dat effectieve preventie bestaat uit structurele maatregelen die de beschikbaarheid, bereikbaarheid en confrontatie met gokproducten vermindert. Gokken is geen probleem van individuen, maar een probleem voor de volksgezondheid.

SYMPOSIUM S07 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Data Capabilities: Delen van informatie tussen zorgvoorzieningen door hergebruik van gezondheidsgegevens**

Voorzitter: Kris Van Den Broeck, Prof., Titularis Fonds PMHA, Universiteit Antwerpen, Wilrijk

S07.0 Inleiding Data Capabilities

Kris Van Den Broeck, Prof., Titularis Fonds PMHA, Universiteit Antwerpen, Wilrijk

Het doel van de 'data capabilities' projecten is de beschikbare data nuttig te maken voor beslissingen binnen de zorgcontext. We willen daarnaast ook aandacht vestigen op het hergebruik van data en aan het proces dat ruwe data zal omzetten in waardevolle informatie. De ondersteunde projecten trachten procesmatig op een duurzame wijze gegevens te verzamelen, beheren en uit te wisselen tussen verschillende ziekenhuizen en/of zorgpartners. Zo kan er toekomstgericht ingezet worden op een netwerkgerichte zorgverlening. Drie projecten binnen de geestelijke gezondheidszorg en kaderend in bovengenoemde oproep Data Capabilities stellen binnen dit symposium hun doelstelling en aanpak voor.

S07.1 iPSYcare: Improved Psychiatric Care And Research

*Heléni De Backer, MSc, Projectcoördinator, UPC Duffel/Karel de Grote Hogeschool,
Klaas Martens, Drs, Projectcoördinator, UPC Duffel/Karel de Grote Hogeschool*

De huidige ggz wordt gekenmerkt door zowel overmet need (tweede- en derdelijnsbehandelingen voor milde problemen) als undermet need (mensen die niet in zorg geraken of niet de juiste zorg krijgen, gegeven de ernst van hun problematiek); beide dragen bij aan inadequate zorg, lange wachttijden en een hoog gebruik van psychofarmaca. Om zorgvragers (liefst tijdig) op de juiste plek te krijgen en de continuïteit van zorg te garanderen, is het belangrijk om de nodige epidemiologische kennis te combineren met een nauwkeurige monitoring van de aangeboden zorg. iPSYcare zet in op dit laatste facet. Door te kijken wie welke zorg (niet) krijgt en welke weg mensen in de zorg afleggen, kunnen we de zorg

optimaliseren / efficiënter maken. iPSYcare kan bijdragen aan het doordacht nemen van belangrijke beslissingen zoals bijvoorbeeld de reconversie van bedden.

iPSYcare is een project waarbij een databank zal ontwikkeld worden met patiëntengegevens vanuit 6 psychiatrische ziekenhuizen in de regio Antwerpen in samenwerking met de Universiteit Antwerpen. Op deze manier wilt de regio het aanbod en de kwaliteit van zorg optimaliseren. Dit kan nog versterkt worden door op termijn het project te verbreden naar de netwerkpartners en evt. ook welzijnsactoren, zodat ook de continuïteit van zorg verbetert. Concrete doelstellingen van iPSYcare zijn: de geboden zorg te analyseren, patiëntenstromen in kaart te brengen en de ontwikkeling van een dynamisch dashboard dat relevante informatie biedt aan de zorgactoren over de geboden zorg en aldus als beleidsondersteunend instrument kan fungeren.

507.2 Naar een Futureproof EPD voor efficiënte data-uitwisseling ter bevordering van de zorgkwaliteit

Tom Broeckmans, Phd, Stafmedewerker patiënten- en bewonerszorg, vzw Organisatie Broeders Van Liefde/OBASI, Gent

In het kader van kwaliteit van zorg te ondersteunen, en rapportering, wil dit project gegevens binnen het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van 11 voorzieningen binnen de vzw Broeders Van Liefde delen. Dit volgens de (inter)nationale FHIR-standaarden en met Snomed CT gecodeerde datasets.

Binnen dit project wordt er gefocused op data die bruikbaar en beschikbaar zijn voor primair gebruik, in het bijzonder voor beslissingen binnen de zorgcontext in en tussen de betrokken ziekenhuizen. In tweede orde kunnen deze gegevens worden gebruikt voor beleids- en/of onderzoeksdoeleinden in en over de betrokken ziekenhuizen heen.

507.3 Benchmarking van zorgprocessen en -uitkomsten in GGZ

*Wouter Voorspoels, Phd MSc, Data Scientist, UPC KU LeuvenUPC KU Leuven, Leuven
Eva Eggers, Phd MSc, Data Scientist, UPC KU LeuvenUPC KU Leuven, Leuven*

Het ontbreekt in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België aan een breed gedragen en gebruiksvriendelijk benchmark platform dat toelaat voor patiëntengroepen naar keuze (e.g., diagnose groepen) een vergelijking te maken over instellingen heen inzake de basiskarakteristieken van de verleende zorg (e.g., verblijfsduur, aantal raadplegingen) in het licht van relevante uitkomstindicatoren (e.g., heropname, mortaliteit, en dat binnen een helder conceptueel kader.

Om werkelijk data gedreven te worden, moet de GGZ stappen zetten naar analogie van tal van initiatieven in de somatische gezondheidszorg (e.g., VZN-KuLeuven-BI platform) om kwalitatief en duurzaam zulke informatie te delen. In dit project willen we met een zo licht mogelijke set van feiten over patiënten, zorgprocessen en outcomes een benchmarking dashboard ontwikkelen dat instellingen toelaat om deze fundamentele karakteristieken van hun werking te vergelijken met andere instellingen.

We hanteren daarbij het kader van de Value-Based-Health-Care invalshoek: Het dashboard moet toelaten om fundamentele zorgkarakteristieken, op een gestandaardiseerde manier vertaald in indicatoren, te bekijken en te vergelijken voor specifieke patiëntengroepen in het licht van een set van uitkomstmaten.

SYMPOSIUM S08 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Aparte zorg, das toch te gek!? Inclusie van verstandelijke beperking in de GGZ**

Voorzitter: Goedele Hoefnagels, Klinisch Orthopedagoog, Zorginhoudelijk coördinator, Multiversum, Mortsel

Op de Knoop en op Vliet, afdelingen binnen Multiversum en Bethanië, bieden we al jaren geestelijke gezondheidszorg aan personen met een verstandelijke beperking. Hier kunnen (jong)volwassenen terecht die mogelijks elders uit de boot vallen door hun cognitieve beperking en hier zorg op maat krijgen. Zo ook in het unieke project voor dubbeldiagnose van de PAAZ in het AZ Sint Maarten. Sinds 2017 is er ook een outreachteam dubbeldiagnose in de provincie Antwerpen, een samenwerkingsverband tussen Multiversum, Bethanië en AZ Sint Maarten. Een mooi voorbeeld van verbinding tussen hulpverleners. En essentieel, we hebben met dit project meer kansen tot verbinding met onze doelgroep. Niet iedereen wil of slaagt erin om in opname te komen. Outreachend kunnen we hen beter bereiken. En ook, niet iedereen hoeft in opname te komen, maar kan misschien de gepaste zorg in zijn eigen context krijgen als er advies geboden wordt aan de hulpverleners en/of het natuurlijk netwerk. Met dit symposium willen we jullie inkijk geven in het continuüm van zorg op maat dat we bieden.

S08.1 Familie en Thuis: Liefst méér dan het meest bekeken programma tijdens een opname!

Isabelle Van Hecke, Psychiater, Diensthofd psychiatrie PAAZ AZ Sint-Maarten, Mechelen
Jolien Verelst, Klinisch psycholoog, Psycholoog/therapeut PAAZ AZ Sint-Maarten, Mechelen

Het uitnodigen en warm ontvangen van naasten tijdens een opname is een nood van patiënt, naasten zelf en hulpverlener. In de geestelijke gezondheidszorg is het initiëren van een zorgtrialoog vaker de uitzondering dan de norm.

We geven je graag inkijk hoe we dit op de PAAZ-afdeling van het AZ Sint-Maarten (te Mechelen) op een laagdrempelige manier vorm geven.

De doelgroep volwassenen met een verstandelijke beperking staan hierin centraal.

We zoomen in op de verbindingen die werden gemaakt en de uitdagingen die we ervaren in deze ontmoetingen.

S08.2 Echt gastvrij in de GGZ? Dat kan als je op je woorden let

Britt Sels, Logopedist, Therapeut, Multiversum, Mortsel

Elise Aerden, Logopedist, Therapeut, Multiversum, Mortsel

Vanuit onze werkervaring willen we kort schetsen hoe vaak onze doelgroep communicatief overvraagd wordt en welke effecten dit kan hebben.

Communicatie omvat zowel de taal als de sociale communicatie. Hoe kunnen we beiden goed afstemmen? Dat is maatwerk, teamwerk en blijvend werk. We gaan dieper in op taalprofielen want taal is ook de verhouding tussen taalbegrip en taalproductie. Met als doel enkele kapstokken mee te geven voor een bejegening op maat van de cliënt.

S08.3 **Het is uitwisselen, het is samenwerken, het is samen zoeken**

Ann Hens, Verpleegkundige, Onadamedewerker, Bethanië Zoersel

Ines Goossens, Maatschappelijk werkster, Outreachmedewerker, Multiversum Mortsel

De doelgroep 'dubbeldiagnose (verstandelijke) beperking en psychiatrische problematiek' valt vaak door de mazen van het net en vraagt om een aanklappende en intersectorale aanpak. We brengen onze good practices vanuit het outreachteam dubbeldiagnose verstandelijke beperking en consulentenwerking Onada.

S08.4 **Samen sterk**

Marleen Schryvers, Maatschappelijk werkster, Coördinator, Multiversum, Mortsel

Wendy Steurs, Logopedist, cliëntcoördinator, ondo, Antwerpen

Sophie Roose, Orthopedagoog, zorgcoördinator, ondo, Antwerpen

Goedele Hoefnagels, Klinisch orthopedagoog, Zorginhoudelijk coördinator, Multiversum, Mortsel

We brengen jullie graag het verhaal van een ijzersterke samenwerking tussen de GGZ en het VAPH.

Ondo, dienst voor ondersteuning binnen het VAPH, begeleidt regelmatig mensen met een dubbeldiagnose verstandelijke beperking / psychische problemen.

Het outreachteam dubbeldiagnose van de provincie Antwerpen, geeft hen hierin advies. Samen dragen we zorg voor mensen die vaak uit de hulpverlening dreigen te vallen door hun complexe problematiek en beperkte hulpvraag, hoewel er een grote zorgnood is. We tonen jullie op basis van een aantal concrete casussen hoe we aanklappende en vasthoudende zorg bieden. Zonder elkaar als partner zou dit niet lukken.

SYMPOSIUM S09 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Emotieregulatie in de spotlight: Transdiagnostische perspectieven op stemmingsstoornissen**

Voorzitter ter plaatse: Rudi De Raedt, Prof. dr., Hoogleraar Klinische Psychologie, Universiteit Gent – Vakgroep Experimenteel-, Klinische en Gezondheidspsychologie, Gent

Voorzitter: Tatjana Gauwloos, PhD Student & Klinisch Psycholoog, CAPRI UAntwerpen/UPC Duffel, Duffel

S09.0 **Inleiding**

Rudi De Raedt, Prof. dr., Hoogleraar Klinische Psychologie, Universiteit Gent – Vakgroep Experimenteel-, Klinische en Gezondheidspsychologie, Gent

Stemmingsstoornissen, waaronder majeure depressie en bipolaire stoornis, behoren tot de meest voorkomende psychische aandoeningen. Het aangepast reguleren van emoties vormt vaak een cruciale uitdaging voor individuen met deze stoornissen. Nochtans is het uitermate belangrijk om, in het licht van moeilijke situaties, emoties te kunnen reguleren. Onderzoek heeft aanzienlijke verbanden aangetoond tussen het vermogen om ongewenste emoties doeltreffend te reguleren en de mentale gezondheid bij vrijwel alle stemmingsstoornissen (Aldao et al., 2016). Opvallend hierbij is dat disfunctionele regulatie van posi-

tieve emoties ook een aanzienlijke rol lijkt te spelen (Gilbert et al., 2013). Emotieregulatie van zowel negatieve als positieve emoties is dus cruciaal voor psychologisch welzijn. Dit symposium werpt een diepgaande blik op emotieregulatie als een transdiagnostische factor bij stemmingsstoornissen. Diverse onderzoeken die emotieregulatie onderzoeken binnen verschillende stemmingsstoornissen worden gepresenteerd, met aandacht voor het reguleren van zowel positieve als negatieve emoties. Het cruciale belang van emotieregulatie bij stemmingsstoornissen wordt hierbij belicht.

509.1 Emotieregulatie ontrafeld: Transdiagnostische Inzichten vanuit het Adaptive Coping with Emotions-model

Jente Depoorter, PhD Student & Klinisch Psycholoog, Universiteit Gent – Vakgroep Experimenteel-, Klinische en Gezondheidspsychologie, Gent

Maladaptieve emotieregulatie wordt vaak gezien als een potentieel verklaringsmechanisme voor majeure depressieve stoornissen. Het belang van adaptieve emotieregulatievaardigheden en hun specifieke rol in majeure depressies is echter minder onderzocht. Het Adaptive Coping with Emotions-model biedt hiervoor een mogelijk kader. Binnen dit model wordt een onderscheid gemaakt tussen vroege (Bewust waarnemen, Herkennen & Benoemen en Analyse van de oorzaken) en latere stadia (Doelgerichte regulatie, Verdragen & Accepteren, Bereidheid tot confrontatie en Emotionele zelfondersteuning) van emotieregulatie. In deze studie werd met behulp van netwerkanalyse emotieregulatienetwerken onderzocht binnen een majeure depressieve groep (N = 160) en een controlegroep (N = 131). De resultaten ondersteunen niet alleen het bestaan van verschillende stadia in emotieregulatie, maar leveren ook bewijs voor emotieregulatie als een transdiagnostisch concept. We belichten de methode en resultaten van dit onderzoek en bespreken vervolgens de implicaties hiervan voor de klinische praktijk.

509.2 Een majeure depressie: wanneer het negatieve in je hoofd, al het positieve dooft. De rol van negatieve en positieve emotieregulatiestrategieën bij patiënten met een majeure depressie

Barbara Depreeuw, PhD Student & Klinisch Psycholoog, CAPRI UAntwerpen/UPC Duffel, Duffel

Patiënten met een majeure depressieve stoornis ervaren een gebrek aan positieve en overmatig negatieve emoties. Waarschijnlijk is dit te wijten aan een transdiagnostische dysfunctie in de emotieregulatie (Gotlib & Joorman, 2010). Om negatieve emoties te reguleren, gebruiken depressieve patiënten vaker 'brooding' als denkstrategie. Brooding is een vorm van piekeren waarbij men met de gedachten blijft hangen op onbevredigde situaties. Als reactie op positieve emoties dempen patiënten positieve gevoelens ('dampening'). Patiënten slagen er minder in om hun negatieve emoties te reduceren en hun positieve emoties te beleven. Maar evidence based psychotherapeutische behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie, zijn vooral gericht op het verminderen van negatieve gevoelens en minder op het beleven van positieve gevoelens (Burr et al. 2017). In deze uiteenzetting bespreken we welke rol maladaptieve emotieregulatiestrategieën bij aanvang van de behandeling kunnen hebben in relatie tot de ernst en het verloop van depressieve symptomen. Hiervoor gebruiken we data

van patiënten (n=138), gehospitaliseerd op Stemming 1, de behandelafdeling voor majeure depressie van UPC Duffel. We bespreken de methodologie en de resultaten van dit onderzoek en geven aanbevelingen voor de klinische praktijk.

S09.3 **Experiëntiële vermijding, positief rumineren en dampening bij de bipolaire stoornis**

Tatjana Gauwloos, PhD Student & Klinisch Psycholoog, CAPRI UAntwerpen/UPC Duffel, Duffel

Pijnlijke emoties, sensaties, gedachten en ervaringen zijn eigen aan het leven, ook al ervaren we deze liever niet. Experiëntiële vermijding verwijst naar het systematisch vermijden of proberen ontsnappen aan deze ervaringen, ook al brengt dit negatieve gevolgen met zich mee. Waar experiëntiële vermijding zich eerder lijkt te richten op het vermijden van negatief affect, richt positief rumineren en dampening zich eerder op positief affect. Positieve ruminatie tracht dit positieve affect te vergroten, waarbij dampening dit affect probeert te verkleinen. Op Stemming 2, tot voor kort een afdeling voor mensen met een bipolaire stoornis te UPC Duffel, vond een onderzoek plaats dat in de eerste plaats onderzocht of mensen met een bipolaire stoornis (n = 50) significant verschillen van gezonde controles (n = 25) op vlak van experiëntiële vermijding, positief rumineren en dampening. Ook de voorlopers en consequenties van deze factoren werden onderzocht. De resultaten van dit onderzoek worden tijdens dit symposium toegelicht.

SYMPOSIUM S10 dinsdag 10 september 2024, 14u00 - 15u30

■ **(Familie)ervaringsdeskundigheid in de forensische geestelijke gezondheidszorg**

Voorzitter: Leen Cappon, dr., Wetenschappelijk medewerker, ScienceForCare - PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate

S10.0 **Inleiding**

Leen Cappon, dr., Wetenschappelijk medewerker, ScienceForCare - PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate

Ervaringsdeskundigheid is belangrijk in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn familieleden belangrijke betrokkenen in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg en moet hun ervaringskennis gewaardeerd worden. Hoe de (familie) ervaringsdeskundigheid moet geïmplementeerd worden in de forensische geestelijke gezondheidszorg is nog niet duidelijk. Herstel in de forensische geestelijke gezondheidszorg houdt immers een bijkomend forensisch herstelproces in, met name het herdefiniëren van dader als persoon na het plegen van feiten. Dit is geen eenvoudig herstelproces en wordt gehinderd door zelf-stigma en stigmatisatie vanuit de bredere samenleving (Aga & Vanderplasschen, 2016). Deze nood aan een persoonlijk forensisch herstel geeft aan dat ervaringsdeskundigheid anders vorm zal krijgen dan in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Er lijkt nood aan een dubbele ervaring, enerzijds patiënt met een psychiatrische problematiek en anderzijds een persoon die een delict heeft gepleegd (en in detentie en/

of (gesloten) forensisch zorgcircuit is terecht gekomen) om een positief rolmodel te kunnen zijn (Bierbooms et al., 2017). Gezien expertise over (familie)ervaringsdeskundigheid in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg verspreid zit bij verschillende organisaties, moet samengewerkt worden om dit onderzoeksproject efficiënt te kunnen uitvoeren en een gedeelde visie en gedragen implementatie van (familie)ervaringsdeskundigheid in de forensische geestelijke gezondheidszorg mogelijk te maken. Met dank aan financiering vanuit de FOD Volksgezondheid werd een onderzoeksproject opgestart met als doelstelling (familie)ervaringsdeskundigheid duurzaam te implementeren in de forensische geestelijke gezondheidszorg en dit via het ontwikkelen van een draaiboek. In dit symposium wordt het onderzoeksproject toegelicht en worden de eerste bevindingen vanuit de verschillende partners in dit project toegelicht.

510.1 Het onderzoeksproject in vogelvlucht

Sara Rowaert, dr., post-doc onderzoeker, UGent, Gent

Leen Cappon, dr., Wetenschappelijk medewerker, ScienceForCare – PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate

Ervaringsdeskundigheid is belangrijk in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn familieleden belangrijke betrokkenen in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg. Familie en naastbetrokkenen krijgen ook vanuit hun ervaringskennis een steeds grotere rol toegekend in de forensische geestelijke gezondheidszorg (Rowaert, 2018; Tingleff et al., 2022). Echter bestaat over (familie)ervaringsdeskundigheid de dag van vandaag noch een duidelijk kader, noch uitgebreide literatuur. Gezien er vanuit de praktijk en de overheid een grote vraag is naar de implementatie van (familie)ervaringsdeskundigheid in de forensische geestelijke gezondheidszorg werd een onderzoeksproject opgestart. Dit project heeft als doel het ontwikkelen van een draaiboek (met focus op een vormings- en coachingsaanbod voor organisaties), zodat een duurzame inbedding van (familie)ervaringsdeskundigheid in de forensische geestelijke gezondheidszorg mogelijk wordt. Om hieraan tegemoet te komen, bestaat het onderzoek uit drie fasen: (1) het verzamelen van kennis en 'know how' over (familie)ervaringsdeskundigheid, (2) het opmaken van een draaiboek over hoe organisaties (familie)ervaringsdeskundigen kunnen inzetten in de praktijk en (3) het uitrollen en evalueren van het draaiboek aan de hand van een pilootproject waarbij een (familie)ervaringsdeskundige wordt aangesteld. Dit project is een samenwerking tussen vier organisaties, waarvan ScienceForCare en Universiteit Gent de wetenschappelijke rol op zich nemen en Similes en Familieplatform de expertrol vormgeven. In iedere fase worden alle partners betrokken vanuit hun eigen kennis, expertise en ervaringen om zo tot een gedragen draaiboek te komen. In deze presentatie wordt de opbouw van het project verder toegelicht. De specifieke inbreng van de vier partners worden in de andere bijdragen besproken.

S10.2 Ervaringen in binnen- en buitenland met ervaringsdeskundigheid

Louise Van Gysel, *Wetenschappelijk medewerker, ScienceForCare – PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate*

Aline Pouille, dr., *Postdoctoraal onderzoeker, UGent – Vakgroep Orthopedagogiek, Gent*

ScienceForCare is een wetenschappelijke onderzoeksgroep opgericht vanuit het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist. Samen met de Vakgroep Orthopedagogiek van Universiteit Gent staan ze in voor de wetenschappelijke rol binnen dit onderzoeksproject over (familie)ervaringsdeskundigheid. In de eerste fase ligt hun focus vooral op het uitvoeren van een uitgebreide literatuurstudie en het inzicht verwerven in de perspectieven en verwachtingen via focusgroepen en semigestructureerde interviews. In deze presentatie worden beiden verder toegelicht. De literatuurstudie kreeg vorm door een scoping review waarbij er inhoudelijk gekeken werd naar publicaties rond ervaringen van (familie)ervaringsdeskundigheid binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg. De belangrijkste thema's die aan bod kwamen binnen deze review worden besproken. Om verder inzicht te krijgen in de perspectieven en verwachtingen omtrent (familie)ervaringsdeskundigheid werden zorggebruikers en familieleden van personen met een interneringsmaatregel (n=45) geïnterviewd. Ook (familie)ervaringsdeskundigen die reeds aan de slag zijn in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg en aanverwante sectoren werden geïnterviewd. Om de perspectieven en verwachtingen van professionals in kaart te brengen werden focusgroepen georganiseerd (n=10) bij drie groepen: (1) management (2) begeleiders en (3) therapeuten. Gedurende de data-verzameling kwamen volgende thema's aan bod: de rol en functie van een (familie)ervaringsdeskundige, randvoorwaarden, visie, opleiding, ondersteuning, etc.. Tijdens de presentatie zal de nadruk liggen op de verwachtingen en opgedane ervaringen. Tot slot wordt er stilgestaan bij hoe dit vertaald moet worden in het draaiboek.

S10.3 Eerste stappen in het vormen van een cultuur om (familie) ervaringsdeskundigheid duurzaam te implementeren

Leen Van Vlierberghe, dr., *Wetenschappelijk medewerker, Familieplatform, Berchem*

Kim Steeman, Directeur, Familieplatform, Berchem

Familieplatform is een kennis- en expertisecentrum met betrekking tot het familieperspectief in de (geestelijke) gezondheidszorg (GGZ). In dit project bestaat de rol van Familieplatform erin om kennis en ervaring te delen rond het in zorgorganisaties installeren van een herstelgericht en familievriendelijk klimaat. Het installeren van deze cultuur is een noodzakelijke voorwaarde voor het inzetten van (familie)ervaringsdeskundigheid binnen een voorziening. In deze bijdrage blikken we terug op de eerste fase van het project (voorjaar '24) waarin we via online vormingsmomenten voor de netwerken internering van hoven van beroep Brussel (Nederlandstalig), Gent en Antwerpen de eerste stappen trachtten te zetten in het realiseren van een verschuiving naar een meer herstelgerichte en familievriendelijke cultuur in de forensische GGZ. Vervolgens lichten we – vanuit de hierboven benoemde scoping review – toe wat de internationale literatuur ons leert over de inzet van familie-ervaringsdeskundigen in de (forensische) GGZ. Tot slot bespreken we hoe dit mee richting kan geven bij de ontwikkeling van een vormings- en coachingsaanbod (draaiboek) over hoe organisaties binnen de forensische GGZ in de dagelijkse praktijk aan de slag kunnen gaan met familie- ervaringsdeskundigheid.

S10.4 **Het in kaart brengen van familieleden ter voorbereiding van het implementeren van (familie)ervaringsdeskundigheid**

Nele De Keyser, Familie impact medewerker, Similes vzw, Heverlee

Similes is een sociaal-culturele vereniging die de familie en naasten van personen met psychische problemen, ondersteunt, versterkt en verenigt. In het kader van dit onderzoekstraject zal Similes vanuit haar expertise families en naastbetrokkenen van personen met een interneringsstatuut verenigen en ondersteunen. Dit doen we met het oog op het identificeren en werven van familievertegenwoordigers en familie-ervaringsdeskundigen om zo te komen tot een gedeelde visie en gedragen implementatie van familie-ervaringsdeskundigheid in de forensische geestelijke gezondheidszorg. We vergroten ons bereik op verschillende manieren. Ten eerste gaan we in gesprek met organisaties en voorzieningen die geïnterneerde personen begeleiden. We bekijken hoe zij de familiewerking uitbouwen en vragen hun hulp om bij de families ons aanbod bekend te maken. Een tweede manier bestaat erin dat we ons aanbod uitbouwen, met zowel aandacht voor een regelmaat in de activiteiten per regio als voor een kwalitatief en gevarieerd aanbod. Ten derde verenigen we de families in een werkgroep en ondersteunen hen om zelf te werken rond de thema's die hen aanbelangen. We werken ondersteunend door de organisatie van o.a. lotgenoten-contacten, inhoudelijke infomomenten en familie impact sessies. Door intensief op deze manier met de families kennis te maken en hen te ondersteunen leggen we contacten met de familieleden die de mogelijkheid en interesse hebben in de rol van familievertegenwoordiger of familie-ervaringsdeskundige. We ondersteunen hen in de groei binnen deze rol en bieden een platform om ervaringen uit te wisselen en input van andere families te krijgen. In deze presentatie wordt dit verder toegelicht.

SYMPOSIUM S11 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Onderweg met “Open Dialogue”**

voorzitter: *Dag Van Wetter, Mcs, Stafmedewerker, Psyche vzw, Gent*

S11.0 **Inleiding**

Dag Van Wetter, Mcs, Stafmedewerker, Psyche vzw, Gent

“Open Dialogue” is een doelgerichte benadering van psychiatrische zorg en behandeling, die zo snel mogelijk verbinding en samenspraak zoekt met alle betrokkenen. Door te werken via een volgehouden dialoog met diverse betrokken partijen kan een ondersteunend netwerk ontstaan dat de pijnlijke crisis draaglijker maakt.”

S11.0 **Situering van “Open Dialogue” en de praktijkontwikkeling in Vlaanderen.**

Dag Van Wetter, Mcs, Stafmedewerker, Psyche vzw, Gent

“Open Dialogue” is een doelgerichte benadering van psychiatrische zorg en behandeling, die zo snel mogelijk verbinding en samenspraak zoekt met alle betrokkenen. Door te werken via een volgehouden dialoog met diverse betrokken partijen kan een ondersteunend netwerk ontstaan dat de pijnlijke crisis draaglijker maakt.”

511.1 **Hefbomen en valkuilen: Contextanalyse met betrekking tot de praktijkontwikkeling van “Open Dialogue” van 5 teams in Limburg.**

Carolien Schalenbourg, Katrijn Maes, Katleen Gressens, Mcs, Onderzoeker(s), UCLL, Diepenbeek

PWO “Onderweg met “Open Dialogue” is een 2-jarig onderzoeksproject dat van start ging op 1/9/2021. Na een voortraject zijn 5 teams binnen GGZ zowel ambulante als residentiële in de regio Limburg ingestapt in een co-creatietraject. Op basis van een grondige contextanalyse met behulp van het CFIR-Framework (Consolidated Framework for Implementation Research) werden hefbomen en valkuilen met betrekking tot de implementatie van “Open Dialogue” geïdentificeerd. Deze worden door de onderzoekers toegelicht.

511.2 **Praktijkervaring met de ontwikkeling van “Open Dialogue” vanuit een opname en behandelafdeling voor personen met een dubbele diagnose “Psychose en Verslaving” (asster).**

Kim Lamberts, Mcs, Psychologe Orion 2, Asster, Sint-Truiden

In deze bijdrage vertellen we vanuit het team ‘Orion 2’, een opname en kortdurende behandelafdeling voor mensen met een dubbele diagnose ‘psychose en verslaving’, over onze eerste stappen in het werken rond ‘Open Dialogue’. We bespreken de evolutie van onze systeemwerking uit een expertpositie naar een systeemwerking waarbij we dankzij het tolereren van onze en anderen hun onzekerheid komen tot echt met elkaar verbinden. Onze zoektocht om midden in een crisis eerste stappen te zetten in de richting van herstel door mensen met elkaar te laten spreken. We halen aan hoe we als residentiële afdeling kunnen bijdragen aan de continuïteit van zorg door intensief samen te werken met ambulante partners.

511.3 **Praktijkervaring met de ontwikkeling van “Open Dialogue” vanuit een herstelteam (Reling). Van beleid naar cultuur.**

Johan De Greef, RN, Bcs, Verpleegkundige MHT Herkenrode, Reling, Hasselt

In deze bijdrage willen we vanuit het Mobiel Herstelteam Herkenrode (Reling) het implementatietraject presenteren waarbij we met Open Dialogue in en met ons team aan de slag zijn gegaan. Een pad waarbij we met behulp van kleine stappen een transitie hebben gemaakt die gestart is vanuit een beleid en dat ons bracht bij een andere groeps cultuur die langzaam zichtbaar en merkbaar werd. Zo trachten we Open Dialogisch te spreken met onze cliënten en hun naastbetrokkenen, maar hebben we ook gekeken hoe we binnen het team kunnen spreken met elkaar en hoe we hier meerstemmigheid kunnen creëren en toelaten. Deze meerstemmigheid willen we ook een stem geven aan de hand van getuigenissen van verschillende betrokkenen vanuit hun specifieke positie in dit proces.

511.4 **Praktijkervaring met de ontwikkeling van “Open Dialogue” vanuit het team care psychose dat werkt met jongeren (Ligant).**

Wibke Richter, Mcs, Psychologe Care team psychose, Ligant, Hasselt

In deze bijdrage vertellen we vanuit het team ‘care psychose’ over eigen ervaringen bij het toepassen van de Open Dialogue benadering in het werkveld. We laten zien dat Open

Dialogue niet zomaar een zoveelste methodiek is in het ggz-landschap, maar een manier om anders te spreken en te verbinden met jongeren en hun netwerk. Door het beluisteren van de verschillende stemmen in een netwerkbijeenkomst, zijn er in onze ervaringen nieuwe wegen tot herstel mogelijk gemaakt. Tot slot spreken we over hoe 'Open Dialogue' ons als hulpverlener en als mens beïnvloedt en rijker maakt.

SYMPOSIUM S12 dinsdag 10 september 2024, 16u00 – 17u30

■ **Stop it Now! Voor naasten: hoe draagt ondersteuning van naasten bij aan de preventie van seksueel kindermisbruik?**

Voorzitter: *Minne De Boeck, Msc., Criminologie, Criminologie, Universitair Forensisch Centrum en Stop it Now!, Edegem*

S12.1 Stop it Now!: de hulplijn ter preventie van seksueel kindermisbruik

Minne De Boeck, Msc., Criminologie, Criminologie, Universitair Forensisch Centrum en Stop it Now!, Edegem

Stop it Now! is een laagdrempelige, gratis en anonieme hulplijn voor mensen die zich zorgen maken over hun eigen seksuele gevoelens of gedrag ten aanzien van minderjarigen, alsook voor hun naasten. Het specifieke hulpaanbod voor partners, familieleden en vrienden van (potentiële) kindermisbruikers is beperkt. Bovendien ervaren zij vaak stigmatiserende reacties en problemen op verschillende domeinen. Naasten van (potentiële) plegers spelen echter een essentiële rol in de preventie van seksueel kindermisbruik, alsook verdienen zij ondersteuning bij hun bezorgdheden. In deze presentatie wordt dieper ingegaan op het Stop it Now! project en de ervaringen met naasten aan de hulplijn, alsook welke noden daaruit zijn ontstaan.

S12.2 De dag die ik nooit meer vergeet: de noden van naasten van (potentiële) plegers

Schuerwegen Alana, Bsc., Toegepaste psychologie Toegepaste psychologie Universitair Forensisch Centrum en Stop it Now!, Edegem

Stop it Now! tracht de hiaten in het hulpaanbod voor naasten van (potentiële) plegers in te vullen met een specifiek aanbod: een specifieke website met online zelfhulp en tools, een online forum en lotgenotengroepen. Met het forum en de lotgenotengroepen ondersteunt Stop it Now! naasten in hun zoektocht naar antwoorden, begrip, steun en erkenning. Niet alleen door professionals, ook door lotgenoten met elkaar in contact te brengen. Door het bieden van inzichten en ondersteuning aan een vaak gestigmatiseerde groep draagt Stop it Now! tevens bij aan de preventie van seksueel kindermisbruik. In deze presentatie gaan we nader in op dit specifieke hulpaanbod voor naasten vanuit Stop it Now!, de werking van het forum en de organisatie van de lotgenotengroepen, alsook welke noden en uitdagingen hierbij spelen.

S12.3 Naasten van (potentiële) plegers in de GGZ: hoe ermee aan de slag en waar kan Stop it Now! aan bijdragen?

Schuerwegen Alana, Bsc., Toegepaste psychologie Toegepaste psychologie Universitair Forensisch Centrum en Stop it Now!, Edegem

De Moor Céline, Msc. criminologie Medewerker Stop it Now! Stop it Now!, Edegem

De laatste presentatie zal nader ingaan op hoe Stop it Now! door de hulp aan naasten bijdraagt aan preventie, alsook welke noden en uitdagingen hierbij spelen. Dit wordt uitvoerig gekaderd door de toepassing van een casus, waarbij ook in interactie zal worden gegaan met het publiek over hoe zij kunnen reageren op de confrontatie met naasten van (potentiële) plegers binnen de GGZ. Een specifieke tool die Stop it Now! heeft ontwikkeld zal daarbij worden aangerijkt. Tot slot zal de discussie worden geopend hoe ook de reguliere GGZ kan bijdragen aan de ondersteuning van deze doelgroep, al dan niet in samenwerking met Stop it Now!.

SYMPOSIUM S13 dinsdag 10 september 2024, 14u00 - 15u30

■ **Reakiro: een zorgmodel voor mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden**

Voorzitter: Joris Vandenberghe, Professor, Psychiater, UPC KU Leuven, Leuven

S13.0 Stand-van-zaken Reakiro-project

Joris Vandenberghe, Professor, Psychiater, UPC KU Leuven, Leuven

In maart 2020 opende het inloophuis Reakiro dat informatie, opvang, begeleiding en zorg biedt voor mensen met een lang bestaande doodswens of een euthanasievraag voor ondraaglijk psychiatrisch lijden. Reakiro is opgericht door UPC KU Leuven, Organisatie Broeders van Liefde België en de Initiatieven Beschut Wonen De Hulster en Walden. Sinds mei 2022 is het Reakiro-project uitgebreid met een tweede vestiging in Brugge dankzij een samenwerking tussen Psychiatrisch Centrum (PC) Sint-Amandus Beernem, Kliniek Sint-Jozef Pittem, Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) Heilig Hart Ieper, PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge, Psychiatrisch Therapeutisch Centrum Rustenburg Brugge, PZ Heilige Familie Kortrijk en PC Menen. Van 2020 tot en met 2023 meldden meer dan 900 mensen zich aan bij Reakiro. Daarnaast werd een aanbod voor naasten ontwikkeld en werd Reakiro uitgebouwd tot expertisecentrum dat opleiding, ondersteuning en expertisebevordering biedt voor zorgpartners van eerstelijns en ggz. Vanuit KU Leuven werd bij aanvang kwalitatief en kwantitatief onderzoek georganiseerd in Reakiro. In dit symposium stellen we tussentijdse resultaten voor van dit onderzoek en van de werking van Reakiro.

S13.1 Epidemiologisch en crossecioneel onderzoek bij mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden

Thijs Vanhie, PhD-Researcher, Psycholoog-psychotherapeut, Onderzoeker, UPC KU Leuven, Broeders van Liefde België, Beschut Wonen Walden en De Hulster, Leuven

We geven een overzicht van de preliminaire resultaten van de epidemiologische studie en de cross-sectionele vragenlijstenstudie bij mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden. Het kwantitatieve onderzoek in Reakiro heeft twee doelen: de doelgroep die langskomt in kaart brengen en het zorgmodel evalueren. Wie doet er beroep op Reakiro en hoe verhouden deze mensen zich tot thema's als zingeving-zinloosheid, hoop-hopeloosheid, suïcidaliteit, existentiële angst, empowerment, algemene klachten en psychosociaal functioneren? Hoe ervaren ze het zorgaanbod in Reakiro? Merken we veranderingen op sinds de start van hun traject in Reakiro? Wat vinden mensen helpend, hinderlijk of storend tijdens de begeleiding bij Reakiro? We hopen de hulpverleners in de GGZ hiermee te informeren over de thema's die belangrijk zijn voor patiënten met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden, zodat duidelijker wordt waar bij deze doelgroep best op wordt ingezet, afgestemd op hun zorgnoden.

S13.2 Belevingsonderzoek bij mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden

Sofie Verdegem, PhD-Researcher, Psycholoog-psychotherapeut, Onderzoeker, UPC KU Leuven, Leuven

Vanuit belevingsgericht onderzoek geven we inzicht in de ervaringen van mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden. Aan de hand van een interviewstudie wordt in kaart gebracht hoe mensen met een langdurige doodswens omwille van psychisch lijden zich verhouden tot de dood en tot het leven, zowel binnen zichzelf als in verhouding tot hun naasten. Een tweede interviewstudie belicht de concrete ervaringen van patiënten doorheen hun traject van existentiële hulpverlening bij Reakiro. Hieruit blijkt dat deze mensen vooral nood hebben om te kunnen spreken over hun existentiële bekommernissen, zoals het ervaren van zinloosheid, existentiële isolatie, hun doodsverlangen en de keuze tussen leven en dood. Dit vraagt van een hulpverlener een bereidheid om het vastzitten en de ambivalenties mee onder ogen te zien vanuit een oprecht contact van mens tot mens. Ondanks het persisterend lijden, is er toch hoop en groei mogelijk. Vanuit de verworven inzichten geven we handvaten naar de praktijk mee.

S13.3 Klinische ervaringen bij mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden

Eva Depoortere, Master, Psycholoog-psychotherapeut, PC Mene, Sint Jozef Pittem, Psychiatrisch ziekenhuis HH Ieper, PC Sint Amandus Beernem, Psychiatrisch ziekenhuis OLV Brugge, Psychiatrisch Ziekenhuis H. Familie Kortrijk, PTC Rustenburg Brugge, Congregatie Zusters van de Bermhertigheid Jesu, Brugge

We brengen het verhaal van de dagdagelijkse werking door te vertellen over onze gasten en de manier waarop we hen ontmoeten. We willen een inkijk geven in de werking van Reakiro aan zich: hoe we inzetten op individuele begeleiding, lotgenotencontact, het ondersteunen van naasten, het oprichten van een (hulpverleners)netwerk,... Verder hopen we op deze manier ook iets te kunnen delen over onze zoektocht naar de goede afstemming in nabijheid/ afstand in de samenwerking met onze gasten. Een zoektocht waar geen standaard antwoord op te geven is. 'Er zijn' lijkt soms een uitweg als weinig anderen nog betrokken (willen) zijn.

SYMPOSIUM S14 dinsdag 10 september 2024, 16u00 - 17u30

■ **Digitale Interventies in de Geestelijke Gezondheidszorg: Op Weg naar Gepersonaliseerde Zorg**

Voorzitter: *Inez Myin-Germeys, Doctor, Hoogleraar, KU Leuven, Leuven*

S14.0 Inleiding

Inez Myin-Germeys, Doctor, Hoogleraar, KU Leuven, Leuven

Geestelijke gezondheidsproblemen zijn wijdverspreid en brengen aanzienlijke maatschappelijke kosten met zich mee. Om deze uitdagingen aan te gaan, is er een dringende behoefte aan verbeteringen in de gezondheidszorg, met een focus op een persoonsgerichte aanpak. Dit symposium presenteert de 'experience sampling'-methode (ESM) als een klinisch instrument dat digitale technologie gebruikt om een dieper inzicht te krijgen in de behoeften van individuen.

ESM, een digitale dagboektechniek, stelt cliënten in staat om hun gevoelens, gedachten, sociale situaties, klachten en vooruitgang bij therapiedoelen buiten de therapiekamer te monitoren. De eerste presentatie deelt patiëntervaringen met het gebruik van een app die Acceptance and Commitment Therapy integreert in het dagelijks leven. De tweede en derde presentatie onderzoeken hoe cliënten en hulpverleners ESM gebruiken en toepassen op basis van een uitgevoerde pilootstudie, met specifieke inzichten die zijn verkregen. Het symposium wordt afgesloten met een vooruitblik op de toekomst, waarin twee nieuwe onderzoeksprojecten worden voorgesteld die de brug slaan van onderzoek naar klinische implementatie in de geestelijke gezondheidszorg. Deze projecten tonen aan hoe ESM kan bijdragen aan een verdere optimalisatie van persoonsgerichte benaderingen in de GGZ.

S14.1 Patiëntervaringen omtrent het gebruik van een app in Acceptance and Commitment Therapy: een kwalitatieve studie naar ACT in het Dagelijkse Leven (ACT-DL)

Lotte Uyttebroek, Master, PhD-student, KU Leuven, Leuven

Achtergrond: De vroege fase van psychose kan gepaard gaan met symptomen waaronder psychotische ervaringen, co-morbide mentale problemen, verminderd cognitief en globaal functioneren. Deze symptomen kunnen therapie, alsook de vertaling ervan naar het dagelijkse leven bemoeilijken. De ACT-DL behandeling heeft daarom als doel om therapie uit te breiden naar het dagelijkse leven door 8 ACT-therapie sessies te combineren met een

Ecological Momentary Intervention (EMI) app. De app bestaat uit zelfmonitoringsvragenlijstjes, ACT-oefeningen en metaforen

Methode: Aan de hand van semigestructureerde interviews onderzochten we hoe patiënten met vroege psychose (N=17) het gebruik van de app in de ACT-DL behandeling ervaren, alsook suggesties voor verbetering. De data werd geanalyseerd a.d.h.v. thematische template analyse.

Resultaten: De ACT-DL behandeling zorgde volgens patiënten voor een toename in zelfinzicht en acceptatie. Echter bleek het moeilijk om de app te integreren in het dagelijkse leven, dit door de intensiteit van de vragenlijstjes en oefeningen. Suggesties om het therapeutisch effect te versterken omvatten personalisatie van de app, focus op de ACT-oefeningen, flexibel gebruik van de app (bijv. beschikbaarheid na de therapie) en de integratie van feedback over de app in de therapiesessie

Conclusie: De ACT-DL behandeling kan ACT-vaardigheden versterken, echter is verdere optimalisatie nodig opdat de app meer afgestemd is op de patiënt en diens dagelijkse context

514.2 The effect of using Experience Sampling Method tools on therapeutic processes in client activation in mental health care

Lena De Thurah, Master, PhD-student, KU Leuven, Leuven

The Experience Sampling Method (ESM) enables the collection of detailed information about individuals' mental health in their daily lives via mobile applications. By allowing clients to self-monitor their mental health and review their data in collaboration with clinicians, ESM can provide detailed insights into how individuals function in their daily lives and support person-centered care. However, evidence for the effectiveness of the ESM tools in mental health care is still missing

To examine how clinical ESM tools influence therapeutic processes and patient activation, we conducted a pilot study within a psychiatric care setting in which clients and clinicians tested and evaluated a prototype of a clinical ESM tool; "IMPROVE". Service users reported that using IMPROVE increased their emotional self-awareness, and to some extent supported them in implementing new strategies to support the daily management of their mental health. Some indicated that using IMPROVE increased their self-efficacy. Furthermore, several clients and clinicians found that using IMPROVE made clients more actively engaged in their therapy, while few experienced changes in their therapeutic work relationship or the degree of shared decision-making in therapy. Using IMPROVE seems to have a positive impact on clients' ability to understand and manage their mental health, as well as, their experience of empowerment, agency, and engagement in therapy.

514.3 Bruikbaarheid van de Experience Sampling Methode in Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg: Een pilootstudie

Jeroen Weermeijer, Doctor, Postdoc, KU Leuven, Leuven

Mentale gezondheidsproblemen spelen zich af in interactie met alledaagse ervaringen en gebeurtenissen, maar het integreren van contextuele informatie in therapie is uitdagend. De Experience Sampling Method (ESM) kan hierbij helpen door gedachten, gevoelens en gedragingen van cliënten in het dagelijks leven te meten. Ondanks het potentieel wordt

ESM voornamelijk in onderzoek gebruikt, met beperkte toepassing in de klinische praktijk. Het gebruik van ESM-protocollen, inclusief standaardinstellingen voor vragenlijsten en datavisualisaties, kan de implementatie in de praktijk vergemakkelijken.

Doel: Deze pilotstudie evalueerde de bruikbaarheid van een ESM-protocol voor gebruik in gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Methoden: Een ESM-protocol, ontwikkeld in samenwerking met m-Path, werd getest in de klinische praktijk. Het omvatte een dashboard voor zorgverleners en een app voor cliënten. In totaal gebruikten 8 zorgverleners en 17 cliënten dit ESM-protocol. Bruikbaarheid werd beoordeeld met vragenlijsten, ESM-nalevingspercentages en interviews.

Resultaten: Zorgverleners beoordeelden de bruikbaarheid als redelijk tot goed, maar hadden moeilijkheden bij het personaliseren van de standaardinstellingen. Cliënten voltooiden gemiddeld 55% van de ESM-vragenlijsten en beoordeelden de bruikbaarheid als redelijk tot goed. Aanpassingen, zoals training over personalisatie en inplannen van meetmomenten, zijn nodig voor verdere implementatie in de psychiatrie.

Conclusies: Een ESM-protocol kan de implementatie van ESM als mobiele gezondheidsbeoordelingstool in de psychiatrie vergemakkelijken, maar aanpassingen — zoals zal worden toegelicht in dit symposium — zijn vereist voor een succesvolle implementatie.

S14.4 Van onderzoek naar de implementatie van digitale technologie in de geestelijke gezondheidszorg: Het IMMERSE en DAILY-ASSIST Project

Glenn Kiekens, Doctor, Assistent professor/FWO fellow, Tilburg University/KU Leuven, Leuven

De status quo van klassieke therapie (wekelijkse sessies) is vaak ontoereikend om mentale gezondheidsproblemen effectief te behandelen. Het zou uitgebreid moeten worden met complementaire interventies buiten de therapieruimte, afgestemd op de dynamische behoeften van een individu. De Experience Sampling Methode (ESM) en Ecologische Momentane Interventies (EMIs) bieden waardevolle mogelijkheden voor assessment en interventie in het dagelijks leven.

Deze presentatie geeft een overzicht van twee lopende internationale onderzoeksstudies. Binnen het Implementing Mobile Mental Health Recording Strategy for Europe (IMMERSE) Project wordt ESM gebruikt om de psychosociale gezondheid van hulpzoekende cliënten in kaart te brengen via een digitaal platform. Dit project omvat een unit-gerandomiseerde trial met een op maat gemaakte implementatieaanpak, dat momenteel wordt getest in een grootschalig veldonderzoek in 8 klinische sites verspreid over 4 Europese landen. In het Detection of Acute Risk for Self-harm (DAILY) Assist project wordt een EMI ontwikkeld met als doel preventie van zelfverwonding en andere destructieve gedragingen te bewerkstelligen bij hulpzoekende cliënten. Dit project gebruikt een innovatief interventieparadigma, waarbij digitale interventies in samenwerking met ervaringsdeskundigen worden ontwikkeld en aangepast op basis van type, intensiteit en timing.

Deze twee state-of-the-art studies illustreren op welke manier digitale tools worden ingezet om waardevolle mogelijkheden buiten de traditionele therapiekamer te creëren binnen de geestelijke gezondheidszorg van de toekomst.

SYMPOSIUM S15 dinsdag 10 september 2024, 16u00 – 17u30

■ Een familievriendelijke cultuur als basis voor inzet en betrokkenheid

Voorzitter: Kim Steeman, Directeur, Familieplatform, Berchem

Om FED (familie ervaringsdeskundige) te kunnen implementeren in de zorg is er nood aan een cultuur van herstelgerichte zorg en familievriendelijk klimaat. Hierrond moet wel nog wat werk verzet worden. Onderzoek toont aan dat er vaak nog een eerder negatieve houding is t.a.v. ervaringsdeskundigen (e.g. van Erp et al., 2011; Vandewalle et al., 2016). Er is vaak onduidelijkheid over de verhouding met professionele hulpverleners (concurrentie) en soms sprake van (in)direct stigmatisatie (Vandewalle et al., 2016). Daarom moet voldoende tijd besteed worden aan het bewerkstelligen van een begripvol, helder en inkluderend klimaat in de geestelijke gezondheidszorg (Steunpunt Geestelijke Gezondheid, 2018).

S15.1 Een familievriendelijke cultuur als basis voor inzet en betrokkenheid familie (vorming, coaching, ...)

Kim Steeman, Directeur, Familieplatform, Berchem

Een cultuur rond inzet Familie-ervaringsdeskundigheid start bij het een inzetten op een familievriendelijk klimaat waarbij de dialoog (hulpverlener, cliënt, familie) centraal geplaatst wordt. Tijdens deze uiteenzetting gaan we dieper in op hoe de Familierflex als basis voor de inzet van FED kan gebruikt worden.

S15.2 Betrekken van naasten: hoe creativiteit en richtlijnen samen hun plaats kunnen krijgen in de GGZ verpleegkundige praktijk

Julie Vandekerckhove, Verpleegkundig Specialist en contextbegeleider Sint-Jozef Pittem, Pittem

Drie psychiatrische zorginstellingen (afdeling psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Gent; psychiatrisch ziekenhuis Bethanië, Zoersel en psychiatrisch ziekenhuis Kliniek Sint-Jozef, Pittem) vertaalden de evidence-based richtlijn “familierflex” naar de klinische verpleegkundige praktijk. Deze multidisciplinaire richtlijn voor een sterkere betrokkenheid van naasten in de GGZ heeft de weg vrijgemaakt voor een cultuurshift en brengt fundamentele veranderingen in de manier waarop zorgverleners omgaan met naasten. Door de jaren heen hebben deze ziekenhuizen van elkaar geleerd, wat het veranderingsproces heeft verrijkt. Alle drie de organisaties zijn overtuigd van communicatie in dialoog tussen patiënt, de naaste en zorgverlener. Ter voorbereiding hebben ze reeds bestaande praktijken bekeken, samengewerkt met familieorganisaties, rondetafelgesprekken gevoerd met andere organisaties, patiënten en hun naasten en wetenschappelijk onderzoek geraadpleegd. Daarna volgde een veranderingsmanagementtraject. Zowel bottom-up als top-down interventies verduidelikten en hielpen bij het ontwikkelen van een duidelijke visie en doelstellingen over het vergroten van de betrokkenheid van naasten. Creativiteit speelde hierbij een belangrijke rol, waarbij de focus kwam te liggen op het inspireren, motiveren en het laten inleven van de zorgverleners.

S15.3 Inzet familie-ervaring en -ervaringsdeskundigheid bevorderen met project Familie Impact en internering

Sandra Vandereet, Directeur Similes, Leuven

Als sociaal-culturele vereniging ondersteunt, verenigt en versterkt Similes vzw familie en naasten van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Similes laat ook de stem van familie klinken in de maatschappij en de geestelijke gezondheidszorg. De samenleving wordt gestimuleerd tot meer aandacht en begrip voor familie.

De hulpverlening wordt aangezet tot een grotere en betere familiebetrokkenheid. Zo is inzet van de familie-ervaring een instrument om de implementatie van de familiereflex te bevorderen, net als overheidsrichtlijnen, vorming en coaching.

Dat familie-ervaring inzetten werkt, is al gebleken In de netwerken GGZ in Vlaanderen en Brussel geven familievertegenwoordigers al meer dan 12 jaar een gezicht en stem aan familie in de vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen organisaties zetelt familie in familieraden, werkgroepen, ... en sleutelt daar mee aan verandering. Familie-ervaringsdeskundigen worden ook ingezet op de werkvloer, en maken een verschil in de dagdagelijkse zorg. Vaak gaat het om vrijwillige inzet, maar sinds enkele jaren is ook de professionele inzet van de familie-ervaring een feit.

Tijdens deze uiteenzetting delen we graag onze ervaringen van de voorbije jaren.

S15.4 Handvaten die organisaties kunnen helpen om aan de slag gaan met familie-ervaringsdeskundigheid + voorbeelden/verhalen uit de praktijk

Greet Pauwels, Stafmedewerker, Similes, Leuven

In het pilootproject Familie Impact zet Similes in op het bevorderen van de inzet van de familie-ervaring, door op netwerk niveau Familie Impactsessies te organiseren, Familie Impactgroepen te installeren en een aanspreekpunt voor alle partijen te bieden. Het doel is te komen tot meer mensen en meer manieren om de ervaring in te zetten, betere afstemming, samenwerking en coördinatie, duurzame standaarden... Met daarnaast een project specifiek voor het domein van internering, legt Similes ook daar fundamenten om vanuit de familie-ervaring impact te maken.

SYMPOSIUM S16 dinsdag 10 september 2024, 16u00 - 17u30

■ Immunopsychiatrie en gepersonaliseerde behandelingen van depressies

Voorzitter: Manuel Morrens, prof. dr., Hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen, Wilrijk, Vakgroepvoorzitter, CAPRI (Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute), Academisch diensthofd, UPC Duffel

S16.0 Inleiding

Manuel Morrens, prof. dr., Hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen, Wilrijk, Vakgroepvoorzitter, CAPRI (Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute), Academisch diensthofd, UPC Duffel

Elke patiënt is uniek en toch bieden we binnen de psychiatrie meestal een one-size-fits-all behandeling aan. De immunopsychiatrie wint meer en meer aan belang omdat deze hierop

een antwoord kan bieden door de link tussen het immuunsysteem en psychiatrische aandoeningen te onderzoeken. Dit gebeurt door in de eerste plaats te luisteren naar de klachten van een patiënt en biologische verschillen in kaart te brengen. Op basis daarvan kan worden bepaald of een specifiekere behandeling beter kan werken dan de one-size-fits-all-aanpak. Hiervoor moet worden onderzocht hoe het immuunsysteem gelinkt is aan het ontstaan van psychiatrische aandoeningen, welke invloed verstoringen van het immuunsysteem hebben op het verloop ervan, en wat de biologische fundamenteen daarvan zijn. Ook wordt onderzocht hoe dit vervolgens onze huidige behandelmethoden kan beïnvloeden. Kortom, de focus van de immunopsychiatrie ligt niet op de traditionele manier van behandelen; we introduceren stratificatiestrategieën in de diagnose, waarmee we de (antidepressieve) behandelingen willen personaliseren. Dit opent de deur naar effectievere, gepersonaliseerde therapeutische behandelingen van psychiatrische aandoeningen.

S16.1 **Introductie immuunsysteem en het centrale zenuwstelsel**

Tim Rietberg, Master Neuroscience, PhD-student, CAPRI, SINAPS, Duffel

Sinds begin vorige eeuw zijn verscheidene observaties gerapporteerd die wijzen op een rol voor het immuunsysteem in de ontwikkeling van psychiatrische problematiek. Voordat we kijken naar de innovatieve mogelijkheden die dit ons biedt in de klinische praktijk, duiken we wat dieper in de complexe relaties tussen ons immuunsysteem, ons brein en uiteindelijk onze subjectieve ervaringen en ons gedrag. We introduceren een aantal belangrijke spelers in het immuun-speelveld, zowel uit de ‘aangeboren’ als de ‘adaptieve’ immuniteit. We zullen zien hoe immuun-gerelateerde signaalstoffen belangrijke centrale neurotransmitters als serotonine, dopamine en glutamaat beïnvloeden, hoe T-cellen communiceren met hersencellen en zo hun invloed uitoefenen op onze cognitie en hoe deze fenomenen mogelijk bijdragen aan psychiatrische symptomatologie. Ook werpen we kort een blik in de andere richting en zullen we zien hoe ons gedrag ons immuunsysteem beïnvloedt en hoe wij dus zelf invloed kunnen uitoefenen op dit complexe mechanisme. Hieruit blijkt dat de vaak positieve effecten van eenvoudige zaken als een gebalanceerd dieet en regelmatige beweging mogelijk verklaard kunnen worden via het immuunsysteem. Natuurlijk is voor personen met een psychiatrische aandoening vaak meer nodig; ook in de klinische praktijk kan aandacht voor het immuunsysteem mogelijkheden bieden.

S16.2 **Klinische blik op de link tussen immuunafwijkingen en depressies**

Céline Wessa, Master Geneeskunde, PhD-student, CAPRI, SINAPS, Duffel

Er is een duidelijke link tussen een chronisch overactiviteit van het immuunsysteem en het ontstaan van depressies. Ook is bekend dat depressieve patiënten met immuunafwijkingen – de zogenaamde immuungemedieerde depressies- minder goed reageren op standaard antidepressiva. Enerzijds bespreken we de huidige evidentie rond het diagnosticeren van dit subtype van depressies. Kunnen we op basis van het verhaal van de patiënt afleiden of deze een immuungemedieerde depressie heeft? Zijn er objectief (immunologische) markers die deze patiënten eruit kunnen halen?

Anderzijds bekijken we hoe dit een aanleiding zijn voor alternatieve of specifiekere behandelingsmethoden. Zo bekijken we de huidige evidentie over het gebruik van ontstekingsrem-

mers bij depressies, alsook inzichten uit ons eigen lopend onderzoek; een klinische studie waarbij ontstekingsremmers worden onderzocht op een gestratificeerde depressieve patiëntenpopulatie.

De resultaten van onze klinische studie kunnen leiden tot een meer gepersonaliseerde en effectievere aanpak van depressieve stoornissen.

S16.3 Neurostimulatie en immunopsychiatrie

Annelies Dellink, Master Biomedische Wetenschappen, PhD-student, CAPRI, SINAPS, Duffel

Ook voor zware depressies en psychoses die niet goed te behandelen zijn met de gangbare medicatie, is het van belang om immuun afwijkingen in kaart te brengen. Niet-invasieve hersenstimulatie, zoals electroconvulsietherapie (ECT) of repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS), is vaak de volgende stap voor deze therapieresistente patiëntengroep. Er zijn tal van aanwijzingen dat deze behandelingen effect hebben op bepaalde concentraties van anti-inflammatoire factoren in het bloed, maar de oorzaak-gevolg relatie is onbekend. Reageert een immuungemedieerde depressie beter of slechter op neurostimulatie? In deze bijdrage bespreken we allereerst de op meta-analyse gebaseerde evidentie uit de literatuur met betrekking tot perifere immuunfactoren die correleren met de afname van symptomen door een ECT behandeling. Vervolgens bespreken we de resultaten van een prospectieve, longitudinale naturalistische ECT-studie, waarbij ongeveer 80 patiënten van UPC Duffel en UPC KU Leuven (Kortenbergh) met unipolaire en bipolaire depressie zijn getest op diverse vormen van immuun afwijkingen. Tot slot bespreken we het onderzoek rond immunopsychiatrie en rTMS, en gaan we in op de resultaten van onze TMS studie waarbij een van de kynurenine metabolieten de uitkomst van TMS voor bipolaire depressie kon voorspellen.

SYMPOSIUM S17 dinsdag 10 september 2024, 16u00 – 17u30

■ **Elektroconvulsietherapie: onderzoek naar en in de klinische praktijk**

Voorzitter: Didier Schrijvers, MD, PhD, Psychiater, Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel & Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Duffel

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een effectieve en veilige behandeling voor ernstige vormen van depressie, zoals medicatieresistente depressie en depressie met psychotische kenmerken, alsook bij katatonie. Ondanks de hoge effectiviteit op korte termijn, worden hoge hervalpercentages gerapporteerd 12 maanden na een aanvangsbehandeling. Daarnaast blijven cognitieve neveneffecten vaak een drempel zowel voor patiënt als verwijzer om ECT voor te stellen als behandelinterventie.

De voorbije jaren werden verschillende multicentrische klinische studies rond effecten en neveneffecten van ECT opgestart in diverse ECT centra in Vlaanderen (UPC Kortenbergh, UPC Duffel, AZ Sint-Jan Brugge en AZ Groeninge Kortrijk) en Nederland (Erasmus MC Rotterdam), met focus op een verbetering van de dagelijkse klinische ECT praktijk alsook

verdere ontrafeling van de onderliggende neurobiologische mechanismen. Het huidige symposium zal focussen op de eerste resultaten van het PRASED project: Preventing Relapse After Successful ECT for Depression. Daarnaast zal ook toelichting gegeven worden bij het momenteel lopende CHATs onderzoek, Changing Tactics-Optimizing ECT in difficult-to-treat depression.

S17.0 Inleiding

S17.1 Een neuroimaging-update over de werkingsmechanismen van ECT

Jean-Baptiste Belge, MD, PhD, Psychiater i.o., Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel & Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Duffel

Elektroconvulsietherapie (ECT) blijft dé meest effectieve behandeling voor patiënten met een ernstige depressieve stoornis. Met een respons van 70-80% en een remissie van 50-60% blijkt ECT uiterst effectief, zelfs bij therapieresistente gevallen. De onderliggende mechanismen ervan zijn nog niet volledig ontrafeld, ondanks diverse hypothesen zoals de monoaminehypothese, anticonvulsieve hypothese, neuroplastische effecten en immunomodulerende eigenschappen. In deze review bespreken we neuroimaging-onderzoek dat de neuroplastische veranderingen na ECT belicht. Hoewel bewijs suggereert dat ECT veel structurele en functionele hersenveranderingen bij ernstige depressie kan normaliseren, ontbreekt de verbinding tussen deze neurobiologische veranderingen en de opvallende klinische effecten bij depressie. Dit komt mogelijk door beperkte sample sizes in ECT-onderzoek en variaties in gegevensverwerking. Samenwerkingen, zoals het GEMRIC-consortium, dat grote datasets verzamelt, kunnen bijdragen aan een dieper begrip van ECT's werkingsmechanismen, en zo de klinische effectiviteit ervan verhelderen.

S17.2 Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten ter opvolging van een (onderhouds)behandeling met ECT bij depressie

Liselotte Gezels, MD, Psychiater i.o., Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel & Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Duffel

Het beoordelen van depressie ernst is van belang bij het maken van behandelkeuzes, met een belangrijke rol voor beoordelingsschalen. Het voorgestelde onderzoek gebruikte de Clinician-Rated 30-item Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) en de Self-Report versie (IDS-SR) van deze schaal en beoordeelde depressie ernst bij 113 patiënten behandeld met elektroconvulsietherapie (ECT). Specifiek werd onderzocht of zelfbeoordelingsschalen overeenkwamen met de gestructureerde inschatting door een clinicus. Verschillen depressie ernst werden gekwantificeerd door beoordeling van de mate van overeenstemming tussen beide schalen. Ook werd de klinische aanvaardbaarheid van verschillen in beslissingsuitkomst tussen de IDS-C en IDS-SR onderzocht. Deze studie evalueerde of de IDS-SR een gedeeltelijke vervanging zou kunnen zijn voor depressieschalen beoordeeld door de behandelaar, waarbij de IDS-SR zou kunnen fungeren als besluitvormingsinstrument bij het nemen van beslissingen over het behandelingschema van

een ECT-onderhoudskuur. Deze bevindingen hebben bredere implicaties voor de klinische ECT-praktijk door het bevorderen van de integratie van patiëntperspectieven in beslissingen over behandeling. Aanvullend werd ook gekeken naar de effectiviteit van een gepersonaliseerde, symptoomgestuurde benadering van onderhouds-elektroconvulsietherapie (ECT) gedurende 6 maanden bij depressieve patiënten die hebben gereageerd op een acute ECT-kuur.

S17.3 Vroege cognitieve effecten van onderhoudsbehandeling met ECT en lithium bij depressie

Liese Van den Eynde, MD, *Psychiater i.o., KU Leuven, Afdeling Neurowetenschappen, Onderzoeksgroep Psychiatrie, Academisch Centrum voor ECT en Neuromodulatie (AcCENT), Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Kortenberg, Kortenberg*

Tijdens het eerste jaar na een behandeling voor depressie zal tot 50% van de patiënten hervallen. Hervalpreventie met antidepressiva of onderhouds-ECT (M-ECT) werd meermaals onderzocht. In de Amerikaanse PRIDE-studie bleek de combinatie van beiden superieur bij een oudere populatie. Een meta-analyse door Lambrichts et al. suggereerde een bijkomend profylactisch effect na toevoegen van lithium aan de onderhoudsbehandeling na ECT. In de multicentrische PRASED-studie onderzochten we het effect van M-ECT en antidepressiva, al dan niet gecombineerd met lithium, als hervalpreventie na een succesvolle ECT-kuur voor depressie. Zowel ECT als lithium hebben neurocognitieve effecten, maar de combinatie is tot op heden weinig onderzocht. We bespreken de resultaten van de PRASED-studie, waarin deelnemers na het bereiken van remissie at random werden toegewezen aan een onderhoudsbehandeling met (1) M-ECT en lithium versus (2) M-ECT zonder lithium. Een neuropsychologische testbatterij werd afgenomen bij baseline, na remissie (en randomisatie) en opnieuw na 4-wekelijkse sessies M-ECT. Zo willen we onderzoeken wat de cognitieve effecten zijn van het toevoegen van lithium aan M-ECT.

SYMPOSIUM S18 dinsdag 10 september 2024, 16u00 – 17u30

■ Tendensen binnen middelengebruik: impact op de praktijk

Voorzitter: *Jelissa Boiy, Arts, Kompas vzw, Kortrijk*

S18.0 Inleiding

In de verslavingssector en GGZ worden we als professionals geconfronteerd met een breed scala aan problematieken. Van acute intoxicaties die dringende crisiszorg vereisen, tot de complexiteit van individuen die niet noodzakelijk voldoen aan de DSM-V-criteria voor stoornis in middelengebruik, maar wel schadelijk gebruik vertonen. Ook het type van gebruikte middelen verandert. Waar vroeger middelen als heroïne, cocaïne en speed centraal stonden, zien we vandaag een gevarieerder palet aan middelen in de praktijk. We zien de opkomst van ketaminegebruik in het uitgaansmilieu en de grote beschikbaarheid van nieuwe psychoactieve stoffen zoals Flakka en cathinonen (3-MMC, 3-CMC, mefedrone). Rond alcohol bestaan reeds enige tijd richtlijnen, die ook enige impact kunnen hebben rond het bespreken van alcoholconsumptie in de GGZ.

In dit symposium willen we dieper ingaan op hoe deze veranderingen het werk in de verslavingszorg beïnvloeden. We gaan dieper in op de diversiteit aan behandelingsvragen waar we als arts mee geconfronteerd worden. En denken na over de benaderingen die nodig zijn om effectieve zorg te bieden in het continu evoluerend landschap.

S18.1 Nieuwe' drugs? Ketamine en NPS uitgelicht

Frederick Van Der Sypt, Arts, De Sleutel Gent, Gent

Waar vroeger middelen als heroïne, cocaïne en speed centraal stonden, zien we vandaag een gevarieerder palet aan middelen in de praktijk. Zo zien we de opkomst van ketaminegebruik in het uitgaansmilieu en de grote beschikbaarheid van nieuwe psychoactieve stoffen zoals Flakka en cathinonen (3-MMC, 3-CMC, mefedrone). Hoe gaan we hier binnen de verslavingszorg mee om?

S18.2 Alcoholrichtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg: noodzaak of bijzaak?

Hendrik Peuskens, Psychiater, Alexianen Tienen, UPC Leuven, voorzitter VAD, Tienen

Rond alcohol bestaan reeds enige tijd richtlijnen in Vlaanderen. Deze richtlijnen kunnen een impact hebben op het bespreken van alcoholconsumptie of het uitwerken van een beleid hierrond. Waarom is het belangrijk om met deze richtlijnen aan de slag te gaan en hoe dwingend zijn deze richtlijnen?

S18.3 Nieuwe behandel-tendensen binnen de verslavingszorg

Frieda Matthys, Psychiater, Voorzitter Psyche, Antwerpen

Ook binnen de verslavingszorg zijn er (inter-)nationaal verschillende innovatieve behandelmethoden. Deep brain stimulation, cocaïnevacin, GHB als substitutie voor alcohol, ... het zijn maar enkele voorbeelden. Werken deze zaken en kunnen we er iets mee in de praktijk?

S18.4 Do's and dont's omtrent medicamenteuze behandeling

Peter Joostens, Psychiater, Alexianen Tienen, ZorGGroep Zin, Tienen

Waarom wordt er bij de ene patiënt wel Bromazepam voorgeschreven en wordt dit bij de andere geweigerd? Kan Lyrica gezien worden als volwaardig medicijn bij behandeling van verslaving? Zijn psychedelica binnenkort onmisbaar in de praktijk? Het moeilijke evenwicht bij het voorschrijven van nieuwe of risicovolle medicatie wordt hier belicht en ingezoomd op factoren waar rekening dient te worden gehouden.

SYMPOSIUM S19 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ **Wegen naar herstel van verslaving: inzichten op basis van doorleefde ervaringen van personen in herstel**

Voorzitter: **Wouter Vanderplasschen**, *Professor, Onderzoeksgroep Herstel & Verslaving, vakgroep Orthopedagogiek, UGent, Gent*

S19.0 **Inleiding**

Wouter Vanderplasschen, *Professor, Onderzoeksgroep Herstel & Verslaving, vakgroep Orthopedagogiek, UGent, Gent*

De afgelopen decennia is onze kijk op verslaving en de behandeling ervan sterk veranderd. In de hedendaagse verslavingszorg is herstel – net zoals in de ggz – een richtinggevend kader. Diverse studies toonden aan dat herstel een uniek, persoonlijk en relationeel proces is en dat verschillende wegen naar herstel mogelijk zijn. Het recente REC-PATH onderzoek (Recovery Pathways and societal responses in the UK, Netherlands and Belgium) onderscheidde vijf wegen naar herstel, die vaak gecombineerd worden: 1) 12-stappen zelfhulp-programma's (o.a. Alcoholics Anonymous), 2) andere vormen van zelfhulp, 3) ambulante en gemeenschapsgerichte ondersteuning, 4) residentiële hulpverlening (o.a. Therapeutische Gemeenschappen), 5) spontaan herstel (nl. zonder gespecialiseerde of peer-based ondersteuning). De onderzoeksgroep Herstel & Verslaving aan de vakgroep Orthopedagogiek van de UGent spitst zich toe op onderzoek naar diverse ondersteuningsvormen om herstel te bevorderen bij jongeren en volwassenen met een verslaving en/of andere psychische problemen. Binnen ons onderzoek kiezen we er resoluut voor om de doorleefde ervaringen van personen in herstel centraal te stellen. Vertrekkend vanuit het centrale idee dat verschillende vormen van ondersteuning herstel kunnen bevorderen, staan we in dit symposium stil bij een aantal kritische inzichten uit lopend en recent afgerond onderzoek door onze onderzoeksgroep.

S19.1

Clara De Ruyscher, *Postdoctoraal onderzoeker, Onderzoeksgroep Herstel & Verslaving, vakgroep Orthopedagogiek, UGent, Gent*

Hoewel het duidelijk is dat er verschillende wegen zijn naar herstel van verslaving, blijft de kennis van overkoepelende essentiële componenten van herstel eerder beperkt. Op basis van verschillende interviewstudies met participanten die gebruik maakten van diverse ondersteuningsvormen (o.a. Narcotics Anonymous, laagdrempelige opvang, een ambulant CRA+vouchers programma, residentiële behandeling) en personen in spontaan herstel brachten we deze essentiële componenten en hun onderlinge samenhang in kaart. Tijd en ondersteunende omgevingen kwamen hierbij naar voor als onontbeerlijke faciliterende factoren voor veranderingsprocessen gerelateerd aan herstel, en zo ook voor het ontwikkelen van een nieuwe/andere identiteit en toekomstbeeld. Tijdens deze presentatie staan we stil bij de implicaties van deze bevindingen voor het uitbouwen van een herstelondersteunende verslavingszorg.

S19.2 **Hersteld maar niet hersteld: een autobiografisch pleidooi over herstel zonder abstinentie**

Peter Tomlinson, *Ervaringsdeskundige/onderzoeker, Onderzoeksgroep Herstel & Verslaving, vakgroep Orthopedagogiek, UGent, Gent*

Volgens de meeste definities van herstel – klinisch, persoonlijk en sociaal – heb ik de laatste acht jaar een indrukwekkend hersteltraject afgelegd. Klinisch gezien ben ik geëvolueerd van iemand met een losgeslagen psychose naar iemand zonder ernstige symptomen. Op vlak van persoonlijk herstel kan ik zeggen dat ik een betekenisvol leven leid volgens mijn eigen waarden en een duurzaam gevoel van algemeen welzijn ervaar. Ook op sociaal vlak ben ik hersteld. Ik heb werk gevonden, een relatie, voldoende geld en vrienden. Maar volgens veel mensen uit de hoek van de verslavingszorg ben ik helemaal niet in herstel, omdat ik nog steeds dagelijks cannabis gebruik. Ze veronderstellen te snel dat abstinentie de eerste stap naar herstel is. Mijn situatie toont aan dat volgehouden, verregaand en niet-abstinent herstel mogelijk is. Tijdens deze presentatie houd ik een pleidooi voor de erkenning van niet-abstinent herstel als een valide en positieve keuze als weg naar herstel.

S19.3 **Natuurlijk herstel als onderschatte weg naar herstel bij verslaving**

Florian De Meyer, *Doctoraatsonderzoeker, Onderzoeksgroep Herstel & Verslaving, vakgroep Orthopedagogiek, UGent, Gent*

Recent representatief Amerikaans onderzoek toont aan dat natuurlijk herstel een belangrijke weg naar herstel is en schat zo dat 46% van de mensen in herstel dit deed zonder beroep te doen op hulpverlening of zelfhulpgroepen. Om verschillende behandelingsstrategieën te vergelijken, startten we in 2022 de Vlaamse ‘Leven in Herstel’ vragenlijst op. Onze bevindingen laten zien dat, hoewel de prevalentie van natuurlijk herstel (15.2% van onze deelnemers) deels kan worden toegeschreven aan verschillen in afhankelijkheid, ook de levenssituatie tijdens de verslaving een belangrijke rol speelt. Zo vonden we dat ook wanneer we controleerden voor ernst van verslaving, mensen in natuurlijk herstel minder barrières rapporteerden in verschillende levensdomeinen (gezondheid, juridisch, financieel, werk/studies en sociaal) in vergelijking met andere wegen naar herstel. Opvallend is echter dat er geen verschillen in deze domeinen werden gevonden op het moment van deelname. Tijdens de presentatie zullen we de implicaties van deze bevindingen bespreken voor de ondersteuning van herstel, zowel binnen als buiten gespecialiseerde verslavingszorg.

S19.4 Meten van herstelindicatoren tijdens en na residentiële behandeling: bevindingen uit de OMER-BE studie

Amine Zerrouk, *Doctoraatsonderzoeker, Onderzoeksgroep Herstel & Verslaving, vakgroep Orthopedagogiek, UGent, Gent*

Onderzoek naar behandeluitkomsten van de verslavingszorg in ons land is tot op heden zeer beperkt en het gebruikersperspectief ontbreekt hierin nagenoeg volledig. In de internationale literatuur zien we in verschillende gezondheidssectoren toegenomen aandacht voor zogenaamde Patient Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient Reported Experience Measures (PREMs) om behandeluitkomsten en -ervaringen zoals zorggebruikers die beleven te monitoren. De OMER-BE studie maakt gebruik van PROMs en PREMs die gebaseerd zijn op een recent ontwikkeld en internationaal gevalideerd instrument, de ICHOM Standard Set for Addictions (2020). Verschillende sociodemografische variabelen,

klinische factoren en herstelindicatoren werden gemeten bij aanvang van de behandeling (N=162) en 45, 90 en 180 dagen later en vergeleken tussen participanten uit psychiatrische centra (PC, n=82) en therapeutische gemeenschappen (TG, n=80). De eerste tussentijdse analyses tonen na 90 dagen een positieve evolutie aan op het vlak van mentale en fysieke gezondheid, materieel welzijn en levenskwaliteit, terwijl hun relationeel welbevinden een negatieve trend vertoont. Deze bevindingen tonen het belang aan van het meten van 'patientgerapporteerde' uitkomsten en ervaringen (PROMs enPREMs) en kunnen benut worden om de kwaliteit van de verslavingszorg op een meer herstelondersteunende manier verder uit te bouwen.

SYMPOSIUM S20 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ **Gehechtheidsgericht werken met kinderen, jongeren, gezinnen en teams**

Voorzitter: Guy Bosmans, Prof. Dr., Hoogleraar, KU Leuven/ABFT Belgium Trainingscentrum, Leuven

'Verbindend werken' wordt in toenemende mate als een belangrijke kwaliteit gezien van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, jongeren en hun gezinnen. Bij heel wat hulpverleners is er een groeiende interesse om aan dit aspect van hun klinisch handelen invulling te geven op basis van het gehechtheidsdenken. Maar ook bij zorgorganisaties horen we regelmatig de wens om het gehechtheidskader mee op te nemen in hun zorgbeleid, niet enkel voor het cliëntwer, maar ook om teamleden te ondersteunen bij de complexe vorm van samenwerking die de hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg van hen vraagt. In het Attachment-based Family Therapy (ABFT) Belgium Trainingscentrum (KU Leuven) gaan we met hulpverleners en met teams op pad om vanuit het gehechtheidskader te werken met kinderen, jongeren en gezinnen, en met collega's in een team. Daarbij vertrekken we steeds enerzijds vanuit recent wetenschappelijk onderzoek en de theorievorming over gehechtheid (inleiding) en anderzijds vanuit het ABFT-model voor adolescenten (bijdrage 1). Deze pijlers bieden ons telkens weer houvast om te werken aan het stimuleren en/of herstellen van veilige gehechtheidsrelaties bij verschillende doelgroepen (lagere schoolkinderen: bijdrage 2; nieuw samengestelde gezinnen: bijdrage 3) en in diverse settings (teams in de jeugdhulp: bijdrage 4).

S20.0 Gehechtheid en het dynamisch model van de onzekere cyclus

Guy Bosmans, Prof. Dr., Hoogleraar, KU Leuven/ABFT Belgium Trainingscentrum, Leuven

Volgens de gehechtheidstheorie hebben alle kinderen een aangeboren nood om zich verbonden en verzorgd te voelen met en door hun ouders, en om op hen te kunnen terugvallen bij stress. Parallel hebben alle ouders de nood om te voelen dat hun kind hen als liefhebbend en zorgend ervaart. Via dit biologisch verankerde systeem zal vervolgens de variatie in de door het kind ervaren kwaliteit van zorg ertoe bijdragen dat kinderen veiliger of onveiliger gehecht geraken. Veiliger gehechte kinderen leren vertrouwen in zorg en zullen daardoor sneller steun zoeken bij belangrijke anderen tijdens stress. Onveiliger gehechte kinderen ontwikkelen minder vertrouwen in zorg en zullen alternatieve manieren zoeken om met stress om te gaan. Dit maakt hen kwetsbaar om met hun ouders te verzeilen in wat we een

onveilige cyclus noemen: een patroon van interacties waarbij misverstanden in de communicatie het gebrek aan vertrouwen, de daarmee verbonden onderliggende angsten en de gedragsmatige manieren om met stress om te gaan bij gebrek aan steun, wederzijds worden versterkt. In deze bijdrage doen we de leertheorie over gehechtheid en het model van de onveilige cyclus uit de doeken en bespreken we hoe deze ons handvatten bieden om met gezinnen in gesprek te gaan over '(on)verbonden zijn' met elkaar, in de beeldvorming over onveilige relationele dynamieken binnen een gezin en bij het uitdenken van interventies om deze een halt toe te roepen.

S20.1 Attachment-Based Family Therapy als roadmap om onzekere cycli te doorbreken en nieuw gehechtheidsleren te faciliteren bij adolescenten

Karen Bauwens, Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

Ludmilla Moons, Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

Attachment-Based Family Therapy (ABFT) is een kortdurende, systeemtherapeutische interventie waarvoor wetenschappelijk is aangetoond dat het een model van relatieherstel biedt dat een positieve impact heeft op de (aanmeldings)klachten in gezinnen. ABFT is initieel ontwikkeld voor depressieve en suïcidale jongeren en sluit aan bij de huidige stand van zaken in het gehechtheidsonderzoek die suggereert dat emotioneel lijden bij jongeren mee veroorzaakt, in stand gehouden of, belangrijker nog, gebufferd kan worden door de kwaliteit van gehechtheidsrelaties binnen gezinnen. Er wordt vanuit gegaan dat depressieve en suïcidale jongeren gestopt zijn met het opzoeken van steun en zorg van hun ouder(s) of primaire zorgfiguren in tijden van stress vanwege verlies van vertrouwen in zorg doorheen een leergeschiedenis van relationele kwetsuren en emotioneel onafgestemde zorginteracties. ABFT speelt hierop in door met gezinnen als eerste stap in behandeling een verbindend traject te doorlopen gericht op het herstellen en/of versterken van de gehechtheidsrelatie tussen de jongere en diens ouder(s) of primaire zorgfiguur. De kern van ABFT ligt in gezinnen te helpen (her)ontdekken, communiceren én ervaren dat ze, onderliggend aan alle conflicten, miscommunicaties, afstand, relationele kwetsuren en vertrouwensbreuken, vooral verlangen om zich met elkaar verbonden te voelen. ABFT is opgebouwd uit vijf behandeltaken die fungeren als een roadmap om, doelgericht en systematisch, dit primaire behandeldoel van relatieherstel te bereiken. In deze bijdrage zal het ABFT model met zijn 5 behandeltaken toegelicht worden.

S20.2 Middle Childhood Attachment-based Family Therapy: Het bevorderen en herstellen van veilige gehechtheidsrelaties bij lagere schoolkinderen en hun ouders

Leen Van Vlierberghe, Dr., Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

Guy Bosmans, Prof. Dr., Hoogleraar, KU Leuven/ABFT Belgium Trainingscentrum, Leuven

Bij gebrek aan een gelijk(w)aardig gehechtheidsgericht aanbod dat zich specifiek richt op lagere schoolkinderen, probeerden we doorheen de jaren ABFT ook toe te passen bij deze jongere doelgroep. Hoewel we de systematiek van de behandeltaken zoals in ABFT beschreven min of meer konden vasthouden, moesten we toch vaststellen dat het model onvoldoende recht doet aan de eigenheden van de (gehechtheids)ontwikkeling in deze leeftijdsgroep. De manier waarop in ABFT aan bepaalde behandeldoelen wordt gewerkt,

bleek daardoor niet haalbaar bij deze jongere kinderen. Om hieraan tegemoet te komen, ontwikkelden we Middle Childhood Attachment-based Family Therapy (MCABFT) een gehechtheidsgerichte interventie voor kinderen tussen 8 en 12 jaar met gedrags- en emotionele moeilijkheden en hun ouders. In deze bijdrage schetsen we kort op welke manier we de ABFT roadmap konden behouden maar via een meer speelse en actieve manier van werken beter tegemoet komen aan de (gehechtheids)ontwikkelingsnoden en eigenheden van 8 tot 12-jarigen. We presenteren de eerste resultaten van een pilootonderzoek naar de effectiviteit van MCABFT en de tevredenheid van ouders met deze interventie. Tot slot vertellen we iets over twee lopende MCABFT-implementatietrajecten in de lagere schoolteams van CGG VAGGA (Antwerpen) en netwerk Ligant (Limburg).

S20.3 (MC)ABFT in nieuw samengestelde gezinnen

Tara Santens, Dr., Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

Leen Van Vlierberghe, Dr., Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

Een toenemend aantal kinderen groeit op in een nieuw samengesteld gezin (NSG). Samenleven in een NSG verschilt op vele vlakken fundamenteel van samenleven in een kerngezin, en kan de ontwikkeling van veilige gehechtheidsrelaties sterk onder druk zetten. In (MC)ABFT ontmoeten we kinderen, jongeren en (plus)ouders die met deze relationele uitdagingen worstelen en zien we hoe sterk dit verband kan houden met hun mentaal welbevinden. Hiermee aan de slag gaan in (MC)ABFT, vraagt een zorgvuldige afweging van de invulling van de taken in de roadmap: Wanneer en waarom nodig ik een plusouder mee uit? Hoe krijg ik NSG thema's en de impact ervan op de gezinsrelaties op tafel? Wat bespreek ik precies met een kind, jongere, (plus)ouder? Hoe kan ik ervoor zorgen dat alle partijen zich voldoende gehoord en gezien voelen? We vonden inspiratie bij het kader van Papernow en collega's (2023) waarin vijf NSG-specifieke uitdagingen worden beschreven, evenals een aantal strategieën om er in therapie mee aan de slag te gaan. In deze bijdrage lichten we toe hoe dit kader ons helpt om de verschillende taken in de ABFT roadmap in deze gezinnen vorm te geven op een manier die recht doet aan de eigenheid van samenleven in een NSG.

S20.4 Gehechtheidsgericht aan de slag in de jeugdhulp: het belang van teamwork

Jasmijn Creten, Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

Ilse Devacht, Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

Ludmilla Moons, Opleider, ABFT Belgium Trainingscentrum (KU Leuven), Leuven

“Hoe kunnen we binnen onze teams in de jeugdhulp meer gehechtheidsgericht werken?”

“Hoe kunnen we het inzetten op nieuwe zorgervaringen en herstel in vertrouwen tot rode draad en gemeenschappelijke taal maken binnen onze jeugdhulpvoorzieningen?”

Dat zijn de vragen waarmee de voorzieningen jeugdzorg van Trawant* kwamen aankloppen bij het ABFT-Belgium trainingscentrum. En zo begon onze weg samen...

Attachment Based Care For Teams (ABC4T) biedt een begeleidingskader voor interdisciplinaire teams, gebaseerd op inzichten uit de gehechtheidstheorie. We bouwden hierop verder om een trainingstraject te ontwikkelen op maat van de teams jeugdzorg van Trawant. Het afgelopen jaar trainden we meer dan 40 teams. Het was een unieke ervaring en een voorrecht om bij zoveel teams een blik binnen te mogen werpen. Gehechtheidsgericht

werken is 'dichtbij de mens': het verlangt dat we ons mens-zijn professioneel inzetten. Dit gaat echter niet zomaar. Het vereist een gemeenschappelijk kader, kennis, gedragenheid en bovenal: teamwerk. Gehechtheidsgericht werken gaat immers ook over wat er bij jou als mens en tussen jullie als collega's gebeurt. Door ook met parallelprocessen en teamprocessen aan de slag te gaan, kunnen we ons 'mens-zijn' en onze onderlinge verschillen nog meer inzetten als kracht. We delen graag iets over dit trainingstraject. Wat betekent het om gehechtheidsgericht aan de slag te gaan in een interdisciplinair team? Wat is hiervoor nodig? Wat kunnen we leren van de ontmoetingen met deze teams?

* Samenwerkingsverband Trawant: een regionale samenwerking tussen jeugdhulppartners en andere betrokken actoren op gezinnen, kinderen en jongeren.

SYMPOSIUM S21 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ Hoe actueel is de OCD behandelingsrichtlijn nog?

Voorzitter: *Chris Bervoets, Md PhD, UPC KU Leuven, Leuven*

S21.0 Inleiding

S21.1 Medicamenteuze behandeling van OCD

Emma Verstraete, Md, UPC KU Leuven, Leuven

Inleiding: De obsessief-compulsieve stoornis (OCS) is een psychiatrische aandoening gekenmerkt door ongewenste, repetitieve en stresserende preoccupaties (obsessies) en hierbij gepaard gaande dwanghandelingen (compulsies) om de ontstane stress te verminderen. De levensloopprevalentie van OCS is 2,3%. De klassieke behandeling van OCS bestaat uit cognitieve gedragstherapie (CGT) en/of een farmacologische behandeling, met name serotonine-reuptake-inhibitoren (SRI's) die volgens de huidige richtlijn hoog en langdurig gedoseerd dienen te worden. Hieruit volgend wordt aangenomen dat serotonine een belangrijke rol speelt in de pathofysiologie van OCS: de serotonine hypothese. Er is geen overzicht omtrent de farmacodynamische effecten van het hoog- en langdurig doseren van SRI's en het is discutabel of serotonine het enige farmacodynamische doelwit is van de farmacologische behandeling bij OCS. Methode: Aan de hand van een scoping review wordt de beschikbare literatuur samengevoegd omtrent deze tweeledige onderzoeksvraag. De PRISMA-ScR-richtlijnen worden gevolgd. De farmaceutische moederbedrijven van de referentieproducten werden aangeschreven. Resultaten: Dosis-escalatie bij SRI-behandeling genereert geen bijkomende serotonerge receptorbezetting. Er is geen data beschikbaar omtrent wat farmacodynamisch wel gebeurt bij hoog en langdurig doseren van SRI's. Binnen de serotonerge referentieproducten voor OCS bevinden zich ook noradrenerg werkende producten. Discussie: Publicatiebias speelt een belangrijke rol in de afwezigheid van kennis omtrent de farmacodynamiek bij behandeling met SRI's in hoge dosis. Noradrenaline lijkt op basis van de gepubliceerde data een minstens even belangrijk neurochemisch target te zijn voor OCS als serotonine. De resultaten binnen deze review nopen tot een kritische evaluatie van de serotonine-hypothese als klinische fundering voor een effect bij OCS, alsook van de huidige behandelrichtlijn, daar er op heden geen farmacologische rationale gepubliceerd is voor de geadviseerde hoge doseringen bij OCS.

521.2 Biomarkers in de OCD diagnose

Xena Serifova, Doctorandus Biomedische wetenschappen, UPC KU Leuven, Leuven

Bijkomende auteur(s): *Stephanie Van der Donck, Laura Luyten, Chris Bervoets, Bart Boets*

Bouwen aan begrip: Onderzoek naar biomarkers voor OCS.

Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een ernstige psychiatrische aandoening die een aanzienlijke impact op het dagelijks functioneren heeft. Vroege detectie en behandeling zijn daarom cruciaal. Het centrum voor OCS te UPC KU Leuven past verschillende behandelingen toe, zoals o.a. cognitieve gedragstherapie. Een uitdaging is echter het ontbreken van objectieve methoden om de behandelingseffectiviteit te evalueren en aldus het behandelingsprogramma te individualiseren of verfijnen. Er is dus behoefte aan objectieve tools om de ernst en evolutie van OCS te monitoren.

Recent is een innovatieve frequentie-tagging EEG methode ontwikkeld. In het huidige project combineren we deze veelbelovende benadering met symptoomprovocatietechnieken om de neurale gevoeligheid voor OCS-relevante visuele stimuli op een snelle en objectieve manier te onderzoeken. Daarnaast vullen we deze aanpak aan met metingen van spontane, laagfrequente hersengolven, aandachtsoriëntatie, vermijdingsgedrag, en stressfysiologie. We vergelijken volwassenen met OCS met controlepersonen, en monitoren de symptoomernst doorheen een intensief cognitief gedragstherapeutisch programma dat exposure en responspreventie omvat. Deze integratieve aanpak kan nieuwe inzichten bieden in de neurobiologische mechanismen die ten grondslag liggen aan OCS en bouwt daarmee verder aan begrip omtrent de stoornis.

Dit onderzoeksprogramma, ingebed in een recent opgerichte klinische OCS-unit, vormt een cruciale stap in de richting van een objectieve biomarker van OCS-ernst. Daarmee heeft dit project niet alleen een grote waarde binnen onderzoek, maar ook potentieel om de klinische praktijk te verrijken en op termijn het welzijn van patiënten met OCS te verbeteren.

521.3 Familie-therapeutische benadering van OCD

Sirri Wouters, Psycholoog gedragstherapeut, UPC KU Leuven, Leuven

Onderzoek heeft aangetoond dat cognitieve gedragstherapie (CGT) effectief is voor patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Bij follow-up voldoet echter ongeveer de helft van de behandelde patiënten nog steeds aan de criteria van een OCS (van Oppen, van Balkom, de Haan, & van Dyck, 2005). Het behandelresultaat zou mogelijk verbeterd kunnen worden door de behandeling te richten op familie-interacties rondom de obsessieve-compulsieve symptomen.

521.4 Psychomotorische therapie en OCD

Joren Deschryvere, PMT therapeut, UPC KU Leuven, Leuven

In dit onderdeel bespreken we de rol van lichaamsgericht werken binnen het behandeltraject van de patiënt. Dit behandelonderdeel bestaat uit 3 verschillende soorten therapieën: Algemene psychomotorische therapie, fitness & relaxatie. De rol en het doel van deze onderdelen zullen specifiek voor OCS uitgebreid worden besproken. Niet alleen vanuit een wetenschappelijk perspectief maar ook aan de hand van observaties die we gedurende het

voorbijde jaar hebben kunnen maken. We bespreken ook hoe PMT een belangrijke ondersteunende schakel kan zijn binnen de gedragstherapie, zowel op vlak van observaties maar ook op vlak van spanningsregulatie binnen het exposure onderdeel dat natuurlijk centraal staat in het behandeltraject. Om af te sluiten halen we het belang van interoceptieve awareness aan bij de behandeling van de patiënt en het onderzoek dat binnenkort in samenwerking met de KU Leuven zal opgestart worden.

SYMPOSIUM S22 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ Op zoek naar verbinding in muziektherapie

Voorzitter: Daisy Varewyck, Master in de muziektherapie, Muziektherapeut, PC.

Dr. Guislain, Gent

Tijdens dit symposium laten we 3 muziektherapeuten aan het woord. Aan de hand van casuïstiek met bijhorende klinische muziekfragmenten zullen zij hun werk voorstellen en koppelen aan de theorie. Elke muziektherapeut zal spreken vanuit zijn/haar werkveld: volwassenen, kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek.

S22.0 Inleiding

Daisy Varewyck, Master in de muziektherapie, Muziektherapeut, PC. Dr. Guislain, Gent

S22.1 Van donkere gedachten naar donkere humor

Stijn Bluekens, Master in de muziektherapie, Muziektherapeut, PC. Dr. Guislain, Gent

Deze lezing werpt een klinische blik op het gebruik van humor binnen een therapeutische setting. Vanuit een casus met een puber wordt het gebruik van humor besproken. Humor kan gezien worden als een spel met de realiteit. Omwille van een bevreedende realiteitsbeleving bij verscheidene pathologieën, kan het van belang zijn om via humor een toegangspoort te zoeken tot verbinding. Een gedeelde humoristische ervaring kan hierbij een teken zijn van verbinding, waaruit er verder kan worden gebouwd op een therapeutisch proces en contact tot stand kan worden gebracht. Een onbegrip in humor kan daarentegen ook iets aanduiden van het huidige psychisch functioneren of een verandering van de realiteitsbeleving. In deze casus vond er een verschuiving plaats van donkere gedachten naar donkere humor. De humor bracht haar in het hier-en-nu en trok haar weg van de suïcidale stem in haar hoofd. Om het thema humor in therapie nog wat uit te diepen zullen er korte klinische vignetten worden besproken waarin humor een belangrijke rol speelde.

S22.2 Verstandelijke beperking en depressie: over de (on)mogelijkheid tot muzikale ontwikkeling

Anna Petit-Jean, Master in de muziektherapie, Muziektherapeut, PC. Dr. Guislain, Gent

In deze uiteenzetting bespreken we het muziektherapeutisch proces van een jonge man met een licht verstandelijke en fysieke beperking die werd aangemeld met depressieve klachten. Deze uiten zich enerzijds in een algemene lusteloosheid en suïcidale gedachten en anderzijds in heftige emotionele uitbarstingen. Tijdens de dagbehandeling in het psychiatrisch centrum Dr. Guislain volgt de man wekelijks muziektherapie in kleine groep. Tijdens de sessies valt op dat hij weinig van zichzelf laat zien. Hij legt alle initiatief, inbreng en keuzes bij de ander en

dwaalt regelmatig af met zijn gedachten. Ook zijn manier van spelen wordt gekenmerkt door een zekere afwezigheid: er is een beperkte mate van contact met het eigen spel en dat van de ander. Het wordt snel duidelijk dat muzikale ontwikkeling niet of nauwelijks mogelijk is. Wel ontstaan er soms korte momenten waarop hij plots contact maakt en op een ontladende, harde en gevarieerde manier de instrumenten bespeelt. Vanuit dit beeld ontstaat de nieuwsgierigheid naar zijn identiteit. Binnen deze casus onderzoeken we onder andere volgende vragen: Hoe kunnen we deze man vaker in het hier en nu brengen? Hoe kunnen we de muzikale ontwikkeling stimuleren? Kunnen we zijn identiteitsontwikkeling faciliteren?

S22.3 Muziek in tijden van crisis

Daisy Varewyck, Master in de muziektherapie, Muziektherapeut, PC. Dr. Guislain, Gent

Is therapie aangewezen op een crisisdienst? En zo ja, aan welke frequentie kan men dan iemand therapeutisch opvolgen tijdens een kortdurende residentiële opname? En wat met muziektherapie? Is muziek niet te overspoelend wanneer iemand net in het dieptepunt van zijn/haar leven zit? Is het veilig om een persoon tijdens een psychotische of manische opstoot te laten improviseren? Zou improvisatie agressie kunnen uitlokken? Zijn er elementen die als tegenindicatie gelden voor (muziek)therapie tijdens een crisis? Op welke manier kan men contact maken en hoe kan men in verbinding gaan? Tijdens deze lezing trachten we aan de hand van klinische vignetten, met muziekfragmenten ter illustratie, een antwoord te formuleren op deze en andere vragen.

SYMPOSIUM S23 woensdag 11 september 2024, 09u15 - 10u45

■ Populatiestudies 2.0: een nieuwe generatie populatiestudies

Voorzitter: Ronny Bruffaerts, Klinisch psycholoog, ZAP, KUL, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Leuven

In dit symposium gaan we in op nieuwe ontwikkelingen in populatiestudies, waarbij voorbij het descriptieve gekeken wordt.

S23.0 Inleiding

Ronny Bruffaerts, Klinisch psycholoog, ZAP, KUL, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Leuven

De voorbije 20 jaar hadden populatiestudies in hoofdzaak een descriptief karakter. De nieuwe generatie populatiestudies gaat verder dan descriptieve doelen, en zet in op monitoring van geestelijke gezondheid. Vanuit monitoring openen zich nieuwe deuren die maatschappelijk relevant zijn en het beleid kunnen informeren, zoals: kunnen we suïcidaliteit voorspellen?; kunnen we de afstemming tussen zorgnood en zorggebruik verbeteren?; kunnen we de zorgnood inschatten op netwerkniveau? In dit symposium gaan we in op diverse populatiestudies die net dat stapje verder gaan, met longitudinale designs: de Leuven College Surveys (LCS) monitort de geestelijke gezondheid van studenten; de National study on the Epidemiology of mental health Disorders (NEEDs) bestrijkt de algemene Belgische populatie, en EPCAP (Evaluation of Primary Care Psychology in Belgium) zoomt in op de groep patiënten die gebruik maakt van eerstelijnspsychologische zorg.

S23.1 Mortaliteit bij suïcidale patiënten op de spoeddienst van het UZ Leuven Gasthuisberg van 2001-2023

Laura Van Eldere, Master in de verpleeg- en vroedkunde, doctorandus, KUL, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Leuven

Onderzoek toont aan dat er een aanzienlijke oversterfte is bij mensen met een psychische aandoening voor bijna alle psychische stoornissen (Lawrence, Kisely, & Pais, 2010). Suïcide is de meest bestudeerde reden van overlijden in de geestelijke gezondheidszorg, hoewel niet iedereen met suïcidale gedachten en gedragingen overlijdt door suïcide (O'Connor & Nock, 2014). Omwille hiervan onderzochten we de redenen van overlijden bij psychiatrische patiënten die zich de voorbije 22 jaar aanmeldden met suïcidale gedachten en/of gedragingen op de spoedgevallendienst (N ~17,000). Aan de hand van een longitudinale dataset kunnen patiënten binnenin het suïcidale spectrum worden opgevolgd. Mogelijke veranderende demografische klinische variabelen en diverse aspecten van zorggebruik worden tijdens het leven en na overlijden in kaart gebracht.

S23.2 Middelenmisbruik bij studenten: prevalentie, evolutie en risicofactoren

Chelsea Verledens, Onderzoekspycholoog, doctorandus, KUL, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Leuven

Middelenmisbruik start vaak in de studententijd. Dit misbruik kan bij studenten leiden tot negatieve academische uitkomsten zoals het missen van lessen, minder slaagkansen en drop-out, alsook tot gevolgen die in de bredere populatie voorkomen zoals Drug Use Disorder (DUD). Studenten vormen een unieke populatie met hun eigen uitdagingen (academische druk, kotleven, ...), en bevinden zich in de overschakeling van adolescentie naar volwassenheid ('emerging adulthood') gekenmerkt door exploratie, risico's nemen, kwetsbaarheid voor mentale problemen en toegenomen middelenmisbruik (Auerbach et al., 2016). Deze situatie vraagt naar uitgebreid onderzoek van middelenmisbruik bij studenten. Bestaand onderzoek focust zich echter vaak op eerstejaarsstudenten, waardoor het leeftijdsbereik beperkt is. Middelenmisbruik ontstaat namelijk gemiddeld rond de leeftijd van 20 jaar. Ook gaat het vaak om cross-sectionele samples van meer dan een decennium geleden, terwijl de drugmarkt snel evolueert. Dit vraagt om longitudinaal onderzoek bij een bredere waaier aan studenten.

In de huidige studie kaderend binnen de Leuven College Surveys volgen we studenten (N~22,000 sinds 2012) longitudinaal op door middel van een jaarlijkse e-survey, waarvoor momenteel longitudinale data beschikbaar zijn. We gaan hier in op de eerste resultaten omtrent voorkomen en risicofactoren van middelenmisbruik bij studenten.

S23.3 Eetstoornissen in België: voorkomen en zorgnoden

Rozemarijn Jeannin, Klinisch psycholoog, Post-doctoraal onderzoeker, KUL, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Leuven

Eetstoornissen zijn complexe en ingrijpende psychische stoornissen, die een grote impact hebben op de patiënt en hun omgeving. Het is van cruciaal belang om eetstoornissen in een vroeg stadium aan te pakken, omdat ze kunnen uitgroeien tot ernstige comorbiditeit op lichamelijk gebied en kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van chronische psychische en lichamelijke problemen.

De corona-epidemie heeft een toename in verstoord eetgedrag met zich meegebracht. Nauwkeurige schattingen rond de prevalentie en het zorggebruik bij eetstoornissen dateren echter van 2 decennia geleden. De NEEs studie bevroeg een gerandomiseerde steekproef van volwassenen uit het Belgische rijksregister (N ~800) rond het voorkomen van eetstoornissen gedurende de levensloop en in het afgelopen jaar, en hun zorggebruik. Daarnaast maken we gebruik van de Vlaamse database binnen de leerstoel Public Mental Health Monitor. Binnen deze leerstoel worden Vlaamse data gecollecteerd, representatief voor de opbouw van de Vlaamse bevolking per netwerk GGZ (N=6400). Datacollectie vond plaats in het najaar van 2023.

De volgende outcomes rond eetstoornissen worden gemeten: (a) BMI, (b) eetbuien, (c) purgeergedrag, (d) restrictie, fear of fat en overevaluatie van gewicht en lichaamsvormen en (e) een screeningsvragenlijst (NIAS) rond de Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) bij een deel van de respondenten. Een tweede component in de vragenlijst gaat over behandelaspecten, gerapporteerd door de persoon met een eetprobleem (met componenten van de Zorgmodule uit de CIDI-3.0).

523.4 **Zorgpaden binnen een GGZ-netwerk – een oefening van(uit) populatiemanagement**

Leontien Jansen, Klinisch psycholoog, Post-doctoraal onderzoeker KU Leuven, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Leuven

Bijkomende Spreker(s): in co-presentatie met Dhr. Koen Demuynek,
Netwerkcoördinator GGZ-netwerk Kwadraat

Het nauwkeurig schatten van aanmeldingen en doorverwijzingen binnen de geestelijke gezondheidszorg is essentieel voor populatiemonitoring in de lopende hervormingen in België. Door middel van het DIZ² (Data-in-zicht (voor) Kwadraat) project werden, aan de hand van een sjabloon-gebaseerde benadering, in het najaar van 2022 het zorggebruik gemonitord binnen GGZ-netwerk Kwadraat door zowel aanmeldingen als diens verwijzingen, symptomen, sector van behandeling als ook tijd tussen aanmelding en start van behandeling te registreren. Door periodieke metingen konden gegevens over aanmeldingen en diens behandelkarakteristieken worden verzameld en geanalyseerd, met als doel veranderingen in de aangemelde populatie te volgen en een robuust monitoringinstrument te ontwikkelen. Resultaten tonen dat ongeveer 4% van de algemene bevolking beroep doet op de GGZ op jaarbasis. Psychiatrische ziekenhuizen en spoeddiensten waren belangrijke toegangspunten voor verschillende problematieken, waarbij 7 op de 10 patiënten binnen een maand na doorverwijzing met behandeling begonnen. Het monitoren van zorggebruik en veranderingen in de aangemelde populatie zijn cruciaal om gelijke toegang te waarborgen en uitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

SYMPOSIUM S24 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ **HerstelAcademies, dichtst bij de burger**

Voorzitter: Frieda Matthys,

Een HerstelAcademie: Wat is het? Wat zijn de uitgangspunten? Van waar komt het? Hoe gestart? Waar staan we nu? Waar willen we naartoe?

S24.0 Inleiding

Toon Derison, Stafmedewerker, Psyche vzw, Gent

Een HerstelAcademie: Wat is het? Wat zijn de uitgangspunten? Van waar komt het? Hoe gestart? Waar staan we nu? Waar willen we naartoe?

S24.1 Interactieve educatie en persoonlijk herstel

Leen Verhaert, Coördinator, PsychoseNet België, Antwerpen

Educatie speelt een cruciale rol in het proces van persoonlijk herstel, dit leren we uit ervaringskennis. Door educatie krijgen mensen de kennis en vaardigheden die nodig zijn om hun eigen situatie te begrijpen en te verbeteren. Als cursist, eerder dan patiënt of client kunnen deelnemen een cursus, legt de basis voor zelfbewustzijn en zelfreflectie, waardoor mensen beter in staat zijn om hun eigen sterke punten en zwakheden te identificeren.

S24.2 Wij zijn uni(ek)! Meerwaarde van co-creatie en zeggenschap

Tom Vansteenkiste, Zorginhoudelijk coördinator, IBW Muliversum/HerstelAcademie A'pen, Antwerpen

Kris Stulens, Coördinator HerstelAcademie Limburg, Kohesi, Limburg

HerstelAcademies staan voor 360 co-creatie. Co-creatie en zeggenschap bieden een waardevolle synergie doordat ze de kracht van diverse perspectieven bundelen. In samenwerkingsverbanden waar co-creatie centraal staat, ontstaat er een vruchtbare voedingsbodem voor innovatie en creativiteit. Co-creatie verwijst hier naar de samenwerking tussen mensen met cursisten, ervaringskennis (ervaringsdeskundigen en cursisten) en zorgprofessionals. Gezamenlijk werken zij aan het ontwerp en de vormgeving van alle facetten van de HerstelAcademie.

S24.3 Hoe een breed als mogelijk cursusaanbod dichtst bij de burger te brengen?

Maaïke Boonstra, Stafmedewerker Netwerk GGZ Kempen, Geel

Bart Buyens, Stafmedewerker Netwerk GGZ Kempen, Geel

HerstelAcademies bieden een breed als mogelijk cursusaanbod. Dit aanbod krijgt enerzijds vorm vanuit de behoeftebevraging van cursisten en anderzijds door het bundelen van aanwezige sterkten (expertise) in een regio.. Door co-creatie en nauwe samenwerking met lokale partners, zoals gezondheids- en welzijnsorganisaties, zowel in de publieke als private sector, streven HerstelAcademies ernaar een breed scala aan cursussen aan te bieden in elke eerstelijnszone. Deze bijdrage geeft meer inzicht in de strategieën die gehanteerd werden binnen Netwerk GGZ Kempen.

S24.4 HerstelAcademie & EQUALITY

Ilse Goethals, Lector/Onderzoeker expertisecentrum E-QUAL, HoGent, Gent

Hanne Evenepoel, Co-onderzoeker expertisecentrum E-QUAL, HoGent, Gent

Vanuit het EQUALITY//ResearchCollective (HoGent) werd de voorbije 2 jaar onderzoek gedaan, door een senior onderzoeker en co-onderzoeker met ervaringskennis. Het onderzoek had tot doel om aan de hand van vijf werkpakketten na te gaan op welke manier de

HerstelAcademies hun ambities waarmaken binnen de huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Deze bijdrage geeft een overzicht van hun bevindingen en aanbevelingen.

SYMPOSIUM S25 woensdag 11 september 2024, 11u15 – 12u45

■ **Suïcidale gedachten en gedragingen van jongvolwassenen**

Voorzitter: Olivia Kirtley, PhD, Assistant Research Professor and Co-Director, Center for Contextual Psychiatry, Center for Contextual Psychiatry, KU Leuven, Leuven

S25.0 Inleiding

Olivia Kirtley, PhD, Assistant Research Professor and Co-Director, Center for Contextual Psychiatry, Center for Contextual Psychiatry, KU Leuven, Leuven

Elk jaar sterven er wereldwijd meer dan 700.000 mensen door suïcide en nog veel meer mensen worstelen met suïcidale gedachten. Ook zelfverwondend gedrag (ZVG) is een groot probleem voor de volksgezondheid en is een sterke voorspeller van toekomstige suïcide-pogingen. Zowel suïcidaal gedrag als ZVG is heel dynamisch en verandert in de loop van uren en dagen, wat een enorme uitdaging vormt voor klinici die deze gedragingen wensen te voorspellen en voorkomen. Het meeste eerdere onderzoek naar suïcide en ZVG heeft de dynamische aard van deze gedachten en gedragingen over het hoofd gezien, door ze te onderzoeken met retrospectieve vragenlijsten of in laboratoriumexperimenten, maar als we suïcidale gedragingen en ZVG echt willen kunnen begrijpen en voorkomen, moeten we het onderzoek weghalen uit het laboratorium en binnengaan in het dagelijkse leven van mensen. In dit symposium presenteren we een onderzoeksprogramma waarin we ZVG en suïcidale gedragingen in het dagelijks leven onderzoeken met behulp van smartphone-technologie. Dit onderzoek geeft ons inzichten in de suïcidale gedragingen en ZVG van individuen die we normaal gesproken zouden missen, omdat ze buiten de muren van de kliniek plaatsvinden, en heeft betrekking op zowel risico- als beschermende factoren. Daarom zijn deze resultaten direct relevant voor de preventie en klinische behandeling van suïcidale gedragingen en ZVG.

S25.1 Het korte-termijnverloop van zelfverwondingsgedachten en cognities bij individuen die behandeling zoeken

Glenn Kiekens, PhD, FWO Senior Research Fellow; Assistant Professor, Center for Contextual Psychiatry & Department of Clinical Psychology, KU Leuven; Tilburg University, Leuven

Bijkomende Spreker(s): Laurence Claes, Evan Kleiman, Koen Luyckx, Daniel Coppersmith, Rebecca G. Fortgang, Inez Myin-Germeys, Matthew K. Nock

Zelfverwondend Gedrag (ZVG) vormt een aanzienlijk zorgpunt voor de geestelijke gezondheid. Tot nu toe hebben studies zich gericht op het vaststellen van de prevalentie en samenhang met de aanwezigheid en ernst van ZVG. Echter, we missen nog steeds basiskennis over het korte-termijnverloop van ZVG bij hulpzoekende cliënten. Dergelijke informatie zou nuttig zijn om klinici beter te informeren en behandelingsmiddelen toe te wijzen voor ZVG. Om deze reden richt deze studie zich op vier onbeantwoorde vragen met betrekking tot het korte-termijnverloop van ZVG: in welke mate variëren ZVG-cognities (i.e.,

gedachten, drang, en effectiviteit om ZVG te weerstaan) en gedrag (1) tussen individuen die behandeling zoeken, (2) binnen individuen die behandeling zoeken, en (3) gedurende de dag en de week, en (4) hoe voorspellen cognities en gedrag elkaars verloop. Om een antwoord te bieden om deze vragen zullen we gebruik maken van het Detection of Acute rlsk of self-injury (DAILY) Project, een vier weken durende Experience Sampling Studie bij 125 cliënten tussen 15-39 jaar die behandeling zoeken. Deze cliënten vulden dagelijks 6 vragenlijsten in die ZVG-cognities en gedrag bevraagden (totaal 15,123 assessments), en registreerden zelfverwondend gedrag ook met een drukknop. De bevindingen zullen een gedetailleerde karakterisering bieden van het verloop van ZVG tijdens behandeling, waarmee de wetenschap en klinische praktijk worden geïnformeerd over de dynamische en heterogene aard van ZVG.

S25.2 De puzzel van zelfverwonding bij adolescenten: Hechting, eenzaamheid en jeugdtrauma

Julie Janssens, MSc, PhD Candidate; Clinical Psychologist and Family Therapist, Center for Contextual Psychiatry, KU Leuven, Leuven

Bijkomende auteur(s): Inez Myin-Germeys, Ginette Lafit, Robin Achterhof, Noemi Hagemann, Karlijn S. F. M. Hermans, Anu P. Hiekkaranta, Aleksandra Lecei, & Olivia J. Kirtley

Onveilige hechting is een risicofactor voor zelfverwondend gedrag (ZVG) bij volwassenen. Er is echter geen onderzoek naar de relatie tussen onveilige hechting en ZVG in het dagelijks leven van adolescenten, ondanks de noodzaak om de korte-termijn associaties van ZVG te begrijpen. Eenzaamheid en jeugdtrauma zijn ook in verband gebracht met zelfverwonding en hechting, maar zijn niet onderzocht in het dagelijks leven. In drie studies gebruikten we gegevens van de N=1913 SIGMA-studie om de relatie te onderzoeken tussen hechting, jeugdtrauma, eenzaamheid, ZVG en ZV-gedachten bij adolescenten. ZVG, ZV-gedachten en eenzaamheid, werden gedurende 6 dagen tien keer per dag gemeten tijdens het dagelijks leven van adolescenten met behulp van de Experience Sampling Method, een soort smartphonedagboek. De resultaten toonden aan dat zowel een grotere onveilige hechting met de vader als met de moeder samenhang met ZV-gedachten, maar niet met ZVG. We ontdekten ook dat de relatie tussen eenzaamheid, ZV-gedachten en ZVG sterker was voor mensen met meer onveilige hechting, en dat een sterke maternale hechting de relatie tussen jeugdtrauma en ZVG en ZV-gedachten in het dagelijks leven verzwakte. De bevindingen van onze studies ondersteunen het belang van ouderlijke gehechtheidsrelaties in de preventie en klinische behandeling van ZVG bij adolescenten.

S25.3 De rol van realtime sociale interactie bij suïcidale gedachten en gedragingen van jongvolwassenen

Olivia Kirtley, PhD, Assistant Research Professor and Co-Director, Center for Contextual Psychiatry, Center for Contextual Psychiatry, KU Leuven, Leuven

Bijkomende Spreker(s): Gwendolyn Portzky, Steffie Schoefs, Nian Kemme, Thomas Pattyn, Lynn de Smet, Stephan Claes, Inez Myin-Germeys

Blootstelling aan suïcidepogingen van anderen is een belangrijke risicofactor voor suïcidaal gedrag, maar de reden hiervoor is onduidelijk. Aangezien onderzoek en theorie stellen

dat sociale processen een cruciale rol spelen bij suïcidale gedachten en gedrag (SGG) – en blootstelling een sociaal proces is – veronderstellen wij dat er een sociaal interactief pad bestaat tussen blootstelling aan suïcidepogingen en SGG. Eerder onderzoek naar sociale processen in de context van suïcide heeft voornamelijk gebruik gemaakt van zelfrapportagevragenlijsten, maar deze kunnen geen dynamische, sociale interacties in het dagelijks leven vastleggen. Om de relatie tussen blootstelling aan suïcidepogingen en sociale interacties in het dagelijks leven onder jongvolwassenen te onderzoeken, hebben wij het SCOUT-project opgezet. We rekruteren jongvolwassenen tussen 18 en 25 jaar met recente suïcidegedachten (de SCOUT Clinical studie) of die een vriend hebben die onlangs een suïcidepoging overleefd heeft (de SCOUT Community studie). Om SGG en sociale interacties in het dagelijks leven te onderzoeken, gebruiken we experience sampling methods (ESM), waarbij deelnemers gedurende zes dagen 10 x per dag korte vragenlijsten invullen via hun smartphone. ESM-opvolgingsbeoordelingen worden na één en drie maanden na de baselinebeoordeling herhaald. Gezien het gebrek aan bestaand onderzoek dat zich richt op suïciderisico op de korte termijn, zal het SCOUT-project een waardevolle bijdrage leveren aan onze kennis over suïciderisico over perioden van uren en dagen – de klinische realiteit van suïcidepreventie.

S25.4 Het identificeren van beschermende factoren in het suïcidale proces bij adolescenten: een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden

Eveline Van Raes, MSc, PhD Candidate; Child and Adolescent Psychiatrist, Center for Contextual Psychiatry, KU Leuven, Leuven

Bijkomende Spreker(s): Marina Danckaerts & Olivia Kirtley

Suïcidaliteit is een ernstig en complex gezondheidsprobleem dat de klinische praktijk dagelijks voor uitdagingen plaatst. Suïcidaliteit is bovendien een dynamisch proces, met een spectrum gaande van occasionele suïcidegedachten tot daadwerkelijk suïcidaal gedrag. Eerder onderzoek heeft zich voornamelijk gericht op het onderzoeken van elementen die het risico op suïcide verhogen, ook wel risicofactoren genoemd. Factoren die het risico op suïcide gaan verlagen, beschermende factoren, zijn veel minder onderzocht. Toch is er groeiende belangstelling voor positieve geestelijke gezondheidszorg, waar de (veer)kracht van individuen en hun context centraal staat. Het doel van dit onderzoeksproject is om onze kennis over beschermende factoren te verbreden en verdiepen en dit door middel van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. We laten mensen met suïcidale ervaringen aan het woord in focusgroepen en betrekken ook klinici, zorgverleners en de ruimere samenleving via een online vragenlijst rond dit thema. Vervolgens toetsen we de bekomen resultaten via de Experience Sampling Methode (ESM) – een techniek die via meerdere vragenlijsten per dag peilt naar de interne belevingswereld van de participant, de context waarin die zich bevindt en het optreden van symptomen. Ons onderzoeksproject gaat de aandacht vestigen op het belang van positieve psychologie, actieve patiëntparticipatie en het gebruik van dynamische onderzoeksmethoden in wetenschappelijk onderzoek.

SYMPOSIUM S26 woensdag 11 september 2024, 11u15 – 12u45

■ De procedure van de beoordeling van beslissingsbekwaamheid vanuit multidisciplinair oogpunt

Voorzitter: Jan De Lepeleire, Huisarts, Prof KU Leuven, KU Leuven, Lint

S26.0 Inleiding

Jan De Lepeleire, Huisarts, Prof KU Leuven, KU Leuven, Lint

De beoordeling van beslissingsbekwaamheid blijft een moeilijk en delicaat proces. Dit symposium, dat ruimte en tijd voorziet voor een doorgedreven uitwisseling van ideeën met de zaal, schetst een kader voor de beoordeling van beslissingsbekwaamheid vanuit het perspectief van maatschappelijk werk en de attesterende arts, tegen de achtergrond van een uitgererkt ethisch kader.

S26.1 Een ethische handreiking voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid

Axel Liégeois, Ethicus, Prof KU Leuven, Broeders van Liefde, Leuven

Beslissingsbekwaamheid speelt een cruciale rol in de manier waarop we de geestelijke gezondheidszorg in Westerse landen organiseren. Of een patiënt zelf of een vertegenwoordiger of bewindvoerder kan beslissen, of een gedwongen opname, een vrijheidsbeperkende maatregel of euthanasie is toegestaan, hangt af van de beslissingsbekwaamheid. Het recht biedt weinig houvast bij het beoordelen van die bekwaamheid. Daarom hebben we met de begeleidingscommissie ethiek geestelijke gezondheidszorg bij de Broeders van Liefde een handreiking opgesteld voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid. De handreiking gaat uit van veronderstelde beslissingsbekwaamheid en van de gedeelde besluitvorming om het beoordelen van die bekwaamheid zoveel mogelijk te vermijden. Als dat toch nodig is, stelt de handreiking tien inhoudelijke criteria voor, die eerst afzonderlijk en daarna globaal worden geëvalueerd. Die evaluatie gebeurt best in een dialoog tussen de betrokkenen, zoals de patiënt zelf indien mogelijk, een naastbetrokkene, de arts en een andere zorgverlener. Hiervoor zijn een informeel en een formeel evaluatieproces ontwikkeld. Deze manier van werken biedt niet alleen houvast bij veel beslissingen in de zorg, maar ook bij het evalueren van de beslissingsbekwaamheid bij bewindvoering. De tien criteria en het overleg tussen verschillende evaluatoren zijn daarbij richtinggevend.

S26.2 Een aanvraag bewind vergt een weloverwogen beslissing rekening houdend met wils(on)bekwaamheid en de mate van handelingsonbekwaamheid

Esther Van Reeth, Master Sociaal Werk, Coördinator Competentiecentrum Maats. Werk, UPC KU Leuven, Kortenberg

Het bewind over de persoon en/of de goederen is een beschermingsmaatregel, maar wel een met heel wat impact voor de patiënt, met name het niet meer (alleen) mogen stellen van bepaalde rechtshandelingen. De opstart van een aanvraag bewind moet dus een weloverwogen beslissing zijn. Binnen de context van een psychiatrisch ziekenhuis (of GGZ-context) vraagt dit om een zorgvuldige afweging: "Waaruit blijkt de handelingsonbekwaamheid en is deze het gevolg van de medische problematiek? Wat is het beoogde doel en komt deze maatregel hieraan tegemoet? Zijn er alternatieven mogelijk?". Zowel bij de opstart van een aanvraag bewind, als

tijdens het bewind zelf dragen alle betrokkenen een belangrijke verantwoordelijkheid, meer bepaald m.b.t. de evaluatie van de (verdere) noodzaak en omvang van deze maatregel. Het wetgevend kader biedt immers de ruimte om de mate van bescherming indien nodig te verhogen of waar mogelijk na evaluatie af te bouwen of zelfs te beëindigen. In de praktijk leidt dit tot een nauwe samenwerking/afstemming tussen de (behandelende) arts en de maatschappelijk werker, waarbij de patiënt indien mogelijk (cf. wilsbekwaamheid) en ook zijn familieleden en/of vertrouwenspersoon worden geïnformeerd en betrokken.

S26.3 De beoordeling van beslissingsbekwaamheid: een voorstel voor een klinisch werkbaar procedure

Jan De Lepeleire, Huisarts, Prof KU Leuven, KU Leuven, Lint

Voor artsen blijft het beoordelen van beslissingsbekwaamheid, zeker in juridische procedures, een heikele procedure. Beperkt onderzoek bij huisartsen toonde dat er geen gestandaardiseerde procedure beschikbaar is, ondanks het feit dat door de vergrijzing van de bevolking en de toename van de personen met dementie, artsen vaker hiermee geconfronteerd worden (1). Deze bijdrage rapporteert, vertrekkend van de opgedane ervaring voor de beoordeling van handelingsbekwaamheid in drie psychiatrische ziekenhuizen, een voorstel van procedure voor de beoordeling van beslisbekwaamheid. Het bouwt voort op de uitgangspunten van de eerste spreker (doel, alternatief, medisch aspect) en de tweede bijdrage bestaande uit de tien criteria die eerder werden gepubliceerd (2). De interactie van de attesterende arts met de behandelende arts en de dienst maatschappelijk werk is daarbij cruciaal en vaak nog te weinig ontwikkeld. De ethische en deontologische aspecten die hieraan verbonden zijn, worden hierbij niet uit het oog verloren.

S26.4 Gesprek met de zaal

Gesprek met de zaal.

SYMPOSIUM S27 woensdag 11 september 2024, 11u15 - 12u45

■ **Transculturele Geestelijke Gezondheidszorg**

Voorzitter: Lucia Dehaene, Prof. dr. Psychologie & Pedagogische Wetenschappen, Faculteit Psychologie & Pedagogische Wetenschappen, PASO UPC KU Leuven & PraxisP, PraxisP KU Leuven, Leuven

S27.0 Inleiding

Lucia Dehaene, Prof. dr. Psychologie & Pedagogische Wetenschappen, Faculteit Psychologie & Pedagogische Wetenschappen, PASO UPC KU Leuven & PraxisP, PraxisP KU Leuven, Leuven

S27.1 Community-based psychosociale zorg voor vluchtelingen na een geschiedenis van collectief geweld en migratie: Groepsmethodisch werken met diaspora gemeenschappen in Leuven

Lies Missotten, Doctor in de psychologie, master in de psychologie, Klinisch Psycholoog, PraxisP KU Leuven, Leuven

Sofie Desmet, Doctor in de psychologie, Doctor in de kunstwetenschappen, master in de psychologie, Postdoctoraal onderzoeker (FWO), Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek & PraxisP, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven, Leuven

Tot op vandaag worden mensen overal ter wereld door collectief geweld, mensenrechtenschendingen en sociaal-politieke dynamieken gedwongen om hun thuisland te ontvluchten en hun familie en gemeenschap achter te laten op zoek naar een veilige haven. Het aanhoudende geweld of onveiligheid in hun thuisland, de vele verlieservaringen, en de hervestiging in een nieuw land gaan gepaard met een opeenstapeling van stressoren die nopen tot de ontwikkeling van contextueel aangepaste psychosociale zorg. Laagdrempelige groepsgerichte interventies die focussen op het activeren van primaire steunbronnen en het versterken van sociale verbinding, het creëren van een veilige ruimte voor expressie en het samen exploreren van (culturele) copingstrategieën vormen hierin een eerste belangrijke stap. In deze bijdrage zullen we ingaan op de huidige ontwikkeling van een community-based psychosociaal zorgaanbod voor vluchtelingen dat sinds 2022 gestart is door het Team Transculturale Traumazorg voor Vluchtelingen aan PraxisP KU Leuven. We lichten de ontstaansgeschiedenis, de structurele en methodische opbouw van het groepsprogramma met illustraties uit verschillende groepssessies toe. Aan de hand van de ervaringen en stemmen van leden van de Oekraïense, Iraanse en Russische gemeenschappen geven we een inzicht in de aanwezige werkings- en ondersteuningsmechanismen in het groepsprogramma

527.2 Psychische zorg voor asielzoekers – ervaringen vanuit onderzoek en kliniek

Laura Van de Vliet, *Master in de geneeskunde, specialisatie volwassenpsychiatrie, psychiater, PZ St. Alexius Grimbergen, Broeders van Liefde, zowel binnen de psychozorg als binnen POZAH (psychiatrische ondersteuning en zorg voor asielzoekers aan huis), Grimbergen*

Seline van den Ameele, *PhD, Psychiater CHU Brugmann Brussel, CAPRI – Universiteit Antwerpen*

Lukas Claus, *arts-specialist in opleiding tot psychiater, doctoraatsonderzoeker, Universiteit Antwerpen, PZ Sint-Alexius Grimbergen (POZAH), UZ Brussel*

Ondanks een hoge prevalentie van psychische moeilijkheden bij asielzoekers, ervaren ze veel drempels tot geestelijke gezondheidszorg. Zowel vanuit onderzoek als de klinische praktijk gingen we de laatste jaren op zoek naar manieren om drempels tot geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers te verlagen en kwaliteit van zorg te verbeteren. Acute stress en bestaansonzekerheid worden vaak als een reden genoemd om geen behandeltraject aan te gaan met asielzoekers. Indien toch in zorg, lopen asielzoekers een groter risico op verkeerde diagnose en behandeling door onvoldoende aandacht voor culturele en contextuele factoren. Het Cultural Formulation Interview (CFI) is een nuttig instrument om deze factoren semigestructureerd in kaart te brengen, maar het gebruik ervan werd nog niet onderzocht bij asielzoekers. We bespreken de thema's die frequent naar voor komen uit de afname van het CFI. Deze thema's zijn belangrijk in de lijdensdruk, ziekteverklaring en het hulpzoekgedrag van asielzoekers. We staan stil bij interventies op verschillende niveaus om met deze thema's aan de slag te gaan. Het POZAH-team van het PZ St-Alexius behandelt sinds 2016 asielzoekers met psychiatrische problematiek op zowel residentiële als ambulante basis. Vanuit hun ervaring in de zorg voor deze doelgroep, ontwikkelden zij een cultuursensitieve benadering voor diagnostiek en behandeling. We bespreken hun groeiproces, valkuilen en huidige klinische aanpak

527.3 Inbedding van de spreekkamer in het transculturele weefsel

Chris Noorduyn, *Master in de klinische psychologie, Systeempsychotherapeut, Transcultureel psychotherapeut en supervisor, Transculturele zorg CGG VBO, Leuven*

Redouane Ben Driss, *Master in de klinische psychologie, Psychoanalytisch therapeut, Transcultureel psychotherapeut en supervisor, Transculturele zorg CGG VBO, Leuven*

Het psychotherapeutisch kader schept een ruimte die apart staat van 'het gewone leven'. Tegelijkertijd staat de spreekkamer niet los van de wereld. Vanuit een transculturele visie heeft de spreekkamer immers een plaats in de samenleving en krijgt de samenleving een plaats in de spreekkamer. Een samenleving bovendien die in beweging is, cultureel superdivers en op zoek naar verworteling. Vanuit onze praktijkervaring geven we aan hoe onze spreekkamer geworteld is in het sociale weefsel van de stad waarin wij werken. De bespreking van een casus toont hoe de therapeutische ontmoeting een gastvrije ruimte schept waarin migratieverhalen worden verweven en culturele herworteling ontstaat als antwoord op psychisch lijden.

SYMPOSIUM S29 woensdag 11 september 2024, 11u15 - 12u45

■ **Cognitieve en psychische klachten bij Long COVID**

Voorzitter: *Katrien Skorobogatov, ASO psychiatrie, PhD student (immunopsychiatrie), CAPRI UA/ SINAPS, Duffel*

S29.1 Inleiding

Katrien Skorobogatov, ASO psychiatrie, PhD student (immunopsychiatrie), CAPRI UA/ SINAPS, Duffel

Hoewel de acute fase van de pandemie achter ons ligt, is het van essentieel belang dat we blijven stilstaan bij de langdurige gevolgen van COVID-19. Long COVID is een post-virale aandoening die zich o.a. kenmerkt door chronische vermoeidheid, (neuro)psychologische klachten en diverse lichamelijke symptomen. De impact van deze klachten op het functioneren en de levenskwaliteit is aanzienlijk. Long COVID treft een aanzienlijk deel van onze bevolking en leidt tot een hoge zorgnood waaraan momenteel onvoldoende tegemoet wordt gekomen.

S29.2 De neuro-endocriene correlaten van het post-COVID-19-syndroom

Filip Van Den Eede, Psychiater, Medisch coördinator psychiatrie UZA / hoofddocent FFGW UA, UZA / CAPRI UA, Edegem

Uit verschillende studies blijkt dat na het doormaken van COVID-19 meer dan 20% van de mensen aanhoudende en hinderlijke symptomen ervaren, waaronder de volgende neuropsychiatrische symptomen: cognitieve klachten en symptomen (geheugen, concentratie, “brain fog”), depressieve en angstsymptomen, gestoord slaappatroon, uitputtings- en vermoeidheidsklachten.

Deze symptomen overlappen deels met de neuropsychiatrische symptomen van andere post-infectieuze syndromen en van het chronische vermoeidheidssyndroom. Dit laatste syndroom wordt in het algemeen gekenmerkt door de volgende neuro-endocriene correlaten: verlaagd cortisolgehalte na het ontwaken (cortisol awakening response, CAR), hypocortisolemie, lagere productie van adrenocorticotroop hormoon na psychologische of fysiologische stress en een verhoogde gevoeligheid voor de negatieve feedback van cortisol.

In de huidige presentatie zal de beschikbare evidentie over de neuro-endocriene correlaten van het post-COVID-19-syndroom samengevat en besproken worden. Er zijn aanwijzingen dat post-COVID-19 (zoals verwacht) geassocieerd is met hypocortisolemie. Er werd tot op heden echter nog geen onderzoek gerapporteerd over de CAR. De CAR wordt aangestuurd vanuit de hypothalamus en omvat de ochtendpiek en -productie van cortisol na het ontwaken, die belangrijk is om het lichaam en de geest klaar te stomen om de dag aan te vatten en om te kunnen functioneren.

De eerste cross-sectionele resultaten van het lopende wetenschappelijk onderzoek naar de CAR (uit het bredere Cov-N-Psy project) zullen tot slot gerapporteerd worden. Hierbij worden de gegevens van 3 groepen van deelnemers onderzocht en vergeleken: 1. aanhoudende neuropsychiatrische symptomen na COVID-19 infectie; 2. geen aanhoudende neuropsychiatrische symptomen na COVID-19 infectie; 3. geen COVID-19 infectie doorgemaakt.

S29.3 Neuropsychologie van long COVID: een stand van zaken

Kurt Beeckmans, *Neuropsycholoog UPC Duffel, UPC Duffel / VUB, Duffel*

Ongeveer één op drie patiënten met long COVID rapporteert cognitieve problemen, zoals verminderde concentratie, vertraagde informatieverwerking, vergeetachtigheid, problemen met de woordvinding en soms ook problemen betreffende planning en organisatie van dagelijkse taken. Deze klachten hebben een ernstige impact op het dagelijks en professioneel functioneren van deze patiënten.

Wat het cognitief functioneren betreft werden in verschillende studies (op basis van een neuropsychologische testbatterij) cognitieve stoornissen bij long covidpatiënten vastgesteld. Deze stoornissen komen in verschillende mate van ernst en combinaties voor, waarbij het hoofdzakelijk gaat om de cognitieve domeinen aandacht, werkgeheugen, anterograde geheugen en executieve functies.

In de voordracht zal de huidige stand van zaken betreffende het cognitief functioneren van long COVID patiënten worden besproken.

S29.4 Voeding en locomotorische revalidatie in long COVID: resultaten van de UNLOCK studie

Berenice Gabriela Jimenez Garcia, *Biomedicus, Dietiste, PhD student (Klinische nutritie), UZ Brussel / VUB, Jette*

Een significant deel van COVID-19 patiënten ontwikkelen long COVID. Omwille van de verschillende symptomen die mogelijk zijn bij deze aandoening, suggereert de literatuur een multidisciplinaire aanpak. Er is echter weinig gekend over de haalbaarheid ervan. Daarnaast worden de meeste patiënten wel begeleid door een kinesist, maar worden diëtisten zelden ingezet om deze patiëntenpopulatie te behandelen. Van mei 2022 tot en met januari 2024 werden in totaal 65 deelnemers met long COVID opgevolgd in kader van de UNLOCK-pilootstudie. Het protocol van de studie werd eerder gepubliceerd [1]. 33 deelnemers kregen 18 sessies standaard kinesitherapie, 32 deelnemers kregen de multidisciplinaire interventie, bestaande uit 18 sessies gepersonaliseerde kinesitherapie gecombineerd met wekelijks gepersonaliseerd nutritioneel advies. De deelnemers werden uitgenodigd voor metingen bij de start van de studie en na 6, 12 en 18 weken. Bij elk meetmoment werden er nutritionele en fysieke parameters gemeten, alsook vragenlijsten die peilen naar ziekteperceptie, functionele capaciteit, levenskwaliteit en mentaal welzijn. Het doel van de studie is om te onderzoeken of een gecombineerde aanpak (kinesitherapie en voeding) haalbaar is bij deze populatie en om te bestuderen of deze aanpak leidt tot een beter functioneel herstel vergeleken met de standaard zorg.

SYMPOSIUM S30 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Samen sterker: naasten als sleutel in suïcidepreventie en -postventie**

Voorzitter: *Kirsten Pauwels, MSc, Adjunct-directeur, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Gent*

S30.0 **Inleiding**

Kirsten Pauwels, MSc, Adjunct-directeur, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Gent

In dit symposium staan we vanuit het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding stil bij de cruciale rol van naasten in suïcidepreventie en -postventie. Met aandacht voor de directe omgeving van personen met zelfmoordgedachten, worden praktische handvaten besproken om de impact van suïcidaliteit te verminderen en effectief bij te dragen aan behandeling en preventie

S30.1 **Het derde Vlaams actieplan Suïcidepreventie: betrekken van naasten als rode draad**

Kirsten Pauwels, MSc, Adjunct-directeur, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Gent

Eind 2023 werd het derde Vlaams actieplan Suïcidepreventie (VAS III) goedgekeurd. Dit actieplan omvat strategieën en acties met als doel het aantal zelfdodingen in Vlaanderen verder terug te dringen. Bij het actieplan werden ook een aantal strategie-overschrijdende aandachtspunten geformuleerd, zoals de focus op zelfzorg maar ook de noodzaak van het betrekken van naasten bij preventie van zelfdoding. In deze toelichting wordt VASIII voorgesteld met specifieke aandacht voor de rol van naasten

S30.2 **Nieuwe richtlijnen voor suïcidepreventie**

Eva Dumon, MSc, Coördinator Richtlijnen & Media, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Gent

Hoe kunnen we suïcidepreventie versterken en toepasbaar maken op specifieke doelgroepen zoals kinderen en jongeren, personen met autisme, personen met langdurige suïcidaliteit, en hun naasten? Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) bracht recent een reeks nieuwe richtlijnen uit en een vernieuwd online leerplatform. In deze bijdrage staan we stil bij de belangrijkste nieuwe inzichten en tools

S30.3 **Omgaan met naasten: oproepen aan de zelfmoordlijn1813**

Lies Vandenbussche, MSc, Stafmedewerker permanente ondersteuning vrijwilligers en vorming, Centrum ter Preventie van Zelfdoding, Brussel

Naasten kunnen enerzijds een sleutelrol spelen in suïcidepreventie, anderzijds behoeven zij ook ondersteuning omwille van hun verhoogde kwetsbaarheid. In deze bijdrage geeft het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) inzicht in de bezorgdheden van de naasten die de Zelfmoordlijn1813 contacteren. ‘Hoeveel zorgen moet ik mij maken?’, ‘Wat moet ik doen?’, ‘Hoe kan ik helpen?’, ... Het is slechts een greep uit de vele vragen waarmee naasten worstelen. Er wordt daarnaast ingegaan op een gespreksmodel dat aangewend wordt in deze oproepen, aan de hand van de acuutheid van de situatie waarin de naaste zich bevindt

S30.4 Na een zelfdoding: Omgaan met nabestaanden na zelfdoding

Lore Vonck, MSc, Coördinator Werkgroep Verder na Zelfdoding (deelwerking VLESP),
Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Gent

Hoe ga je het gesprek aan met nabestaanden na zelfdoding? Wat kan je zeggen en wat niet? En wie dient dit gesprek aan te gaan? We bespreken de do & don'ts van het omgaan met en ondersteunen van nabestaanden na zelfdoding, inclusief medepatiënten, hulpverleners en andere teamleden.

SYMPOSIUM S31 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Verbindende en gastvrije zorg, ook voor wie zelf niet komt aankloppen**

Voorzitter: Marianne Destoop, MD, PhD, Psychiater, PC Multiversum, Mortsel

S31.0 Inleiding

Marianne Destoop, MD, PhD, Psychiater, PC Multiversum, Mortsel

Een aanzienlijk deel van de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) krijgt geen of onvoldoende zorg en dit ondanks een hoge zorgnood. Deze groep is soms moeilijk te bereiken, te engageren in zorg of valt omwille van een te complexe problematiek door de mazen van het GGZ net. Het risico bestaat dat de meest kwetsbaren met EPA in de kou blijven staan indien er geen bijkomende inspanningen geleverd worden om hen te bereiken, in het bijzonder in de context van de vermaatschappelijking van de zorg. Dit symposium wil dan ook stilstaan bij de actuele vraag hoe te verbinden met deze kwetsbare doelgroep. Vier verschillende onderzoeksprojecten die rond deze vraag werken, presenteren hun resultaten, aangevuld met ervaringen van de sprekers uit de klinische praktijk. Moderator Marianne Destoop zal het symposium concluderen met een bespreking van de meest relevante factoren voor het organiseren van zorg voor deze populatie.

S31.1 Complexe zorgnoden

Luna Van Suetendael, Verpleegkundige, Doctoraatsstudent, Universiteit Antwerpen, Wilrijk

Een groep binnen de geestelijke gezondheidszorg die moeilijk behandelbaar (b)lijkt zijn de mensen met een zogenaamde complexe zorgnood. Om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren, is het nodig eerst tot een beter begrip en afbakening van het concept 'complexe zorgnood' te komen. Luna Van Suetendael presenteert de resultaten van een scoping review naar de sleutelkarakteristieken van complexe zorgnoden vanuit een GGZ perspectief en de ontwikkeling van een vragenlijst om deze in kaart te brengen.

S31.2 Trauma Informed Care & Housing First

Alona Wouters, Psycholoog, Zorginhoudelijk coördinator, PC Multiversum, Mortsel

Alona Wouters werkt in het Antwerpse 'KADANS Wonen' project, dat huisvesting en casemanagement biedt aan dak- en thuislozen met een ernstige psychiatrische aandoening en moeilijkheden op verschillende levensdomeinen. Alona zal het woonproject presenteren alsook haar onderzoek naar trauma-geïnformeerde zorg voor dak- en thuislozen.

S31.3 Engagement & Assertive Outreach

Ellen Berghmans, *Psycholoog, Zorgmanager, PC Multiversum, Mortsel*

Ellen Berghmans geeft een overzicht van helpende en belemmerende factoren in het engagement proces bij Assertive Outreach. Ze vergelijkt de perspectieven van cliënten, professionals en het informele netwerk en concludeert met een praktisch kader voor professionals die outreachende zorg bieden aan mensen met EPA die zorg mijden.

S31.4 Contingency Management & Dual Diagnosis Treatment

Lise Docx, *Psycholoog, Zorginhoudelijk coördinator, PC Multiversum, Mortsel*

Lise Docx presenteert haar onderzoeksproject over de implementatie van contingency management op een afdeling voor dubbeldiagnose patiënten die moeilijk te engageren zijn. Ze zal focussen op contingency management als behandeltool om het engagement met deze uitdagende populatie te verhogen.

SYMPOSIUM S32 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ WERK / GEZONDHEID – Werk op weg naar herstel en inclusiviteit

Voorzitter: Patrick Colemont, *Ervaringsdeskundige, Beleidsmedewerker geestelijke gezondheid, Vlaams Patiëntenplatform, Hasselt*

S32.0 Inleiding

Patrick Colemont, *Ervaringsdeskundige, Beleidsmedewerker geestelijke gezondheid, Vlaams Patiëntenplatform, Hasselt*

Uit persoonlijke ervaring weet ik wat het betekent als de werk/gezondheid balans uit evenwicht is. Op 50-jarige leeftijd was ik langdurig arbeidsongeschikt door een persistente psychische problematiek. Er was geen weg terug naar de bedrijfswereld waar ik vandaan kwam en de zoektocht naar nieuw zinvol werk leek uitzichtloos. Tien jaar later heb ik mijn kwetsbaarheid omgebouwd tot een ervaringsdeskundige kwaliteit en presteer ik sedert 2014 met veel voldoening op een evenwichtige parttime basis als beleidsmedewerker bij het Vlaams Patiëntenplatform. In het proces speelden actief vrijwilligerswerk, een Gespecialiseerde Trajectbegeleiding (GTB) en de Vlaamse Ondersteuningspremie (VOP) hun rol. Maar cruciaal was dat mijn weerbaarheid gestimuleerd werd door een begripvolle werkgever die geloofde in mijn potentieel als duurzame kracht. Een factor speelde een sleutelrol in mijn herstel: onvoorwaardelijke hoop dat ik met veerkracht mijn eigenwaarde zou terugvinden. Het boek van Geerd Magiels en Bart Leroy, waar dit symposium aan gewijd is, onderschrijft de elementen en principes van mijn traject. Het is niet verwonderlijk dat het eindigt met een hoopvolle boodschap, want hoop doet leven en leven is werken!

S32.1 Het leven is (g)een ganzenspel

Geerd Magiels, *Antwerpen*

Velen zijn ziek van het werk, anderen zijn te ziek voor werk. Weer anderen zijn ziek door geen werk te hebben of te kunnen vinden. Nog anderen zijn ongeschikt voor veeleisend

voltijds werk. Daarnaast is er een grote groep die hard werken zonder loon. Al deze mensen, samen twee miljoen mensen, staan aan de zijlijn van de samenleving. Terwijl we weten hoe belangrijk werk is voor iemands welzijn, rechtstreeks of onrechtstreeks, omwille van inkomen en bestaanszekerheid, niet het minst omwille van het sociaal netwerk en zingeving. Werk is een essentieel onderdeel van herstel en cruciaal in een inclusieve samenleving

S32.2 Arbeidsintegratie bij mensen met psychische moeilijkheden

Bart Leroy, *Psychiater, Meise*

Activering loont bij mensen met psychische moeilijkheden. Er bestaan heel wat visies bij alle partners (VDAB, GTB, Mutualiteiten, RIZIV,...) De samenhang kan helderder waardoor de effectiviteit van de initiatieven beter tot hun recht komen

S32.3 Herstel: van visie naar implementatie

Chantal Van Audenhove, *Onderzoeker, Klinisch psycholoog, Prof. Emeritus, KU Leuven, Roeselare*

De visie op herstel heeft de voorbije jaren een sterke verspreiding in onze GGZ gekend. Ook het model van positieve gezondheid sluit hier bij aan. Werkbaar werk kan daarin een belangrijke rol spelen. Maar tussen denken en doen, droom en werkelijkheid, ... liggen nog een aantal uitdagingen. "Implementation Science" of implementatieonderzoek kan er toe bijdragen om meer inzicht te verwerven in de noodzakelijke stappen om de kloof te dichten.

SYMPOSIUM S33 woensdag 11 september 2024, 13u45 - 15u15

■ Psychoanalyse en gastvrijheid. Te gast op de bank

Voorzitter: Marc Hebbrecht, *Psychiater-psychoanalyticus, voorzitter, Belgische Vereniging voor Psychoanalyse, Brussel*

Er volgt een psychoanalytische beschouwing van het filosofisch essay van Peter Venmans (2022) *Gastvrijheid*, uitgegeven bij Atlas Contact dat als inleiding zal dienen.

S33.1 Vrije associatie: psychoanalyse in dialoog met neurowetenschappen

Martine Lambrechts, *Klinisch Psycholoog-psychotherapeut, Aspirant-lid, Belgische Vereniging voor Psychoanalyse, Winksele*

In deze eerste lezing wordt ingegaan op de basisregel van een psychoanalytische kuur: de vrije associatie. De analysant wordt uitgenodigd om vrijuit te spreken over alles wat in hem of haar opkomt. We staan stil bij hoe de analysant met deze uitnodiging kan omgaan. In diens spreken ontvouwt zich een associatieve stroom van betekenissen, herinneringen, (droom-)beelden en gevoelens waarin de complexiteit van de innerlijke wereld zichtbaar wordt. In de neurowetenschappen wordt dit associatief denken in verband gebracht met 'mind-wandering', meditatie en andere vormen van spontaan denken. Tegenwoordig (Novac & Barton, 2021) wordt onderzocht hoe vrije associatie, samen met het default mode netwerk, wordt ingezet bij adaptieve reorganisatie van het denken en het autobiografisch geheugen. Daarbij wordt vrije associatie in verband gebracht met creativiteit: doorheen de vrije associatie kan men een creatief potentieel aanspreken om tot therapeutische verandering te komen. De psychoanalist neemt ten aanzien van vrije associatie een luisterhouding

aan van gelijkzwevende aandacht. De psychoanalist onthaalt gastvrij alles wat er zich presenteert. Daarom zal hij het vertrouwen en de veilige waarborg bieden dat alle gedachten en gevoelens belangrijk zijn. Hiervoor is het stabiel handhaven van een kader essentieel. Dit is het onderwerp van de volgende lezing.

533.2 Het psychoanalytisch kader: over ruimte, tijd, duur en aanwezigheid

Kristel Bleyen, Dr in de Psychologie, Psychoanalytisch therapeut, Kandidaat-lid Belgische Vereniging voor Psychoanalyse, Everberg

De grondregel van de vrije associatie is onlosmakelijk verbonden met het kader. Het psychoanalytisch proces gebeurt immers met behulp van het kader. Het proces heeft betrekking op het zich evoluerende deel van de psychoanalytische situatie, terwijl het stabiele, constante deel het kader wordt genoemd. Klassieke elementen van het kader zijn tijd en duur, plek en ruimte, en interactie met de analyticus. In het werk op de bank wordt tijd en ruimte genomen waarbij de psychoanalyticus zich engageert om met aandacht en zorg te luisteren. Doordat sessies op vaste momenten en aan hoge frequentie met weinig onderbrekingen plaatsvinden, kan de bank een veilige en betrouwbare plek worden om de innerlijke wereld te exploreren. In de lezing wordt ingegaan op de specifieke situatie van de bank en haar verschillende werkzame eigenschappen zoals het niet kunnen zien van de behandelaar en het liggen waardoor regressieve fenomenen tot stand kunnen komen. Daarnaast wordt het aspect tijd uitgediept. Een klassieke analyse die meerdere keren per week plaatsvindt en vooraf niet in tijd beperkt is, geeft een gevoel van tijdloosheid die een intensiteit oproept. Er worden linken gelegd met psychopathologie waarin de beleving van tijd verstoord is geraakt, zoals depressie (Van Buuren, 2012) en met het door Freud geïntroduceerde begrip 'Nachträglichkeit'. Tevens wordt ingegaan op hoe deze subjectieve ervaringen van tijd verbonden zijn aan de ontwikkeling van objectconstantie en zelf-ander representaties (Blatt, 2008).

533.3 Gastvrijheid en overdracht. De relationele dimensie

Grete Waelbers, Psychiater, Systeempsychotherapeut, Psychoanalytica, Belgische Vereniging voor Psychoanalyse, Boechout

Op de bank verschijnen vaak ongekende gedachten of onverwachte gevoelens waarbij de band met de psychoanalyticus wordt gekleurd door een vertrouwd maar ongedacht patroon. Het intieme onbewuste verschijnt binnen de spreekruimte via de 'overdracht'. De term 'overdracht' wordt gebruikt om het fenomeen te beschrijven waarbij onbewuste fantasieën en verlangens, die bewust aan het worden zijn in het analytisch proces, zich herhalen en zich in de analytische relatie actualiseren. Onbewuste gevoelens of ongekende maar oude verlangens worden herbeleefd in het contact met de analyticus. Zo komen we bij de relationele dimensie van de psychoanalyse. Want deze overdracht is onlosmakelijk verbonden met de tegenoverdracht: de onbewuste reacties van de analyticus op de overdracht van de patiënt. Dit geheel van uitwisselingen tussen twee psychische werelden, speelt zich in een therapeutische tussenruimte af, waarin betekenissen geëxploreerd kunnen worden. Zo verbreden we ons zicht en kunnen we onthalen en begrijpen wat er zich werkelijk, op een dieper niveau, in de psychische wereld van de patiënt afspeelt. Dit wordt geïllustreerd met een klinisch vignet.

S33.4 Discussie

Marc Hebbrecht, *Psychiater-psychoanalyticus, Voorzitter, Belgische Vereniging voor Psychoanalyse, Brussel*

De sprekers gaan in dialoog met de aanwezigen.

SYMPOSIUM S34 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ Focus op vernieuwende therapeutische invalshoeken in de verslavingszorg

Voorzitter: *Els Santens, Psychiater, Afdelingspsychiater, P.K. Alexianen Zorggroep Tienen, Tienen*

S34.0 Inleiding

Els Santens, Psychiater, Afdelingspsychiater, P.K. Alexianen Zorggroep Tienen, Tienen

Afhankelijkheid/misbruik van middelen is een belangrijk maatschappelijk probleem met negatieve consequenties op verschillende domeinen o.a. op relationeel, psychosociaal en gezondheidsvlak. Ondanks het feit dat evidence based behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering de basissteen vormen van ons behandel-aanbod blijven we geconfronteerd met een hoog hervalpercentage en heropnames.

In het licht van de toenemende inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek, de steeds meer complexe problematiek en het transdiagnostisch denken lijkt het aangewezen om ook in de verslavingszorg te streven naar een meer gepersonaliseerde aanpak in plaats van de one-size-fits-all en nodigt dit ons uit om “out of the box” te denken en een aantal nieuwe add-on therapieën te ontwikkelen en in ons behandel aanbod op te nemen. Mogelijks kan hierdoor op termijn een beter behandelresultaat (i.c. minder herval, minder heropnames, beter resultaat ook voor de comorbide pathologie) bereikt worden.

We willen jullie in de volgende bijdragen meenemen in deze zoektocht en stellen graag het wetenschappelijk onderzoek voor dat loopt op de afdeling verslavingszorg van de P.K. Alexianen Zorggroep Tienen (Els Santens: De rol van temperamentsfactoren in verslaving en Sarah Heyse: Toepassing van virtual reality in verslaving). Daarnaast willen we jullie ook prikkelen met een therapie module gericht op het terug connectie maken met eigen lichaam, jezelf en anderen waarbij recent een proefproject met equithérapie gestart is (Cathy Vandevoorde en Kristen Vos).

S34.1 De rol van temperamentsfactoren in verslaving

Els Santens, Psychiater, Afdelingspsychiater, P.K. Alexianen Zorggroep Tienen, Tienen

De laatste jaren is er toenemende aandacht voor transdiagnostische factoren in het ontstaan van psychopathologie. Binnen het Research Domain Criteria (RDoC) framework wordt temperament gezien als een veelbelovende transdiagnostische factor.

Psychopathologie en dus ook verslaving kan gezien worden als een verstoorde balans tussen sterke automatische processen/ bottom-up reactieve temperamentsprocessen (BIS/BAS, RST Gray) en cognitieve mogelijkheden/top-down controle (effortful control, Rothbart).

In het onderzoek wordt nagegaan of het mogelijk is om subgroepen van patiënten te identificeren op basis van reactieve (bottom-up: BIS/BAS) en regulatieve (top-down: EC) temperamentsfactoren. Het opstellen van patiëntprofielen in termen van reactief en regulatief temperament zou op termijn kunnen leiden naar een specifiekere therapie aanbod waardoor mogelijks het terugvalpercentage afneemt.

S34.2 Equithérapie als onderdeel van R-Connect: een therapie binnen de verslavingszorg om terug verbinding te vinden met je lichaam, jezelf en anderen

Cathy Vandevoorde, Psychiatrisch verpleegkundige, P.K. Alexianen Zorggroep Tienen, Tienen

Kristen Vos, Psychologe, Therapie-coördinator en afdelingspsychologe, P.K. Alexianen Zorggroep Tienen, Tienen

Verslaving is, naast het problematisch gebruik van middelen, een verlies aan verbinding met jezelf, je lichaam en met anderen. Verliezen we de verbinding door het jarenlang misbruiken van middelen, of, geraken we verslaafd aan middelen door initieel te weinig in contact te staan met onze behoeften, onze verlangens en onze gevoelens? Of het nu oorzaak of gevolg is, wij zijn ervan overtuigd dat patiënten helpen om terug connectie (~ reconnect) te laten maken met zichzelf een belangrijke sleutel kan zijn in hun herstel.

Op Team Verslavingszorg binnen de kliniek Alexianen Zorggroep Tienen bieden we R-Connect sessies aan om patiënten terug in contact te brengen met hun lichaam en hun gevoelens via kadering en ervaringsoefeningen. Sinds kort maken wij, binnen deze ervaringsoefeningen, ook gebruik van equithérapie.

Equithérapie is een effectieve therapievorm die paarden gebruikt om mensen te helpen hun fysieke, emotionele en mentale welzijn te verbeteren. Het kan worden ingezet binnen de verslavingszorg en kan helpen bij het verbeteren van de communicatie en het versterken van de band tussen de patiënt en de therapeut. Het is bovendien helpend bij het verbeteren van het zelfvertrouwen en de zelfredzaamheid van patiënten.

S34.3 De buitenwereld naar binnen halen: het inzetten van virtual reality bij verslaving

Sarah Heyse, Psychologe, Afdelingspsychologe, P.K. Alexianen Zorggroep Tienen, Tienen

Onderzoeksproject: Virtual Reality Cue Exposure Therapie voor de behandeling van middelengebruik.

Bij cue-exposure worden patiënten blootgesteld aan bepaalde triggers (bv. het zien van alcoholische dranken of contexten waar men drugs gebruikte) die bij hen craving uitlokken. Dit biedt de mogelijkheid om met craving te leren omgaan zonder te gebruiken. Eerder onderzoek naar de werkzaamheid van cue-exposure is echter niet geheel overtuigend en wijst op gemengde resultaten. Vermoedelijk werd cue-exposure tot op heden suboptimaal aangeboden waardoor de effecten onvoldoende generaliseren buiten de behandelcontext. In dit onderzoeksproject willen we de mogelijkheden van virtual reality (VR) verkennen om cue-exposure toe te passen in situaties die voor de patiënt relevant zijn, doch binnen de veilige context van de opname. Via VR kan “de buitenwereld” immers binnen de kliniek gebracht worden, hetgeen de generalisatie van de effecten zou kunnen verbeteren. Daarnaast

kan het aanbieden van cue-exposure in VR voor patiënten en behandelaren meer acceptabel en haalbaar zijn dan cue-exposure met real-life triggers. Op die manier kan er in een veilige context geoefend worden in het verdragen en omgaan met craving. Mogelijks kan het aanbieden van cue-exposure via VR als add-on therapie bijdragen tot een betere behandel-effectiviteit (i.c. minder herval, minder heropnames).

SYMPOSIUM S35 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Bepalen van beveiligingsnoden aan de hand van de DUNDRUM-toolkit: van vertaling naar validatie tot implementatie**

Voorzitter: *Inge Jeandarme, Associate Professor / Psychiater, Coördinator Kenniscentrum Forensische zorg, OPZC Rekem, Rekem*

S35.0 Bepalen van beveiligingsnoden aan de hand van de DUNDRUM-toolkit: van vertaling naar validatie tot implementatie

Inge Jeandarme, Associate Professor / Psychiater, Coördinator Kenniscentrum Forensische zorg, OPZC Rekem

In dit symposium zal een overzicht gegeven worden van de projecten die het Kenniscentrum Forensische zorg de afgelopen 8 jaar heeft uitgevoerd rondom de bepaling van beveiligingsniveaus binnen de forensische zorg. In België zijn er namelijk geen richtlijnen over wat verstaan wordt onder de verschillende beveiligingsniveaus en is er ook geen systematische manier om personen gestructureerd in te delen in het correcte beveiligingsniveau. Het Kenniscentrum Forensische zorg was daarom gestart met een literatuuroverzicht van welke instrumenten er internationaal beschikbaar zijn om beveiligingsniveaus in te schatten. Uit dat onderzoek kwam de DUNDRUM-toolkit naar voren: een gestructureerd klinisch oordeelinstrument dat ondersteuning biedt bij het bepalen van de beveiligingsnoden van een patiënt in de forensische geestelijke gezondheidszorg. Dit symposium zal ingaan op de verschillende projecten die het Kenniscentrum Forensische zorg heeft uitgevoerd rondom de DUNDRUM-toolkit. De eerste presentatie zal gaan over de vertaling van het instrument en de daarbij horende uitdagingen. De tweede spreker gaat in op de DUNDRUM-toolkit validatiestudies. De implementatie van de DUNDRUM-toolkit in Vlaanderen en de eerste resultaten van de implementatie studie zullen door de derde spreker gepresenteerd worden. De laatste spreker zal ingaan op hoe de DUNDRUM-toolkit gebruikt werd om een zorgmodel binnen een specifieke afdeling vorm te geven

S35.1 Uitdagingen bij de vertaling van de DUNDRUM-toolkit

Inge Jeandarme, Associate Professor / Psychiater, Coördinator Kenniscentrum Forensische zorg, OPZC Rekem, Rekem

In deze lezing bespreken we het proces van de vertaling van de DUNDRUM-toolkit en de uitdagingen die zich hierbij voordeden binnen taalkundige, juridische en culturele contexten. Het vertaalproces gaf waardevolle inzichten met betrekking tot de mogelijke struikelblokken voor een effectieve implementatie. Verder gaf het ook zicht op de moeilijkheid om de integriteit van de toolkit in verschillende omgevingen en populaties te waarborgen. Op

het einde van de presentatie zullen we ingaan op de wettelijke kaders die nodig zijn (en die ontbreken) bij het gebruik van de DUNDRUM-toolkit.

S35.2 Gebruik van de DUNDRUM-toolkit: een evidence-based practice?

Petra Habets, Assitant Professor / Psycholoog, Wetenschappelijk medewerker Kenniscentrum Forensische zorg, OPZC Rekem, Rekem

Een Nederlandstalige handleiding hebben is niet genoeg om een instrument te gebruiken in de praktijk. Is de DUNDRUM-toolkit wel geschikt voor de Vlaamse zorginstellingen? Kan dit instrument zomaar gebruikt worden binnen het Vlaamse zorglandschap? In deze presentatie zullen we ingaan op de resultaten van (inter)nationale DUNDRUM-toolkit validatiestudies. Er zal specifiek ingegaan worden op de toepasbaarheid van de DUNDRUM-toolkit binnen de Vlaamse forensische zorg en bij specifieke subpopulaties zoals personen die zedenfeiten hebben gepleegd en personen met een verstandelijke beperking. Maar ook de nood voor een opleiding om het instrument te scoren wordt besproken als de nodige bronnen die nodig zijn om de DUNDRUM-toolkit goed af te nemen. Verder gaan we in op de test-hertest betrouwbaarheid van het instrument, krijg je dezelfde scores als het instrument door twee verschillende personen wordt afgenomen? De resultaten van deze studies zullen samengenomen worden om te bepalen of de DUNDRUM-toolkit voldoende wetenschappelijk onderbouwd is om in de praktijk te gebruiken

S35.3 Een blik op de implementatie van de DUNDRUM-Toolkit in Vlaamse (Forensische) instellingen

Claudia Pouls, PhD-student / Criminoloog, Wetenschappelijk medewerker Kenniscentrum Forensische zorg, OPZC Rekem, Rekem

Deze presentatie gaat in op de praktische aspecten van de implementatie van de DUNDRUM-toolkit in (forensische) instellingen in Vlaanderen. Deze implementatie is gestart in oktober 2023. Verder zullen de eerste resultaten van het implementatieonderzoek besproken worden. Deze laten zien wat de uitdagingen zijn bij het gebruik van een internationaal gestructureerd professioneel oordeelinstrument in specifieke juridische kaders. De nadruk zal worden gelegd op het belang van deze bevindingen van de implementatie studie bij het vormgeven van forensische praktijken in de geestelijke gezondheidszorg en het informeren van beleidsbeslissingen

S35.4 De toepassing van de DUNDRUM-toolkit in de praktijk: een casusbespreking

Laura Bex, Psycholoog, Wetenschappelijk medewerker Kenniscentrum Forensische zorg, OPZC Rekem, Rekem

De laatste presentatie zal een casestudy laten zien, die illustreert hoe de DUNDRUM-toolkit als raamwerk diende bij de ontwikkeling van een zorgmodel binnen een specifieke afdeling. We zullen bespreken hoe de DUNDRUM-toolkit bijdroeg aan het opstellen van op maat gemaakte behandelplannen, het bevorderen van een meer genuanceerd begrip van beveiligingsbehoeften en hopelijk het optimaliseren van de patiëntresultaten

SYMPOSIUM S36 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Op weg naar een duurzame integratie van eerstelijnspsychologische zorg in België**

Voorzitter: *Leontien Jansen, Dr., Postdoctoraal onderzoeker, KU Leuven, Leuven*

S36.0 Inleiding

Ronny Bruffaerts, Prof., Professor, KU Leuven, Leuven

Sinds 2011 is de structuur van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in België fundamenteel veranderd. Deze nieuwe structuur, verankerd in de GGZ-netwerken, legt de nadruk op geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. De conventie eerstelijnspsychologische zorg maakt deel uit van deze vergaande hervormingen en wil de hoge unmet need als ook de (te) snelle doorstroom naar (te) gespecialiseerde zorg aanpakken door psychologische zorg vroegtijdig en toegankelijk aan te bieden, dicht bij de mensen. Deze conventie geldt als een systeeminnovatie: het biedt aangepaste zorg op het juiste moment, in plaats van de toepassing van generieke behandelmethoden. De stand van zaken inzake deze conventie, op zowel macro-, meso- als microniveau verdient dan ook nadere aandacht.

S36.1 Stand van zaken implementatie conventie eerstelijnspsychologische zorg

Sarah Morsink, Dr., Expert psychologische zorg in de eerste lijn – hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Brussel

Sinds 2019 werd de integratie en financiering van psychologische zorg in de eerste lijn opgestart, als volgende etappe binnen de federale hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg. Het voornamelijk doel van dit aanbod is om lokale en geïntegreerde zorg in de eerste lijn te gaan versterken op vlak van preventie, vroeginterventie, vroegdetectie en expertisedeling zodat milde psychische klachten zich niet kunnen gaan ‘nestelen’. Ondertussen ‘vervelde’ dit aanbod regelmatig, met begin 2024 een nieuwe optimalisatiefase. Met een investering van € 152 miljoen, 4.428 Verstrekkers – goed voor 1.690.099 beschikbare sessies/week – proberen we psychologische zorg zo toegankelijk en kwaliteitsvol mogelijk te maken. Deze presentatie licht verschillende innoverende aspecten van dit project toe, zoals een op noden gebaseerde budgetstratificatie, populatiemanagement op basis van quintuple aim en public health principes en verregaande geïntegreerde zorg op niveau van zorg en organisatie. Er wordt een preliminaire evaluatie gemaakt van de opportuniteiten, drempels en change management van de nieuwste implementatiefase.

S36.2 Wetenschappelijke evaluatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België

Leontien Jansen, Dr., Postdoctoraal onderzoeker, KU Leuven, Leuven

Sinds 2019 voorziet de conventie eerstelijnspsychologische zorg de terugbetaling van psychologische functies in de eerste lijn in België. Simultaan werd een evaluatieproject van deze innovatieve zorgvorm uitgevoerd, de EPCAP (Evaluation of Primary Care Psychology) studie, met als doel de klinische patiëntenpopulatie te beschrijven als ook de klinische, orga-

nisatorische en beleidsmatige aandachtspunten voor een duurzaam beleid met betrekking tot eerstelijnspsychologische zorg (ELP) in België.

In totaal namen 2.637 patiënten deel aan een online bevraging aan de start van hun behandeling en na 3, 6 en 12 maanden, in de 31 Belgische GGZ-netwerken. Data werd verzameld over sociodemografische karakteristieken, prevalentie van psychische stoornissen en problemen, zorggebruik en uitstelijd van behandeling.

Meer dan 70% van alle patiënten screenden positief voor een DSM-5 psychische stoornis in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP-behandeling. Voor 43,9% van de patiënten was ELP de eerste behandeling ooit. De mediane uitstelijd tot behandeling bedroeg 4 jaar. Het probleem eerst zelf op te willen lossen was een belangrijke reden om het zoeken van hulp uit te stellen.

We kunnen stellen dat ELP in België een patiëntenpopulatie bereikt met hoge prevalenties van psychische stoornissen. Ook al zijn veel patiënten reeds eerder in behandeling geweest, ELP lijkt te zorgen voor een daling in de uitstelijd tot behandeling, de levenskwaliteit van patiënten te verbeteren als ook de veerkracht te vergroten. Aanbevelingen werden dan ook geformuleerd om de ELP-conventie verder te optimaliseren met als doel een duurzame integratie van ELP inzake vroegdetectie en -interventie van psychische problemen in België.

S36.3 Gerichte psychologische zorg in de eerste lijn – instrument ter ondersteuning van datagestuurde besluitvorming

Ronny Bruffaerts, Prof., Professor, KU Leuven, Leuven

In de geestelijke gezondheidszorg is het van cruciaal belang om zorgplanning te centreren rond de behoeften en actieve betrokkenheid van de patiënt. Dit impliceert het optimaliseren van interventies die specifiek zijn afgestemd op de behoeften en doelen van elke patiënt. Een essentieel onderdeel hiervan is de implementatie van een effectief datagestuurd besluitvormingsproces, zowel gericht op toeleiding en heröriëntatie van de individuele patiënt als ter ondersteuning van de psychologische behandeling.

Het EPCAP-project ontwikkelde een data-gestuurd instrument voor klinische besluitvorming in de eerstelijnspsychologische zorg, gericht op het identificeren van patiënten die binnen drie maanden baat hebben bij eerstelijnspsychologische interventies. Dit instrument biedt voordelen op klinisch en economisch gebied, waaronder contextuele afstemming van behandelingen, flexibele drempelwaarden voor waarschijnlijkheid, en inzicht in specifieke patiëntkenmerken die behandelingssucces beïnvloeden.

Dit nieuw ontwikkelde instrument voor besluitvorming in de eerstelijnspsychologische zorg markeert een belangrijke stap naar meer gepersonaliseerde geestelijke gezondheidszorg. Het houdt rekening met unieke patiëntkenmerken en hun interacties om zo risico- en beschermende factoren nauwkeurig te bepalen, in tegenstelling tot een generieke aanpak. Toch moeten we ons bewust zijn van de mogelijke uitdagingen bij de implementatie van deze tool, zoals weerstand bij medici onbekend met deze methoden, de noodzaak van voortdurende vorming en opleiding, de behoefte aan voortdurende optimalisatie van het model, de bescherming van patiëntgegevens en het naleven van ethische normen. De aanhoudende ontwikkeling en afstemming van dit instrument zijn essentieel voor een effectieve implementatie in de eerstelijnspsychologische zorg en daarbuiten.

S36.4 Implementatie ELP conventie op netwerkniveau – goede praktijken en samenwerkingsverbanden

Hanna De Baecke, *Mevr., Lokale coördinator, GGZ Netwerk Kwadraat, Roeselare*

Bijkomende Spreker(s): Koen Demuynck, *Dhr., Netwerkcoördinator, GGZ Netwerk Kwadraat, Roeselare*

1. 'Let's reach out together!'

Kwadraat organiseert co-creatieve acties, in samenwerking met de drie eerstelijnszones en 'Empact project geïntegreerde zorg', onder begeleiding van Howest. Netwerkfactoren zijn gestimuleerd tot innovatief handelen ter bevordering van geïntegreerde zorg, met focus op en in kader van uitrol psychologische zorg in de eerste lijn. Diverse actoren worden uitgedaagd a.d.h.v. volgende vraagstukken:

- Hoe en met wie kunnen we samenwerken om meer outreachend te werken?
- Hoe kunnen we kwetsbare groepen beter bereiken met onze zorg?
- Wat is er nodig om geïntegreerde zorg haalbaar te maken?
- Welke 'quick wins' kunnen we inzetten om de brede eerstelijnszorg te verbeteren?

In 2024 worden verschillende acties uitgerold die een concrete invulling geven aan geïntegreerde zorg. We ontwikkelen, monitoren en evalueren de verschillende acties en staan stil bij mogelijkheden op vlak van verduurzaming. We formuleren aanbevelingen.

2. 'Samen Sterk: gemeenten zetten zich in voor Geestelijke Gezondheid'

Kwadraat, in samenwerking met drie eerstelijnszones, neemt initiatief om in overleg te gaan met de lokale overheden en geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen. De focus van het gesprek ligt op het exploreren, uitbouwen en verduurzamen van samenwerking. Er wordt ingegaan op: noden en signalen; vindplaatsen; communicatie en ondersteuning van eerstelijnsmedewerkers. Het resultaat is het vastleggen van een formele samenwerking en opmaak van een actieplan, die in lijn ligt met noden en vragen op populatieniveau.

WERKWINKEL W01 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Toewerken naar een inclusieve GGZ: “Ik voel me begrepen en mag zijn wie ik ben”**

Seline van den Ameele, PhD, Psychiater, UVC Brugmann Brussel & CAPRI, Universiteit Antwerpen

Winy Ang, Kinder- en jeugdpsychiater, docent communicatie UA

Laura Van de Vliet, Psychiater, POZAH – PZ St-Alexius Grimbergen,

Onze populatie kent een enorme verscheidenheid in culturele achtergrond. Met culturele achtergrond bedoelen we niet alleen herkomst, maar ook andere aspecten zoals sociale klasse, gezondheidsstatus, taal, seksuele geaardheid, levensbeschouwing, opleiding, genderidentiteit. Binnen het GGZ personeel zien we op heden nog geen afspiegeling van deze maatschappelijke diversiteit. Ook het huidige GGZ-aanbod is nog onvoldoende afgestemd op de ervaring en verwachting van deze diverse populatie. Discriminatie kan voorkomen op verschillende niveaus van onze GGZ-organisatie en leidt tot mindere kwaliteit van zorg. Het kan onder meer leiden tot uitstellen van zorg, ernstiger ziekteverloop, wantrouwen, misdiagnostiek en foutieve behandeling. Het toewerken naar een inclusieve GGZ kan een antwoord bieden op deze ervaren diversiteitsproblemen. Inclusieve zorg betekent dat een zorgorganisatie bewust omgaat met verschillen en er gelijkwaardige, wederkerige relaties worden aangegaan. Medewerkers voelen zich gewaardeerd en krijgen kansen tot groei. Het betekent dat zorggebruikers geen barrières tot zorg ervaren, zich welkom voelen, en effectieve zorg krijgen.

In deze workshop willen we samen nadenken over het toewerken naar meer inclusie in de GGZ. Via casusbesprekingen, zelfreflectie en concrete tools gaan we aan de slag met begrippen als inclusie en discriminatie binnen de GGZ.

WERKWINKEL W02 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Algemeen welzijnswerk: eerste en/of laatste lijn?**

Theo Christoffels, Maatschappelijk werker, Coördinator Dedicated teams CAW in Hasselt Padzoekers en in Pelt/Lommel Cabrio

Egon Heeren, Maatschappelijk werker, Coördinator Dedicated Team CAW Cabrio Sint-Truiden en begeleider Mobiel Herstelteam Netwerk Reling Haspengouw

Ondanks het brede aanbod van (gespecialiseerde) zorg vinden dak- en thuislozen, zorgmijders onvoldoende aansluiting bij Algemeen Welzijnswerk en Geestelijke Gezondheidszorg. De 1ste en 0 de lijn zet ambulante zorg en mobiele teams in om ‘complexe doelgroepen’ te bereiken maar zij haken af, ervaren veel drempels en schakelen naar overlevingsmodus. Toch hebben zij zorgnoden rond (mentale) gezondheid, verslaving, basisrechten, mentale beperking. De samenleving verliest deze mensen. Reguliere lijnen van hulp, zorg zijn bezet. CAW zet daarom in op ... de laatste lijn.

Sinds 2017 coördineert CAW Limburg 3 Dedicated Teams (DT) voor dak- en thuislozen en zorgmijders. De teams bestaan uit hulpverleners van verschillende sectoren met diverse

expertise: OCMW, straathoekwerk, mobiele herstelteams, beschut wonen, verslavingszorg, woonbegeleiding, bijzondere jeugdzorg, VAPH. De DT werken outreachend, in de leefwereld van kwetsbare mensen. Vanuit de presentiebenadering krijgen hulpverleners een brede inzicht, werken nabij en aanklampend. De DT werken multidisciplinair. Kennis en netwerken worden samengebracht wat een exponentiële impact oplevert voor cliënt, hulpverlener en de samenleving. De teams zetten lokaal en regionaal het debat over dakloosheid, zorgmijden en structurele drempels op de agenda en werken dus politiserend. Complexe situaties van zorgmijders maken hulpverleners moedeloos, ze zien weinig perspectief. Verschillende invalshoeken brengt rust, continue zorg en kansen naar herstel. Een DT vertrekt vanuit cliëntperspectief, niet vanuit een vast aanbod. Het DT wandelt bij de cliënt binnen zonder organisatiebelang. Dat voelt bevrijdend, geeft zuurstof in de relatie met de cliënt!

Een net-werkt en geeft hoop voor de cliënt!

WERKWINKEL W03 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Eerste hulp bij slaap: de gedragsmatige aanpak van slaapklachten en insomnie**

Lynn Delfosse, *Klinisch psycholoog, Gedragstherapeut, Zelfstandige praktijk te 9300 Aalst, Kringcoördinator beroepsvereniging VVKP te Brussel*

Ongeveer een vijfde van de Belgen neemt slaap- of kalmeermiddelen. Nochtans is bekend dat dit geen duurzame oplossing vormt voor aanhoudende slaapproblemen en bestaan er goede gedragsmatige interventies om beter te slapen. De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) leidt een project in kader van het 'evidence-based practice plan' met de steun van Evikey en FOD Volksgezondheid over de eerste hulp bij slaapproblemen in de eerste lijn, waarbij wordt ingezet op de niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid: vvpk.be/dossiers/project-slaap. Stap 1 in de richtlijn is het monitoren van de slaap via een slaapdagboek en het geven van eenvoudige slaapadviezen. Stap 2 zijn laag-intensieve gedragsmatige interventies zoals tijd-in-bed restrictie en stimuluscontrole. Indien de slapeloosheid aanhoudt, kan doorverwezen worden naar een meer intensieve en gespecialiseerde CGT-i behandeling (cognitieve gedragstherapie voor insomnie). Slaapmedicatie is enkel kortdurend aangewezen bij acute en ernstige slapeloosheid.

Tijdens deze workshop wordt de richtlijn 'aanpak van insomnie in de eerste lijn' (WOREL) toegelicht, worden misverstanden over slaap besproken, en worden vaardigheden in het motiveren tot en verstrekken van laag-intensieve gedragsmatige interventies aangeleerd.

Referentie:

- ▶ Cloetens, H., Declercq, T., Habraken, H., Callens, J. & Van Gastel, A., (2018). Aanpak van slaapklachten en insomnie in de eerste lijn (WOREL richtlijn).

WERKWINKEL W04 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Afbouwen van langdurig gebruik van antidepressiva**

Joke Pauwelyn, Huisarts, Wetenschappelijk medewerker UGent, Psychofarmaca Ugent, Lauwe

Het opzet van deze werkwinkel is het afbouwen van antidepressiva (AD) in de eerste lijn bespreekbaar en werkbaar te maken.

Onder begeleiding van een moderator duo huisarts en psycholoog kunnen eerstelijnswerkers ervaringen uitwisselingen i.v.m. afbouwen van AD en worden huisartsen gemotiveerd en ondersteund d.m.v. recent ge-update tools om aan de slag te gaan met het afbouwen van AD bij patiënten.

Als antidepressiva bij depressie nodig zijn, beveelt de Belgische richtlijn aan de behandeling om herval te voorkomen verder te zetten tot 6 maanden na verbetering van de klachten en bij hoog risico van herval tot 2 jaar. Steeds meer patiënten die zich goed voelen gebruiken antidepressiva echter veel langer dan aanbevolen, tot zelfs jarenlang, zonder duidelijke indicatie. Dit langdurig gebruik gaat gepaard met risico's (bijwerkingen, interacties met andere geneesmiddelen) en onnodige kosten voor medicatie en klinische opvolging. Recent kwalitatief onderzoek met (Belgische) patiënten en artsen over waarom al dan niet AD afgebouwd worden toont echter dat afbouwen niet gemakkelijk blijkt in de praktijk. Patiënten en artsen vrezen een herval van de depressie. Een negatieve houding ten aanzien van stoppen maakt dat artsen twifelen of afbouwen wel de moeite is. Patiënten verwachten dat de arts het initiatief neemt om het gebruik te minderen of te stoppen. In deze werkwinkel worden tools en nodige ondersteuningsmogelijkheden besproken die ingezet kunnen worden bij de afbouw van AD.

Referentie:

- ▶ Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter A, De Beir R, Christiaens T. Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term antidepressant use, a qualitative study. *Acta Clin Belg.* 2022;77(6):962-969.
- ▶ Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, Sutter A, Branden EVD, Christiaens T. 'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. *Scand J Prim Health Care.* 2021;39(4):533-542.

WERKWINKEL W05 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Multidisciplinair Psychologisch Overleg in de Eerste Lijn**

Charlotte Sercu, Doctoraat, Verantwoordelijke psychosociale zorg, Domus Medica, Antwerpen

In opdracht van VIVEL (Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn) hebben Huis voor Gezondheid, VVKP (beroepsvereniging voor klinische psychologen), Domus Medica (beroepsvereniging huisartsen), CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk) en ELP-academie in 2023 het vormingsproject 'Medisch Psychologisch Overleg in de Eerste Lijn' opgestart om de lokale samenwerking tussen huisartsen en (eerstelijns)psychologen aan te moedigen.

De vorming doelt op het versterken van de lokale multidisciplinaire samenwerking in het kader van de RIZIV-Conventie psychologische zorg in de eerste lijn. Onder begeleiding

van een huisarts en een klinisch psycholoog exploreren huisartsen en klinisch psychologen op een interactieve manier en vanuit praktijkvoorbeelden hoe psychologische zorg in de eerste lijn lokaal vorm kan krijgen.

WERKWINKEL W06 dinsdag 10 september 2024, 11u30 – 13u00

■ **Sociotherapie en groepswerking: dicht, dichter, dichtst?**

Emma Doclo, Master in de psychologie, sociotherapeut, TG De Evenaar, Emmaüs, Antwerpen

Noémie Eggermont, Master in de psychologie, sociotherapeut, TG De Evenaar, Emmaüs, Antwerpen

Binnen de werking van therapeutische gemeenschap 'de evenaar' staat groepswerking centraal. Sociotherapie vormt hierbij de spil van het therapeutisch proces. Door deel uit te maken van het dagdagelijkse leven zien en horen we wat er bij en tussen bewoners leeft. Door nabij te zijn helpen we hen te dragen, door gericht afstand in te bouwen proberen we de autonomie te versterken. Zoals vaak klinkt de theorie bedrieglijk eenvoudig, want hoe doe je dat, dat balanceren op een koord van nabijheid en afstand? Hoe ver laat je de spanning oplopen? Wanneer begrenst je, en hoe doe je dat dan? Wanneer blijf je net meer op de achtergrond, en waarom? Wanneer doe je een groepsinterventie, en wanneer kies je voor een meer individuele aanpak?

In deze werkwinkel nemen we jullie mee in het gedachtegoed van een therapeutische gemeenschap die psychodynamisch werkt met jonge mensen die verloren lopen op verschillende vlakken in het leven. We gaan daarna samen aan de slag met enkele casussen waarin we verschillende perspectieven belichten van de mogelijkheden en uitdagingen van sociotherapie. Van harte welkom!

Referentie:

- ▶ - De Weerd, D., Slaa, S., & Muste, E. H. (2023). Handboek Sociotherapie. Theorie en praktijk voor hulpverleners in het sociaal-agogisch werkveld. <https://doi.org/10.36254/978-90-8850-273-6>

WERKWINKEL W07 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Traumasensitief werken in een samenvloeiing van beeldende, bewegings- en muziektherapie**

Karolien Moers, Master, Muziektherapeut, Alexianen Zorggroep Tienen, Landen

In deze werkwinkel delen we onze blik op het getraumatiseerde lichaam en zoomen we dieper in op de polyvagaaltheorie (S. Porges). Dit theoretisch kader ondersteunt ons in onze visie op trauma en beïnvloedt het therapeutisch aanbod in de dagbehandeling groep Resonantie binnen het Psychotherapeutisch centrum (AZT). Resonantie is een groep voor mensen met een (complex) trauma-gerelateerde problematiek, die emotioneel overprikkeld zijn en moeilijkheden ervaren in het maken van verbinding met hun eigen lichaam/gevoelens/omgeving. Het overwegend non-verbale aanbod is specifiek voor onze werking waarin we maximaal inzetten op bottom-up ervaringen.

In het groepsprogramma bieden we wekelijks een sessie aan waarin we 3 media met elkaar combineren. Binnen deze sessies beogen we onze patiënten met complex trauma mee te leiden naar een (re)connectie met hun lichaam en gevoel. Dankzij het gebruik van verschillende media verhogen we de kans om een ingangspoort te vinden naar gevoelens en emoties. Deze voelen vaak overweldigend en bedreigend aan, waardoor hiermee in contact komen zeer moeilijk is. In deze workshop nemen we jullie mee in het actief ervaren van de combinatiemogelijkheden via allerhande werkvormen. We bespreken de uitdagingen die we tegenkomen alsook de handvaten die ons hierin helpen.

Referentie:

- ▶ Dana, Deb (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy. Engaging the rythm in regulation*. New York, W.W. Norton & Company, Inc.)

WERKWINKEL W08 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ Slaapklachten in de huisartspraktijk: afbouw benzodiazepines

Joke Pauwelyn, *Huisarts, Wetenschappelijk medewerker – Docent, Projectgroep Psychofarmaca Ugent, Gent*

Hanne Creupelandt, *Psycholoog in Gentbrugge – Wetenschappelijk medewerker – docent, Projectgroep Psychofarmaca*

‘Dokter, terwijl ik hier ben, schrijf je ook nog eens mijn slaappilletjes voor?’

‘Beste patiënt, willen we het even hebben over je chronisch slaapmiddelgebruik?’

Een herkenbare, soms lastige situatie in de huisartsenpraktijk. Slaapproblemen kunnen de kwaliteit van leven danig verstoren en een heel scala aan klachten veroorzaken waarbij het soms moeilijk is om hier op een verantwoorde manier effectief soelaas te bieden. Verwachtingen van patiënt en arts lopen dikwijls uiteen en toegankelijke, niet-medicamenteuze alternatieve aanbieden is lang niet altijd evident. De slechte slaper kan niet meer zonder zijn inslapertje of sinds jaren vertrouwde slaappil. De ‘werkwinkel/LOK afbouw’ wil een pragmatische inkijk geven in hoe je als huisarts, of als verpleegkundige, psycholoog, apotheker... effectief kan bijdragen tot de afbouw van deze verslavende middelen. Deze werkwinkel/LOK wordt gegeven door een ervaren trainersduo huisarts-psycholoog.

Referentie:

- ▶ Richtlijn Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn - Worel 30/6/2018
- ▶ Boek 'De kracht van Slapen' Inge Declercq - Uitgeverij Pelckmans 10/7/2020

WERKWINKEL W09 dinsdag 10 september 2024, 14u00 - 15u30

■ **Hostilia, een simulatiegame rond omgaan met grensoverschrijdend gedrag voor zorgverleners.**

Marthe Vermeulen, Msc., Onderzoeker, Hogeschool UCLL, Diepenbeek

Agressie en grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer zijn een gekend en stijgend probleem in de zorgsector. Er worden trainingen gegeven doch geven zorgprofessionals hier hiaten aan. De belangrijkste beperkingen zijn het inplannen in functie van de deelnemers, het gebruik van eenzijdige leermethodes en de mogelijkheid voor deelnemers om niet te participeren in activerende werkvormen. Verder geven zorgprofessionals de nood weer aan reflectie, procesgerichte opleiding en motiverende werkvormen. Hierop werd ingespeeld door een dienstverlening met edugame te ontwikkelen die autonoom werkt, reflectie opwekt door deelnemers een rol te geven binnen een coöperatieve ervaring en duurzaam is o.w.v. de makkelijke praktische inzetbaarheid.

Deze vernieuwende leervorm stelt teams in staat eigen handelen in kaart te brengen en ondersteuning te bieden in het omgaan met grensoverschrijdend gedrag. Hostilia kan je op zich spelen of inschakelen binnen een breder traject rond grensoverschrijdend gedrag. Het doorlopen van Hostilia neemt één uur in beslag en kan perfect worden ingezet tijdens een intervisiemoment. Hostilia werd ontwikkeld binnen het ESF-project Innovatief omgaan met agressie (<https://ap.lc/RBTOF>). Dit binnen een samenwerking van Hogeschool UCLL, Hogeschool PXL, LUCA School of Arts en UHasselt. De edugame werd in co-creatie met zorgprofessionals ontwikkeld. De conceptvoorwaarden: motivatie, authenticiteit, coöperatie, reflectie en duurzaamheid vormen de kern van de edugame. Momenteel wordt er aan een vervolgprijsproject gewerkt en wordt de huidige edugame uitgerold in Vlaamse zorginstellingen. Hostilia is vrij beschikbaar via de website www.hostilia.be. Verschillende Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen waren reeds betrokken bij de ontwikkeling van Hostilia. In de werkwinkel ervaar je het spel en wordt de achtergrond van de methodiek toegelicht. Deelnemers dienen hun eigen smartphone en internet te hanteren tijdens de edugame.

WERKWINKEL W10 dinsdag 10 september 2024, 14u00 - 15u30

■ **Herstelgericht werken met de sixties revolutionaire generatie**

Jana De Meyere, Master, Stafmedewerker Patiëntenzorg, GPN Meetjesland, Eeklo
Charlotte Wansele, Bachelor, Ergotherapeut afdeling Opname en Behandeling van Ouderen, GPN Meetjesland, Eeklo

In deze werkwinkel vertrekken we vanuit een eigen ervaring rond de uitbouw en implementatie van een herstelgericht beleid en behandelplan op de afdeling 'opname en behandeling van ouderen'. Wij merken dat de doelgroep 'ouderen' verandert. Mensen die een vraag tot opname stellen bevinden zich vaker tussen de 60 en 70 jaar. Enkele jaren geleden bestond deze doelgroep vooral uit 80-jarigen. Dit zorgt voor een generatieverschil gepaard met verschillende noden. Waar vroeger warme zorg centraal stond, wordt plaats gemaakt voor het verhogen van zelfinzicht, doorschouwen van systemen en reflectie. Cliënten willen inzichtelijk aan de slag gaan en willen mee participeren in hun behandeling.

Op deze afdeling hebben we ingezet op het verhogen van toegevoegde waarde voor de cliënt, door hen maximaal te betrekken in hun zorg- en behandelplan. Dit houdt in dat cliënten

actief deelnemen aan multidisciplinaire teambesprekingen, afdelingsbeleidsplannen en werkgroepen. Daarnaast participeert de cliënt mee aan de hand van een eigen ontworpen werkboek 'Mijn herstel-Mijn verhaal'. Het verhogen van patiëntenparticipatie verbetert volgens onderzoek van Denis en Teller (2011) de kwaliteit van zorg. Daarnaast leidt het tot empowerment, een betere kwaliteit van leven, een betere gezondheid, gebruikerstevredenheid en een betere toegankelijkheid van zorg (Castro et al., 2016; Tambuysen & Oudenhove, 2010).

Aan de hand van deze werkwinkel willen we zorgverleners inspireren om herstelgericht aan de slag te gaan met de sixties revolutionaire generatie. Volgende thema's worden belicht:

- Het implementatietraject op de afdeling: eigen ervaringen, good practices, weerstand, etc.
- Ervaringen van cliënten
- Tips en tools:
 - Herstelboek 'Mijn Herstel-Mijn Verhaal'
 - Persoonlijk Krachten Profiel spel
 - Rots en Water
 - Vragenlijsten
- Uitwisselen van ervaringen en ideeën

Referenties:

- ▶ Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns* 99(12):1923-1939.
- ▶ Tambuysen, E., van Oudenhove, C. (2010). *Patiënten -en familieparticipatie in de GGZ*. Leuven: KU Leuven.
- ▶ Denis, A. en Teller, M. *Patiëntenparticipatie in gezondheidszorg en gezondheidsbeleid. Hefbomen voor een betere patiëntenparticipatie. Nieuwe praktijken en mogelijkheden voor erkenning en financiering*. Brussel: Koning Boudewijnstichting, 2011.

WERKWINKEL W11 dinsdag 10 september 2024, 14u00 – 15u30

■ **Werken aan jezelf in de natuur – laagdrempelige hulpverlening met een grote rijkdom**

Kim Van Beylen, Master psychologie, klinische volwassenen – Postgraduaat cliëntgerichte en experiëntiële psychotherapie – Focusing Oriented Therapist – Existentieel psychotherapeut, Klinisch psychologe in Psychologenpraktijk Zemst en in Spore – praktijk voor psychotherapie in Rotselaar, Zemst

De conventie voor eerstelijnspsychologische zorg zet in op laagdrempelige hulpverlening. Dit nodigt uit om creatief na te denken over ons vak. In deze werkwinkel kan je ervaren hoe ik elementen uit de experiëntiële psychotherapie en focusing (Gendlin, 1996) vertaalt naar een eerstelijnspsychologisch groepsaanbod in de natuur voor mensen met lichte tot matige psychische klachten. Focusing is een manier van luisteren naar wat lijfelijk merkbaar is, maar nog geen woorden heeft. Het is een natuurlijke vaardigheid die iedereen kan leren. Cornell (1996) beschrijft hoe de focusingattitude je kan helpen met emotionele proces-

sen in jezelf aan het werk te gaan, zonder er door overspoeld te worden. Bij Swyngedouw (2022) vind ik enkele praktische oefeningen voor focusing in het dagelijks leven. Ik laat je zien hoe je gebruik kan maken van de natuur om de focusingattitude te installeren (Van Beylen, in press). Je hebt daarbij geen voorkennis van focusing nodig. Dat hebben de deelnemers aan mijn groepen ook niet. Vervolgens laat ik je ervaren hoe je in de natuur uitdrukkingsvormen kan vinden om 'taal' te geven aan wat er binnen in je omgaat. Omgekeerd kan iets dat je aandacht trekt in de natuur je helpen om meer in contact te komen met je eigen belevingswereld en eventuele vastgelopen processen weer in beweging te brengen. Ik hoop dat je ervaringen tijdens deze werkwinkel je inspireren om nadien als hulpverlener zelf vaker uit je vertrouwde werksetting te komen, met mensen letterlijk mee op pad te gaan en gebruik te maken van wat je onderweg tegenkomt.

Referentie:

- ▶ Swyngedouw, Tine (2022). *Focusing. Leven in verbinding met je innerlijk kompas*. Tielt, Lannoo
- ▶ Vanhooren, Siebrecht. (2023). *Op de bodem. Existentiële thema's in psychotherapie en begeleiding*. Kalmthout, Pelckmans

WERKWINKEL W14 dinsdag 10 september 2024, 16u00 – 17u30

■ Geïntegreerde zorg aan ouderen met psychische stoornissen

Robert Geeraert, *Master psychologie, Opvoedkunde, Gezondheidszorg voor ouderen, Expert ouderenzorg en levenseindezorg, LEIF, Forum palliatieve zorg, Leuven*

De Vlaamse overheid subsidieert woonzorgvoorzieningen (gezinszorg, thuisverpleging, woonzorgcentra, dagverzorgingscentra, lokale dienstencentra) om kwaliteitsvolle zorg te bieden aan kwetsbare ouderen. Vele ouderen kampen met psychische stoornissen. Om hen optimaal te kunnen begeleiden heeft de woonzorg de outreachende ondersteuning nodig van de geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds heeft de geestelijke gezondheidszorg ook de woonzorg nodig voor een goede begeleiding van ouderen die geen opname in een gespecialiseerd psychiatrisch ziekenhuis meer nodig hebben. In deze interactieve werkwinkel gaan wij, aan de hand van concrete casussen, samen na hoe woonzorg en geestelijke gezondheidszorg elkaar kunnen versterken. Hoe werken wij samen aan preventie en vroegtijdige detectie? Hoe stemmen wij diagnostiek en zorg op elkaar af? Welke zijn goede praktijkvoorbeelden? Wat verwachten wij van de overheden?

Referentie:

- ▶ Robert Geeraert, 2018, *Naar een geïntegreerde zorg; ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen*, Brussel, Politeia
- ▶ Robert Geeraert, 2019, *Levensmoeheid bij ouderen*, Brussel, Politeia

WERKWINKEL W16 WERKWINKEL W01 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45■ **Een kader voor digitale competenties van GGZ medewerkers**

Lien Faelens, Master in de Psychologie / Doctor in de Psychologie, Klinisch psycholoog, docent en onderzoeker, Arteveldehogeschool, Gent

Jana Verplancke, Docent en onderzoeker, Arteveldehogeschool, Gent

Als hulpverlener werken we vaak multidisciplinair en multimethodisch, waarbij verschillende methoden en communicatiekanalen complementair kunnen werken. Ook digitale toepassingen brengen ons soms dichterbij onze cliënt. Beeldbellen vanuit de veilige thuiscontext kan cliënten helpen om in verbinding te gaan met hun hulpverlener. Online dagboeken geven inzicht in gedachten en gevoelens die cliënten in gesprek soms moeilijk verwoord krijgen. Het gebruik van dergelijke toepassingen op maat van de cliënt vraagt de nodige digitale vaardigheden van hulpverleners om digitaal met hun cliënten te kunnen werken. Maar wat zijn die noodzakelijke digitale competenties? Vanuit Onlinehulp-Vlaanderen ontwikkelden we een kader voor digitale competenties voor welzijnswerkers en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Dit kader werd reeds verfijnd door vertegenwoordigers uit basisorganisaties, het middenveld en de overheid, alsook door vertegenwoordigers van verschillende opleidingen binnen het sociaal-agogisch studiegebied.

In deze werkwinkel gaan we dan ook in gesprek over:

- hoe dit digitaal competentie kader eruit ziet;
- welke digitale kennis, vaardigheden of houding t.a.v. blended werken je zelf als professioneel wenselijk acht binnen jouw functie
- welke kennis, vaardigheden of houding je wenselijk acht bij hulpverleners in verband met het mee bepalen van het organisatiebeleid rond 'blended werken'.

Referentie:

- ▶ Bocklandt, P. (red) (2023) Een kader voor digitale competenties van sociaal-agogische professionals in welzijnswerk en geestelijke gezondheidszorg. Gent: Arteveldehogeschool

WERKWINKEL W17 woensdag 11 september 2024, 11u15 – 12u45■ **Wanneer en waartoe betrek je cliënten in teamoverleg?**

Sarah Vanderhofstadt, Master, Staflied, Interactie Academie, Antwerpen

Paul Castelijns, Master, Staflied, Interactie Academie, Antwerpen

De visie op teamoverleg is aan verandering onderhevig. Verbinding en gastvrijheid staan steeds vaker centraal, waardoor overleg zonder cliënten wordt ingeperkt. We juichen de huidige aandacht voor het teamoverleg toe. Echter, vooraleer we kunnen nadenken over de zinvolheid van het betrekken van cliënten in overleg, moeten we ons de vraag stellen: hoe hangt de wijze waarop we overleggen samen met de wijze waarop we hulpverleners? In teamoverleg voeren hulpverleners namelijk gevarieerde types gesprek. Zo worden besluiten soms genomen op basis van hiërarchische of collaboratieve verhoudingen, staat soms de cliënt of de hulpverlener centraal en is regelethiek of zorgethiek leidend in overleg. De relatie tussen teamoverleg en het hulpverleningsproces is daardoor bijzonder gevarieerd. In deze workshop stellen we een raster voor dat zicht geeft op de vele mogelijkheden van

teamoverleg. Vanuit deze mogelijkheden denken we na over wanneer en waartoe cliënten in overleg betrokken kunnen worden. Dit doen we aan de hand van de volgende stellingen.

- Teambeslissingen waarin de visie van de cliënten niet wordt meegenomen, is een praktijk uit de vorige eeuw.
- Hulpverleners moeten altijd transparant zijn naar hun cliënten.
- Zorg op maat, bij iedere cliënt opnieuw, is het devies.

Sarah Vanderhofstadt is systeemtheoretisch psychotherapeut en werkzaam als staflid aan de Interactie Academie waar ze opleidingen geeft en individuele en teamsupervises begeleidt.

Paul Castelijns is psycholoog, systeemtheoretisch psychotherapeut en erkend opleider en supervisor bij de BVRGS. Tevens doceert hij aan de UGent op de ontwikkeling van een systeemtherapeutische behandeling voor burn-out.

WERKWINKEL W18 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ **Suïcidepreventie: Wat als er weinig taal is?**

Lara Van den Bril, *Psychologisch consulent, Suïcidepreventiewerker + eerstelijns hulpverlener Kruispunt Antwerpen-centrum, CGG Andante, Merksem*

Laura De Roey, *Creatief therapeut, Suïcidepreventiewerker, CGG Andante, Merksem*

Je hebt de vraag gesteld “Denk je aan zelfmoord?” en de cliënt knikt bevestigend. Je wil dit graag verder exploreren maar merkt dat taal ontbreekt, ontoereikend is,... Wat nu? In deze werkwinkel laten we jullie kennismaken met verschillende ondersteunende non-verbale technieken die je kan inzetten om het thema te verdiepen, stil te staan bij risico-formulering en te kijken naar mogelijke interventies. Een proeftuin aan verschillende creatieve methodieken, gekaderd door drie suïcidepreventie medewerkers van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg om toe te passen als hulpverlener.

Referentie:

- ▶ VLESP (2023). Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Brussel, Politeia
- ▶ Joost Demuyck & Abe Geldhof (2008). Creatieve therapie. Leuven, Acco

WERKWINKEL W19 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ **Metaforisch en Mindfull Creëren – Beeldende Aandachtstherapie bij OCS patiënten**

Chris De Ceuster, *Creatieve therapie (BANABA), Beeldend therapeut OCS dagkliniek, UPC KULeuven, Tildonk*

In het intense therapieproject van de OCS dagkliniek van UPC KULeuven reiken we behalve gedragstherapie, systeemtherapie, psychomotorische therapie ook sessies beeldende therapie aan aan de deelnemers van onze groepen.

Beeldende therapie is een ervaringsgerichte therapie waarbij mensen gestimuleerd worden om hun innerlijke beleving uit te drukken door letterlijk met eigen handen “iets” te creëren

meteen varia aan materialen/technieken. De innerlijke beleving wordt op deze manier veruitwendigd, en kan op dat moment ook vanop een afstand (letterlijk en figuurlijk) aangekeken worden. Omdat we werken vanuit de onbewuste lagen is beeldende therapie voor velen een manier om op een diepe manier contact te maken met hun wezenlijke zelf, waardoor situaties verwerkt of geheeld kunnen worden. Bovendien biedt beeldende therapie voor sommige mensen ook heel wat kansen om letterlijk exposure te oefenen in de praktijk. In de Beeldende Therapie voor OCS patiënten worden er twee bijzondere accenten gelegd: Ten eerste gaan we zeer bewust om met het gebruik van metaforen. Metaforen worden aangereikt om inzichten, ervaringen... te herkaderen naar een meer werkzaam, juistere, perspectiefrijker vertrekpunt toe.

Ten tweede is er bijzondere aandacht voor het mindful werken: in de therapie zelf kan het bewust leren focussen van de eigen aandacht op een fijne, ervaringsgerichte manier geïmplementeerd worden.

Deze workshop bestaat allereerst uit een infogedeelte waarbij ik een aantal ervaringen en inzichten en een therapeutisch basiskader voor beeldende therapie bij OCS patiënten in beeld breng. Daarna krijgt iedereen de kans om zelf een eenvoudige ervaringsgerichte beeldende oefening aan te gaan, waarbij zowel het metaforische als het aandachtsaspect aan bod komen.

Referentie:

- ▶ *The mindfulness workbook for OCD, Jon Hershfield, Tom Corboy
- ▶ *The act workbook for OCD, Marissa T. Mazza

WERKWINKEL W20 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45

■ Oudere volwassenen met een psychische kwetsbaarheid: een holistische benadering

Tom Vermeulen, *Doctor, Verpleegkundig onderzoeker, Universiteit Antwerpen, Wilrijk*

Prof. dr. Margo Annemans

Prof. dr. Kris Van den Broeck

Annelies Pieters

Anne-Marie Borghs

In deze werkwinkel vertrekken we vanuit de vaststelling dat psychiatrische diagnoses bij ouderen beperkend zijn als handvaten voor de praktijk. In de ouderenpsychiatrie wordt veel gewerkt met het 3D-model (Depressie-Dementie-Delir). In deze werkwinkel stellen we een andere werkwijze voor die vertrekt vanop symptoomniveau en uitgaat van protectieve en positieve factoren. Het PDCage-model. We brengen concrete aangrijpingspunten voor

de praktijk, alsook presenteren we de eerste resultaten vanuit het wetenschappelijk onderzoeksproject HOME-COSI 1 (VLAIO-innovatieproject).

Referentie:

- ▶ Vermeulen Tom (2024): Psychotic depression and cognition in older adults. PhD dissertation UAntwerpen

WERKWINKEL W21 woensdag 11 september 2024, 11u15 – 12u45

■ Drempels en treden voor het aanpakken van de wachttijden in de GGZ

Jo De Grave, Licentiaat biomedische wtn./organisatie v/d gezondheidszorg (VUB), Lid werkgroep wachttijden SGGG., Werkgroep wachttijden SGGG / CGG INTEGRA Limburg, Sint-Amandsberg

Deze werkwinkel is een initiatief van Vlaamse en Nederlandse onderzoekers van interventies in de GGZ gericht op het reduceren van de wachttijden en het centrum voor geestelijke gezondheidszorg INTEGRA dat van januari 2024 t/m april 2024 een gericht in- en doorstroombeleid implementeert met het oog op het reduceren van de wachttijden.

De workshop vertrekt van een dubbele vaststelling, zowel in Nederland als Vlaanderen:

1. a) hoewel de meeste ggz-aanbieders (en in Nederland de verzekeraars) zich kunnen vinden in de 'wiskunde achter de wachttijden' weinigen daadwerkelijk aan de slag gaan om hun wachtrijen te analyseren en de in- en doorstroom te optimaliseren.
2. b) hoewel de meeste psychotherapeuten en afdelingsverantwoordelijken het belang van bewust omgaan met behandelduur en behandelintensiteit erkennen, er weinigen met de wetenschappelijke inzichten hierover aan de slag gaan.

Tijdens de workshop geven de initiatiefnemers eerst

- een kort overzicht van succesvolle/minder succesvolle interventies voor het verkorten van de wachttijden in de Nederlandse ggz. (20')
- Een kort overzicht van succesvolle/minder succesvolle interventies voor het verkorten van de wachttijden in de Vlaamse ggz. (20')
- Een getuigenis vanuit CGG INTEGRA, Limburg, na de implementatie van een gericht in- en doorstroombeleid (jan. – april 2024) met bijzondere aandacht voor de resultaten ervan en voor de ervaren bevorderende factoren en hinderpalen bij het ontplooiën van dit beleid dat mikt op het reduceren van de wachttijden. (20')

Vervolgens onderzoeken we in dialoog met de deelnemers, via interactieve werkvormen (30'), hoe we het aanpakken van de wachttijden in de Vlaamse ggz doeltreffender en doelmatiger kunnen maken.

Referentie:

- ▶ <https://gekvanggz.wordpress.com/>
- ▶ De Grave, J. (2023) Determinanten van wachttijden in de ggz: een mathematisch klinisch perspectief. Psyche jrg. 35 n° 3: 28-30

WERKWINKEL W22 woensdag 11 september 2024, 11u15 – 12u45■ **Psycho-educatie over verslaving: Van Verlangen naar Drang (en terug).**

Paul Van Deun, Master Klinische Psychologie, Zelfstandig Psycholoog, Kessel-Lo

De metafoer van Paard & Ruiters van Reinout Wiers, waarmee vaak wordt uitgelegd waarom verslaving zo moeilijk te doorbreken is, lijkt mij wat te cognitief. Verslaving heeft met drang te maken, daarover moet psycho-educatie gaan. Een verlangen dat drang of craving wordt. Langdurig en frequent gebruik van verslavende middelen leidt tot een kunstmatig verhoogd verlangen naar dat product. Dat leert ons de neurobiologie. Dat verlangen vervolgens drang wordt is contextafhankelijk. Verslaving betekent overgevoeligheid voor signalen van beschikbaarheid. Hindernissen doen de drang afnemen, maar niet het verlangen. Verlangen kan worden uitgesteld. Afstel komt er pas als er veranderingen zijn in de leefstijl. Herstel is werken aan die leefstijl. Dat zijn een aantal 'quotes' die kunnen helpen bij het onderkennen van verslavingsmechanismen en wat het antwoord daarop kan zijn. De deelnemers aan de werkwinkel zullen kunnen kennismaken met de verschillende stappen van de educatie. We starten met de theoretische achtergrond en hoe die zich situeert ten aanzien van andere invalshoeken. Eigen ervaringen kunnen worden gedeeld.

Deze psycho-educatie is gebaseerd op de Incentive Sensitisation theorie, 'Liking' en Wanting', van Kent Berridge en Terry Robinson en de Reward-Prediction-Error theorie van Wolfram Schultz. De vertaling van deze neurobiologische inzichten over verslaving deed ik eerder in twee publicaties.

Referentie:

- ▶ Van Deun P., 2018, Het Gekaapte Brein, verslavingsgedrag beter begrijpen. Kalmthout, Pelckmans Uitgevers. 5e uitgave.
- ▶ Van Deun. P., Tijdschrift Verslaving&Herstel, 2022, Herstellen van een geckaapt verlangen., vol.2-4, p.21-24. VanGompel&Svacina.

WERKWINKEL W23 woensdag 11 september 2024, 11u15 – 12u45■ **Hoe kunnen we in een gezagsrelatie tot verbinding komen?**

Katrijn Van Loock, Master orthopedagogiek, Directeur zorg, Klavier, Merksplas

Klavier biedt zorg op maat aan een zeer divers publiek van (jong)volwassenen met een verstandelijke beperking en/of autismespectrumstoornis. In onze gezinsvervangende context ondersteunen we hen bij het realiseren van een kwaliteitsvol bestaan. In onze aanpak van gedrags- en emotionele problemen is iemands persoonlijke begeleidingshouding dé belangrijkste vaardigheid. Deze bepaalt in grote mate de wijze waarop we impact kunnen hebben. We dagen begeleiders uit om zich bewust te worden van de eigen begeleidingsstijl, alsook te experimenteren met verschillende vormen van aanpak. Naast een goede begeleidingshouding dient onze aanpak immers afgestemd te worden op de individuele cliënt.

WERKWINKEL W24 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Belgische Psychiatrische High& Intensive Care: hoe wetenschappelijk onderzoek en klinische praktijk elkaar versterken in een innovatief implementatieproces**

Hella Demunter, *Psychiater, UPC KU Leuven*

Ronny Bruffaerts, *Professor, UPC KU Leuven*

Camille Kubicek, *klinisch psycholoog, UPC KU Leuven*

Bijkomende auteurs:

Vanessa De Roo, *Adjunct Federaal Coördinator Hervormingen GGZ, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*

Laure Istas, *Conseillère senior en amélioration, PAQS*

Hannah Jossa, *Psycholoog UPC KU Leuven*

Gorik Kaesemans, *Adviseur GGZ, Zorgnet Icuo*

Katrien Vandenhout, *Psycholoog, UPC KU Leuven*

De psychiatrische High & Intensive Care (HIC) naar Nederlands model is in België in volle ontwikkeling. Het is een innovatie voor behandeling, zorg en begeleiding van patiënten in ernstige en acute psychische crises. Tijdens deze interactieve workshop nemen we u mee in dit innovatieve proces. We rapporteren uit het HIC³ project dat vanuit en in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu kadert in de hervormingen van de Belgische geestelijke gezondheidszorg. Er zijn drie centrale foci: (1) klinisch is het uitgangspunt het samengaan van medische én herstelgerichte visie, waarbij patiënten eigen regie zo snel als mogelijk terugwinnen door het aanbieden van veiligheid en bescherming, samen met intensieve, respectvolle en humane zorg, met minimale vrijheidsbeperkende maatregelen; (2) organisatorisch bestaan HIC-afdelingen niet als silo's op zich, maar maken deel uit van (crisis-) zorgpaden, waarbij continuïteit van zorg centraal staat; (3) het implementatieproces (als voorbeeld voor andere innovatieve of pilootprojecten) wordt niet gekenmerkt door louter implementeren en nameten. In het implementatieproces wordt een kader gecreëerd voor visie ontwikkeling ("Waarom doen we dit?"), voor implementatie ("Hoe doen we het?") en voor evaluatie ("Tot wat leidt het?"), om een continue klinisch wetenschappelijke cyclus te creëren. Hiervoor gaat wetenschappelijk implementatie- en evaluatie-onderzoek hand in hand met lerende netwerken, gestart in 9 HIC-afdelingen en – verder bouwend op hun klinische ervaringen en wetenschappelijke bevindingen – uitbreidend naar alle 28 HIC-afdelingen in België. Een HIC-monitor vormt de kapstok voor relevante leerthema's en voor peer-to-peer-audits, waarbij afdelingen leren van elkaar en hun ontwikkelingsproces continu bijsturen.

Referentie:

- ▶ van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC High en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: de Tijdstroom

WERKWINKEL W25 woensdag 11 september 2024, 11u15 – 12u45

■ **Op een fijne en veilige manier in verbinding: spelen, delen, helen**

Daisy Jeurink-Luiten, HBO, Creatief therapeut beeldend, Praktijk Daisy Luiten, Deventer (Nederland)

Wanneer mensen te veel op hun bordje krijgen, staat het leven op zijn kop. Hoe deel je dan wat er is gebeurd en welke impact dat heeft op je leven? Vaak zitten mensen op een eigen eiland met hun gevoelens en gedachten. Vanuit de vraag van therapeuten om een hulpmiddel dat de communicatie vergemakkelijkt ontwikkelde Daisy Luiten 'Ons Bestaan Op Een Bordje' (2021, Deventer) een tool in de vorm van een bordspel. Middels vragen en opdrachten komen cliënten op een respectvolle manier in verbinding met zichzelf, met naasten en met de hulpverlener. Het is spelen, delen én helen. Veilig je verhaal kunnen doen, gehoord worden en herkenning en erkenning vinden.

Ons Bestaan Op Een Bordje is speciaal ontwikkeld voor therapeuten die werken met cliënten van 6 tot 100 jaar die een ingrijpende ervaring hebben meegemaakt in hun leven (zoals een scheiding, een overlijden of een nare gebeurtenis). Het doel van Ons Bestaan Op Een Bordje is contact te maken over deze ervaring en de gevoelens, gedachten en zorgen die er zijn.

Tijdens deze werkwinkel leer je wat de waarde is van verbinding en communicatie (ook non-verbaal) na ingrijpende ervaringen. Je ontdekt middels praktijkvoorbeelden hoe Ons Bestaan Op Een Bordje cliënten helpt zich op een fijne en veilige manier te openen over hun gevoelens, gedachten en zorgen. Je ervaart wat de vragen uit het spel teweeg brengen.

Referentie:

- ▶ Luiten, Daisy, 2021. Ons Bestaan Op Een Bordje. Nederland, Deventer, Daisy Luiten.

WERKWINKEL W26 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Geënte therapie: Aspecten van tweedelijnspsychologische zorg en eerstelijnspsychologische zorg in een specifieke context**

Gert Vits, Master in de psychologie, Psycholoog-psychotherapeut/beleidsondersteuning/coördinatie ELP 1G1P OB, CGG-VBO, Leuven

Kim Verlinden, 1G1P Oost Brabant, coördinator Regioteam Leuven

In een inleidend deel wordt deze werkmethodek toegelicht. Concreet wordt beschreven welke interventies en essentiële werkbare factoren binnen deze methodek kenmerkend zijn. Tevens worden randaspecten waarmee dient omgegaan aangestipt. Vanuit de toelichting wat geënte therapie inhoudt, gaan we in dialoog in kleine groepen en bekijken we ook enkele stellingen als voedingsbodem voor een plenaire dialoog. Hierbij is de focus onder andere welke aspecten eerder kenmerkend zijn vanuit de eerstelijnspsychologische zorg en welke andere vooral kenmerkend vanuit het tweedelijnspsychologische denken. Mogelijke valkuilen en winsten van deze inzet van de tweedelijnspsychologische functie worden in dialoog gebracht. De achtergrond van dit gebeuren zijn ervaringen in het klinische werkveld enerzijds en wetenschappelijke onderzochte thema's anderzijds. Beiden leveren hun bijdrage bij het denken over de geënte therapie.

Op het einde van deze workshop hebt u een zicht wat geënte therapie inhoudt en heeft u tevens met collega's gereflecteerd over de plaats van deze methodiek in het veld van de geestelijk gezondheidszorg. Naargelang de achtergrond van de deelnemers is dit zowel vanuit beleidskader als vanuit een klinische kader belicht.

Referentie:

- ▶ Bevington, D. et al. Attachment & Human Development, (2015), Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. Vol 17. 157-1744.
- ▶ Van Nuffel, R. & Plysier, S. Psyche. 2023, Geënte therapie bij gezinnen: een snelle opstap naar consultatie bij het gezin thuis. Jaargang 32, nr. 2, p 4-7.

WERKWINKEL W28 woensdag 11 september 2024, 13u45 – 15u15

■ **Bestaat de ideale (patiënt)ervaringsdeskundige? Een workshop over de 8 uiteenlopende rollen van ervaringsdeskundigen (Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid).**

Kristel Van de Velde, Master, Voorzitter OPWEGG netwerk SaRa, Berchem

Els Nijs, (patiënt)ervaringsdeskundige

Ann Callebert, (patiënt)ervaringsdeskundige

Herstelgericht werken is binnen de huidige geestelijke gezondheid (szorg) niet meer weg te denken. Eén van de middelen om de herstelvisie te borgen is het werken met ervaringsdeskundigen. Het is ondertussen al lang duidelijk dat dé ervaringsdeskundige niet bestaat. Ervaringsdeskundigen zijn werkzaam op veel verschillende plaatsen en hebben uiteenlopende rollen. Een ervaringsdeskundige kan bvb. hoop en ondersteuning bieden aan patiënten, hen empoweren en inspireren tijdens hun herstelproces op een afdeling, bij het mobiel team, een lotgenotengroep, ... om er maar een paar te noemen. Een andere ervaringsdeskundige denkt mee na op beleidsniveau op micro, meso en macro niveau. Er zijn in het Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid in totaal acht verschillende rollen beschreven die een ervaringsdeskundige kan uitvoeren. Het is niet de bedoeling dat we supermannen zijn en alle rollen tegelijk combineren. Veel ervaringsdeskundigen combineren er een aantal, maar niet alle acht. Tijdens de werkwinkel gaan we aan de hand van casussen dieper in op de rollen en functies die een ervaringsdeskundige kan uitvoeren.

Referentie:

- ▶ Steunpunt Geestelijke Gezondheid, november 2018, Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid, geraadpleegd op 6/1/2024, http://www.herstelplatform.be/media/docs/Globaal%20Plan%20Ervaringsdeskundigheid_201909.pdf (p 6-9)

WERKWINKEL W30 woensdag 11 september 2024, 09u15 – 10u45**■ Mentaal in conditie: de transdiagnostische effectiviteit van de Ronnie Gardiner Methode**

Xenia Brancart, Master, Doctoranda en onderwijsassistent, Vrije Universiteit Brussel, Etterbeek

De Ronnie Gardiner Methode (RGM) is een multimodale, plezierige en verbindende therapievorm waarbij geprojecteerde gekleurde symbolen vertaald moeten worden naar bewegingen op het ritme van muziek. Eerdere onderzoeken tonen aan dat RGM een breed scala aan cognitieve en emotionele voordelen biedt, zoals verbeterde executieve functies en een betere stemming (o.a. Pohl et al., 2013; Thornberg et al., 2014). RGM activeert de gehele hersenen door fysieke, multisensorische, cognitieve en sociale activiteit simultaan te stimuleren, hetgeen de neuroplastische mogelijkheden van de hersenen maximaliseert. Tijdens deze werkwinkel zullen deelnemers de werkzame elementen van RGM zelf ervaren door middel van initiatie-oefeningen o.l.v. RGM-practitioner Brenda Vanderbeke. Oefeningen zullen afgewisseld worden met wetenschappelijke onderdelen die zich richten op de transdiagnostische aard en wetenschappelijke evidentie voor RGM, o.l.v. doctoranda Xenia Brancart. Daarbij zal ook de lopende studie in de psychiatrische kliniek van Alexianen Zorggroep Tienen omtrent de transdiagnostische effectiviteit van RGM bij psychogeriatrische patiënten (≥ 60 jaar) nader toegelicht worden. De veelbelovende eerste resultaten van het effect van RGM op belangrijke transdiagnostische factoren, zoals de kern executieve functies, cognitieve emotieregulatiestrategieën en het subjectief welbevinden, zullen teruggekoppeld worden. Deze werkwinkel beoogt RGM met zijn enorm potentieel meer in de kijker te zetten binnen de Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg. Verder geldt er een maximum van 20 deelnemers voor deze werkwinkel.



M01.1 Participatie van patiënten en familie in FPC Antwerpen en FPC Gent

Ruben van den Aemele, *Master klinische psychologie, Directeur patiëntenzorg, FPC Antwerpen, Antwerpen*

Marlies Van de Walle, *Behandelcoördinator FPC Antwerpen, Antwerpen*

De Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) van Antwerpen en Gent zijn hoog beveiligde psychiatrische centra met als opdracht de behandeling en re-integratie van geïnterneerde psychiatrische patiënten. Het centrum in Gent biedt plaats aan 264 (mannelijke) patiënten; het centrum in Antwerpen aan 182 patiënten, waarvan 10% vrouwen. De gemiddelde opnameduur bedraagt 3,9 jaar; voor patiënten die konden doorstromen naar vervolgzorg (bijna 40% van de opgenomen patiënten) is dit 3,2 jaar (van den Aemele et al., Panopticon, in press). In hun beleid geven beide FPC's een herstelgerichte visie een centrale plaats, waarbij zoveel als mogelijk rekening wordt gehouden met noden en keuzes van patiënten en met het versterken van autonomie. De mening van de patiënt krijgt een belangrijke plaats via diverse vormen van patiëntenparticipatie. Het implementeren van een herstelgerichte visie binnen de hoogbeveiligde forensische psychiatrie is geen evidentie, maar kent een duidelijk belang gezien de lange verblijfsduren. Bovendien draagt dit bij tot een grotere tevredenheid, een betere kwaliteit van leven en tot een grotere behandelmotivatie. In deze bijdrage wordt toegelicht op welke manier in de FPC's de betrokkenheid van de patiënt georganiseerd wordt, zowel op individueel niveau, afdelingsniveau als instellingsniveau. Tevens wordt toegelicht op welke manier de betrokkenheid van het netwerk georganiseerd wordt doormiddel van een familieraad

M01.2 Geboeid door zorg: forensisch herstel

Mieke Goyens, *Master criminologie, Netwerkcoördinator Internering hof van beroep Brussel Nederlandstalig, Reconnect & Rebuild, Bierbeek*

Marly Balcer, *algemeen medewerker Reconnect & Rebuild*

An Kenes

Reconnect & Rebuild is opgericht vanuit het Netwerk Internering hof van beroep Brussel NI om samen met alle netwerkpartners de implementatie van (familie)ervaringsdeskundigheid en herstelgericht werken te faciliteren en af te stemmen op forensische zorg. Dit vraagt een algemene herstelvisie, met extra dimensies specifiek voor personen met een internerings-/forensisch statuut. Wij presenteren graag een nieuw "Forensisch Herstelmodel". Dit integratief model is gebaseerd op verschillende klassieke herstelmodellen die we samen-gebracht hebben tot een complementair geheel afgestemd op de specificiteiten van de forensische zorg. Ons model vertrekt vanuit Dual Recovery (dual herstel) die uitgaat van enerzijds de psychische kwetsbaarheid en tegelijkertijd het forensisch kader waarin de cliënt zich bevindt. Het Forensisch Herstelmodel is zowel een visie als een tool waar iedereen mee aan de slag kan gaan zowel het informeel als het professioneel netwerk. Het brengt het netwerk van de cliënt in kaart evenals de hoopgevers, identiteit, krachten, restricties en uitdagingen van de cliënt ongeacht waar hij/zij zich bevindt in het zorgtraject

(residentieel of ambulantly,...). Op deze manier reikt het Forensisch Herstelmodel specifieke handvaten aan om aan de slag te gaan met personen met een internerings-/forensisch statuut.

Wij zijn alvast geboeid, jullie ook?

M01.3 Droomuitstappen

Nathalie Van Oost, Verpleegkundige, afdelingshoofd FPC Gent, Gent

Marieke Vercamer, Ergotherapeut/creatief therapeut medium muziek, therapeutisch assistent, FPC Gent, Gent

Het afdelingsplan van Mercatordok, een resocialisatieafdeling voor mensen met psychotische kwetsbaarheid binnen FPC Gent, legt sterk de nadruk op humaan beleid en het bevorderen van een positief therapeutisch leefklimaat. Desondanks ondervinden we uitdagingen, met name omdat vervolginstellingen onze patiënten weigeren en er vaak geen geschikte omgeving is voor hun specifieke behoeften. Dit resulteert in gevoelens van ontmoediging en uitzichtloosheid bij sommige patiënten. Als team streven we ernaar hoop te bieden en zo ontstond het concept van droomuitstappen. Patiënten worden aangemoedigd om 'out of the box' te denken en te overwegen wat ze graag zouden willen doen. We streven ernaar deze dromen te verwezenlijken, rekening houdend met mogelijkheden en beslissingen van KBM. Hoewel we hadden verwacht dat iedereen met ideeën zou komen, blijkt dit niet altijd het geval te zijn. Velen weten niet meer waar hun interesses liggen of durven niet meer te dromen. Sommigen verwachten zelfs niet dat er iets bijzonders voor hen gedaan zal worden.

Desondanks hebben we al diverse dromen kunnen vervullen door de hulp in te roepen van mensen in de samenleving. Door de buitenwereld te betrekken bij het verwezenlijken van deze dromen proberen we het stigma rondom FPC en zijn bewoners een beetje te verminderen. Als afdelingshoofd constateer ik dat dit initiatief de staf veel energie geeft. We vieren successen wanneer mensen positief reageren op onze verzoeken, we worden opgetogen van de vreugde bij de patiënten wanneer ze horen dat hun droom werkelijkheid wordt, en hun dankbaarheid stimuleert ons om door te gaan op dit pad.

M01.4 Een kans op re-integratie

Sarah De Keukeleere, Criminologe, behandelcoördinator re-integratieafdeling, FPC Gent, Gent

Elias Van Waldeck, Sociaal werker, sociaal assistent re-integratieafdeling, FPC Gent, Gent

Een kans op re-integratie... hangt na een lange opsluiting volgens ons, de re-integratieafdeling van FPC Gent, o.a. samen met een zinvolle dagbesteding. In dat kader werd vanuit een project met de provincie Oost-Vlaanderen het structureel overleg geboren. Dit betrof een 3-maandelijkse vergadering tussen FPC Gent, de provincie en relevante externe partners omtrent de doorstroom van FPC patiënten richting betaalde arbeid. Het structureel overleg had als doel om zowel op casus- als beleidsniveau drempels te verlagen en samenwerking te versterken. Het eindproduct betreft een vruchtbare samenwerking tussen arbeidstraject- en werkgeversorganisaties om een duurzame en kwalitatieve doorstroom naar arbeid buiten de muren van FPC Gent te realiseren (kennis delen, mogelijkheden creëren...), alsook een stevige portie tools om dit te

realiseren (een werkgeversfiche met need to know informatie, transparantie aangaande interneringsachtergrond, een pitch om zich op een inclusieve manier te ‘verkoppen’ op de arbeidsmarkt...). Hieraan zijn ook uitdagingen verbonden zoals omgaan met stigma, weerstand, beschikbare middelen...

Dit alles levert ons vandaag, 6 jaar later, expertise op inzake de uitbouw van duurzame betaalde werktrajecten, waarbij we kunnen stellen dat 75% van onze patiënten na opstart nog steeds betaald aan het werk zijn. Hierdoor werden reeds op verschillende vlakken kansen gecreëerd voor onze patiënten zoals sociale aansluiting vinden, schulden afbetalen, zingeving bieden aan zowel hun eigen leven als aan de maatschappij...

Een patiënt zei ooit: ‘Het is een verademing om mij niet langer in een spinnenweb vol leugens te moeten nestelen en aanvaard te worden voor wie ik ben’

MEDEDELING M02: OUDEREN dinsdag 10 september 2024, 11:30-13:00

M02.1 Opstart van een geriatrisch-psychiatrische unit: opportuniteiten en valkuilen

Anne Nobels, MD, PhD, Ouderen- en liaisonpsychiater, UZ Gent, Gent

Een geriatrisch-psychiatrische unit (GPU) vormt een geïntegreerd zorgaanbod voor diagnostiek en behandeling van de oudere patiënt met een somatische en psychiatrische comorbiditeit. In tegenstelling tot o.a. Nederland en de Verenigde Staten, bestond dit zorgaanbod tot voor kort niet in Vlaanderen. Deze mededeling bespreekt de opportuniteiten en de valkuilen van de opstart van de eerste GPU in Vlaanderen. In november 2021 startten de diensten geriatrie en psychiatrie van het UZ Gent de Geriatrische Gedragsobservatie Eenheid (GGOE). De GGOE richt zich op de diagnostiek en behandeling van 75-plussers met (plotse) gedragsveranderingen en geriatrisch-psychiatrische comorbiditeit. We evolueerden in de 1e 6 maanden van een intensieve psychiatrische liaisonwerking naar een volwaardige GPU van 6 G-bedden, die gecoversuperviseerd worden door een geriater en ouderenpsychiater. Tussen november 2021 en oktober 2022 kregen 207 patiënten op de G-dienst een psychiatrisch consult, waarvan 47 patiënten werden opgenomen op een GGOE-bed. Meest voorkomende diagnoses waren acute verwardheid/BPSD (32%) en stemmingsproblematiek (26%). Gemiddelde ligduur was 20 dagen, slechts 8% had nood aan een verlengde psychiatrische observatie. Er werd ingezet op een intensieve opleiding van het verpleegkundig- en paramedisch team, wat leidde tot anders kijken naar en omgaan met veranderend gedrag. De GGOE fungeert ook als opleidingsplaats voor ASOs psychiatrie en geriatrie. In de toekomst ambiëren we een uitbreiding van de GGOE met zowel geriatrische als psychiatrische bedden en een gemengd geriatrisch-psychiatrisch verpleegkundig team. Daarnaast lijkt onderzoek naar patiënt karakteristieken, efficiëntie en behandeluitkomsten en kwalitatief onderzoek naar de impact van de opstart van de GGOE op het team opportuun.

M02.2 Oudreach: mobiele zorg voor kwetsbare ouderen

Isaac Warlop, Master in de Klinische Psychologie, Klinisch Psycholoog, UPC KU Leuven, Kortenberg

De ouderenpsychiatrie in Vlaanderen staat voor een aantal uitdagingen gezien het aantal ouderen in onze maatschappij nog steeds stijgt én het aantal mensen dat (verpleegkundige) zorg en begeleiding kan leveren niet evenredig stijgt. Daarnaast zien we dat langer thuis wonen, opname vermijdend of verkortend werken en interveniëren in de dagelijkse context van de oudere steeds meer aan belang wint (Stobbe, 2010). Aansluitend op deze uitdagingen is het reeds langer gekend fenomeen van 'unmet needs' nog steeds sterk aanwezig binnen de ouderenpsychiatrie (Stobbe, 2014). Geïsoleerde, oudere volwassenen in onze samenleving, vaak nog met een sterk gestigmatiseerd beeld omtrent psychiatrische hulpverlening, worden met regelmaat onvoldoende bereikt met noodzakelijke zorg via het traditionele aanbod aan psychiatrische behandelingen. Voor deze mensen dreigt een grote vereenzaming en bijgevolg het afglijden in vervreemding van het sociaal weefsel en de maatschappelijke 'normaliteit'. Bij het UPC KU Leuven leidde dit tot het inzicht dat er in onze regio nood was aan een mobiel team dat op een assertieve, outreachende manier tracht tegemoet te komen aan unmet needs bij ouderen die niet bij de aangewezen zorginstanties terecht komen. Een team dat mensen met een psychiatrische problematiek opzoekt door het installeren van allerlei signaalfuncties in de maatschappij en de mensen die bij de reeds bestaande hulp afhaken, terug in een hulpverleningstraject helpen terecht te komen indien dit gewenst is. Dit team, genaamd Oudreach, is gespecialiseerd in de behandeling en begeleiding van ouderen met een psychiatrische en/of neurocognitieve problematiek in de thuissituatie of thuisvervangende woonvorm.

M02.3 Psychofarmaca in WZH Ten Kerselaere

Isabel Vercammen, Bachelor, Sociale dienst / Verpleegkundige, Woonzorghuis Ten Kerselaere, Heist-op-den-Berg

Famke Sillis, Master, Kwaliteitscoördinator, Woonzorg emmaüs, Heist-op-den-Berg

Ouderen hebben een groter risico op gezondheidsproblemen, waardoor ze vaak meerdere geneesmiddelen nemen. Psychofarmaca in het bijzonder zijn één van de meest gebruikte geneesmiddelen bij ouderen. Ongeveer acht op tien bewoners in een WZC blijkt langdurig psychofarmaca te gebruiken. Ongeveer de helft van de bewoners in woonzorgcentra neemt slaap- en kalmeringsmiddelen, iets minder dan de helft neemt antidepressiva en één op drie gebruikt antipsychotica. Psychofarmaca lijken op het eerste zicht onschuldig, maar zijn dit vaak niet. Langdurig gebruik ervan gaat bij ouderen gepaard met het verminderen van de levenskwaliteit en geeft heel wat nevenwerkingen. Zo verhogen ze onder andere het valrisico en hebben ze een negatieve invloed op het geheugen.

Als WZC willen we gastvrije en verbindende zorg aanbieden voor al onze bewoners. Maar hoe gaan we om met onbegrepen gedrag bij bijvoorbeeld een bewoner met dementie? Hoe gaan we om met eenzaamheid, verdriet en rouw? Hoe gaan we om met het voorschrijfgedrag van huisartsen, of met de vraag van medewerkers of familieleden om psychofarmaca op te starten? Binnen WZH Ten Kerselaere hebben we hierrond een project uitgewerkt. Vanuit een duidelijke visie zetten we in op sensibilisering, deskundigheidsbevordering en afbouw van psychofarmaca bij onoordeelkundig gebruik.

We presenteren de eerste resultaten van dit project, evenals de grenzen waar we als WZC op botsen. We reiken graag de hand naar de GGZ professionals om hier samen over na te denken. We willen verbindende bruggen bouwen tussen de GGZ en de woonzorgsector, in het belang van de gastvrijheid voor onze beider oudere cliënten.

MEDEDELING M03: PERSOONLIJKHEIDSDIMENSIES dinsdag 10 september 2024, xxx

M03.1 **Persoonlijkheid, interpersoonlijke stijl en fibromyalgie. Een gecontroleerde cross-sectionele studie**

Frank Maes, Psychiatrie, AZ St Maarten, Mechelen en verbonden aan Collaborative Antwerp Research Institute (CAPRI)

Greet Vanaerschot, Psychologie, CAPRI

Els Goossens, Fysische geneeskunde, AZ St maarten, Mechelen

Boudewijn Van Houdenhove, Faculteit geneeskunde, departement psychiatrie, KULeuven

We onderzochten een groep van 100 vrouwen met fibromyalgie (FM) om potentieel maladaptieve persoonlijkheids- en relatiepatronen te onderzoeken die mogelijk een rol spelen in de kwetsbaarheid voor het syndroom en in het beloop en de prognose ervan. Deze patronen zijn 'hoge actiebereidheid', 'perfectionisme' en de interpersoonlijke stijlen 'onderwerping', 'goedkeuring zoeken' en 'zelfopoffering'. We gebruikten zelfrapportage vragenlijsten en includeerden 50 vrouwen met reumatoïde artritis als controlegroep. We vonden significant hogere scores in de FM-groep voor de drie bovengenoemde interpersoonlijke stijlen en voor alle perfectionisme subschalen (organisatie uitgezonderd), maar niet voor 'hoge actiebereidheid'.

Deze bevindingen benadrukken een sleutelrol voor maladaptieve aspecten van perfectionisme en de onderzochte interpersoonlijke stijlen als potentiële predisponerende en/of ondersteunende factoren. Ze betwisten ook de validiteit van het concept 'hoge actiebereidheid' voor het beoordelen van persoonlijkheidsdynamiek bij FM. Het screenen van FM-patiënten op maladaptieve stijlen en het vergroten van hun bewustzijn hiervan, kan het resultaat van de behandeling verbeteren.

M03.2 **Persoonlijkheidsdimensies en chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS): een case controle studie en de voorspellende waarde voor de uitkomsten van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor CVS**

Jela Illegems, Master, Klinisch psycholoog, docorandus, UZA-UA, Edegem

Persoonlijkheid wordt gezien als een kwetsbaarheid en onderhoudende factor bij CVS. Vanuit het vijf-factor-model werd neuroticisme consistent gelinkt aan CVS en ook introvertie en altruïsme werden eraan geassocieerd. Toch blijven vragen rijzen in welke mate deze bevindingen artefacten zijn, o.a. verbonden aan chronische ziekte. De resultaten van een lopend case-controle onderzoek met meer dan 1000 CVS-patiënten en 3 controlegroepen (gezond, langdurig ziek en na psychiatrische consultatie) naar de rol van persoonlijkheid bij CVS zullen worden besproken, alsook de invloed van socio-demografische en klinische variabelen. Tevens zal worden gekeken naar de heterogeniteit binnen de CVS-groep op vlak van persoonlijkheidskenmerken. Geeft persoonlijkheid

aanleiding tot verschillende uitdagingen op therapeutisch vlak? Beïnvloeden ze de responsiviteit op de gedragstherapeutische behandeling van CVS? Algemeen zijn de therapieuitkomsten van CGT voor CVS matig, waarbij een subgroep geen vooruitgang boekt. Bovendien is het nog onduidelijk in welke mate de positieve uitkomsten behouden blijven op de lange termijn. Als we kijken naar persoonlijkheidsdimensies als voorspeller voor de uitkomsten van CGT voor CVS, werd in eerder onderzoek enkel een positieve associatie gevonden tussen neuroticisme en mentale levenskwaliteit (Poppe et al., 2013). Andere persoonlijkheidsdimensies, noch -typologieën werden in dit verband reeds als predictors bestudeerd (Illegems, Moorkens & Van Den Eede, 2017). Aan de hand van de therapieuitkomsten op korte en lange termijn (tot 15 jaar na de CGT) wordt bekeken in welke mate persoonlijkheid voorspellend kan zijn voor het behandelingsucces.

M03.3 Cross-sectioneel onderzoek naar het epistemisch vertrouwen bij jongeren en jongvolwassenen met ernstige psychische en psychiatrische problemen tijdens de transitie naar volwassenheid

Mathilde Biront, Biomedische wetenschappen, Wetenschappelijk medewerker, ZNA, Antwerpen

Bieke De Wilde, Psycholoog, Therapeutisch coördinator, ZNA, Antwerpen

Epistemisch vertrouwen (EV) en mentaliseren zijn belangrijk in de sociale cognitie. Beide componenten zorgen ervoor dat we in staat zijn om sociale informatie in te schatten en om interpersoonlijke relaties aan te gaan. In dit exploratief onderzoek bestuderen we het complexe samenspel tussen het EV, mentaliseren, leeftijd en gender bij jongeren met een ernstige psychiatrische problematiek, alle in behandeling bij het Mobiel Psychiatrisch Team 15 24 (MPT 15 24). We verzamelden de data aan de hand van een vragenlijstenonderzoek (Epistemic Trust, Mistrust, and Credulity Questionnaire (ETMCQ), Questionnaire Epistemic Trust (QET), Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)). De ETMCQ en de QET werden voor de eerste keer samen in een onderzoek gebruikt om het EV te meten. We presenteren hier graag onze eerste data, verzameld bij 61 deelnemers. We staan ook stil bij de mogelijke implicaties hiervan.

MEDEDELING M04: JONGEREN dinsdag 10 september 2024, 14u00-15u30

M04.1 1,2,3 Verbinding?! Samen sterk in een netwerk voor en rond jongvolwassenen

Bieke De Wilde, Mobiel Psychiatrisch Team 15 24, Therapeutisch coördinator

Nele Van Ginkel, Psycholoog, Zorginhoudelijk coördinator, mArquee2, PC Multiversum, Mortsel

De nieuwe werven vanuit de overheid gaven ons de opportuniteit om over het muurtje heen te kijken. Waar transitiezorg a priori de brug is tussen kinder- en jeugdzorg en volwassenenzorg, is het ook zo belangrijk om over de verschillende zorgvormen heen in te zetten op het bouwen van bruggen. Het versterken van het professionele netwerk komt de continuïteit van zorg voor jongvolwassenen ten goede. Maar loopt dit zo gesmeerd als gepland? Of zijn er zoals op elke (bouw)werf de nodige obstakels en out of the box

oplossingen?! Wij nemen jullie graag mee in ons Antwerps verhaal. In de zorgvormen voor en achter de schermen, waaronder ons overkoepelend aanmeldingsoverleg en groepsaanbod voor jongvolwassenen.

M04.2 Vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen: naar een wetenschappelijk onderbouwde continuering van het zorgaanbod in Vlaanderen.

Eva Claeys, MSc, wetenschappelijk medewerker, LUCAS KU Leuven, Leuven

In 2023 ontwikkelde LUCAS KU Leuven binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en in opdracht van het Departement Zorg wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen voor de continuering van CONNECT. Dit is een programma vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren, dat wordt uitgevoerd binnen de zes netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren in Vlaanderen en Brussel. Inzetten op laagdrempelige hulp met het oog op preventie, vroegtijdige detectie en interventie maakt een essentieel onderdeel uit van een efficiënt geestelijk gezondheidszorgmodel. Deze hulp heeft tot doel te voorkomen dat lichte tot ernstige psychische klachten evolueren naar ernstige psychopathologie.

CONNECT wordt in de verschillende provincies zeer divers ingevuld, wat voor onduidelijkheid zorgt rond de doelstelling, het aanbod en de impact van dit programma. Bovendien wil de Vlaamse overheid in het kader van de continuering van dit project de visie, de doelstellingen en de strategie van het programma op een wetenschappelijk onderbouwde wijze hertekenen. Dit onderzoek draagt hier rechtstreeks toe bij.

Een uitgebreide literatuurstudie en bevraging van stakeholders uit de praktijk vormen de basis van de aanbevelingen, om zo tot evidence-based en practice-based praktijken voor CONNECT te komen. Deze presentatie geeft een overzicht van de aanbevelingen, waarin de doelgroep, kerntaken en randvoorwaarden voor de organisatie van vroegdetectie en -interventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid op psychische problemen in detail worden beschreven. Dit onderzoek werd uitgevoerd door Eva Claeys, Evelien Coppens en Kathleen De Cuyper.

M04.3 Zinvolle praktijken in een afrondingsfase van therapie (met jongvolwassenen met ernstige psychische moeilijkheden)

Nicky Van Havere, Master in de psychologie, Psycholoog/systeemtherapeut, CGG Andante en Interactie-Academie, Antwerpen

Afronding is een vast onderdeel van het therapeutisch werk voor iedereen. Maar waar baseren hulpverleners hun wijze van afronding op? Vaak blijkt hun manier van afronding gestoeld op ervaring, intuïtie of gewoontes op de werkvloer. De basis voor onze afrondpraktijken is dus wat 'mager'. Hulpverleners zijn het erover eens dat 'goed' afronden van groot belang is. Een goede afrondfase wordt als cruciaal gezien voor het vergroten en verduurzamen van effecten van psychotherapie. In de fase van afronding liggen extra kansen om geleerde zaken te bestendigen en om na te denken over wat een haalbaar en zinvol leven kan betekenen voor cliënten, ondanks blijvende of toekomstige moeilijkheden.

Goed afronden maakt de stap weg van therapie én ook de stap terug ernaartoe wanneer dat nodig blijkt, gemakkelijker. Maar hoe doe je dat, goed afronden?

In deze bijdrage wil ik een aantal voorstellen doen over zinvolle praktijken op basis van wetenschappelijke literatuur, een blik op de noden van jongvolwassenen en klinische observaties binnen CGG Andante en Interactie-Academie.

MEDEDELING M05: ZINGEVING dinsdag 10 september 2024, 14u00-15u30

M05.1 **Mag het wat meer zijn? Het surplus van de existentiële dimensie in laagdrempelige en toegankelijke zorg**

Goedele Miseur, Master in de theologie en religiewetenschappen, spirituele zorgverlener, UPC Duffel, Duffel

Mieke Van Reeth, Master in de theologie en religiewetenschappen, spirituele zorgverlener, UPC Duffel, Duffel

Spirituele Zorg krijgt wel eens af te rekenen met het imago van de geitenwollen sok. Nochtans is de aandacht voor zinfragen niet ouderwets, naïef of wereldvreemd. Zeker niet binnen de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer mensen vastlopen, worden ze nog sterker uitgedaagd om zich te buigen over een aantal essentiële levensvragen. Wie ben ik? Wat is de zin van dit bestaan? Hoe ga ik om met mijn eenzaamheid, vergankelijkheid en verantwoordelijkheid? UPC Duffel zet in op laagdrempelige, maar vakkundige begeleiding van patiënten om bij deze existentiële thema's stil te staan. De medewerkers van Spirituele Zorg bewegen zich daarbij op het continuüm tussen interdisciplinaire zorgintegratie en de veilige vrijplaats. Antwoorden op de trage vragen van het leven haal je niet bij de slager. Maar zingeving heeft wel te maken met uitbenen, portioneren en op smaak brengen. En vooral met die terugkerende woorden: 'Mag het iets meer zijn?' Spirituele Zorg blijft die vraag nadrukkelijk stellen.

M05.2 **Rouw & crisis**

Stijn Henderick, Bachelor psychiatrische verpleegkunde + postgraduaat Integratieve psychotherapie, Crisiswerker Mobiel Crisis Team Gent Noord, PAKT, Gent

Hoewel de literatuur hierover beperkt is, komen we binnen het mobiele crisiswerk voortdurend in aanraking met de existentiële ervaringen van 'rouw en verlies'. We definiëren crisis als een uitgelezen kans en een complex keuzeproces naar een nieuw evenwicht. Kortom 'rouw en verlies' zijn kernthema's binnen het crisiswerk en veel ruimer dan het overlijden van een dierbare: het omvat eveneens de verandering van levensfase, het afscheid nemen van hoe het leven er had kunnen uitzien, enz. We percipiëren crisis en rouw als gezonde processen eigen aan de dynamiek van het leven van de mens. Ondanks de tijdsdruk, vertrekt onze tussenkomst telkens vanuit beschikbaarheid, presentie en dialoog en ligt de focus niet op directe verandering, herstel of interventie! We zijn bereid geraakt te worden door het verhaal van de ander, geloven in diens moed en kracht en maken tijd en ruimte voor verdriet, pijn en troost. Gezamenlijk onderzoeken we op welke manier 'oud zeer' in de huidige crisis opnieuw geactualiseerd wordt. We sensibiliseren en educeren over wat de invloed is van verlies op het huidige functioneren. Vaak ontstaan er tal van

obstructieve gevoelens binnen verlieservaringen- schaamte, schuld, kwaadheid, enz.- die de mens poogt te integreren binnen een proces waarin heden, verleden en toekomst opnieuw verknoot worden. Rouwen is een zingevingproces waarbij mensen (opnieuw) op zoek zijn naar verbinding met anderen, we verbreden en overstijgen een individuele benadering en nodigen de gezins- en familieleden uit om samen te rouwen en hoopvolle verhalen te vertellen.

MEDEDELING M06: HUISARTSPRAKTIJK dinsdag 10 september 2024, xxx

M06.1 Groepsaanbod psychologische zorg in de huisartsenpraktijk

Dieter Vercammen, Huisarts

Vanuit de conventie psychologische zorg wordt ingezet op de uitbouw van een groepsaanbod. In een kleine groep en onder begeleiding van twee zorgverstrekkers (waarvan 1 klinisch psycholoog/orthopedagoog) gaat men aan de slag rond een specifiek thema. Zo worden vandaag onder meer groepsessies rond bijvoorbeeld stress of angst georganiseerd, ook in de huisartsenpraktijk, onder begeleiding van een duo huisarts – psycholoog. Het groepsaanbod in de huisartsenpraktijk biedt zowel voor zorgverleners als voor patiënten belangrijke voordelen. Zowel voor de zorgverleners als voor patiënt biedt het een andere inkijk in hun problematiek. Voor zorgverleners vormt het een mogelijkheid om op een andere manier voor de patiënten te staan en de patiënten in een andere setting te zien. Het vertrouwde kader van de huisartsenpraktijk maakt die groepsessies tot een laagdrempelig voor patiënten die moeilijker de stap zetten naar een nieuwe, onbekende setting. Bovendien maakt de organisatie van groepsessies in de huisartsenpraktijk dat huisartsen het groepsaanbod dat ze uitwerken kunnen afstemmen op de noden van hun patiëntenpopulatie. Rekening houdend met taalbarrières van een deel van de populatie kunnen bijvoorbeeld sessies in de moedertaal van patiënten georganiseerd worden.

M06.2 Het geïntegreerde depressiezorg (IDECA) project

Ruben Willems, Doctoraat, Postdoctoraal onderzoeker, Universiteit Gent, Gent

Achtergrond. Depressie gaat gepaard met een grote persoonlijke, maatschappelijke en economische kost. Een gebrekkige zorgintegratie zorgt mede voor onvervulde zorgnoden. De integratie van geestelijke gezondheidszorg binnen de eerste lijn kan mede bereikt worden door het versterken van huisartsenpraktijken met een toegewijde zorgprofessional. Verduurzaming van zo'n zorgmodel dient op een financieel doordachte manier te gebeuren. Methode. Het IDECA-project wordt geïmplementeerd in twee Vlaamse regio's en bestaat uit drie interventiepijlers: (i) de integratie van twee halftijdse referentiepersonen mentaal welzijn (RPMW) met case managementfunctie in de huisartsenpraktijk die diagnostische ondersteuning, voorlichting, coördinatie en zorgopvolging bieden; (ii) een gevalideerd zorglijnoverschrijdend shared-care behandelprotocol; en (iii) professionele training over depressiescreening en -management. Via de Normalisation Measure Development (NoMAD) vragenlijst, en via zorggebruik-, en procesevaluatiedata wordt het

implementatieproces geëvalueerd en wordt er een financieel plan ter verduurzaming van het zorgmodel opgesteld.

Resultaten. Ongeveer 71% van de patiënten gaan in op de doorverwijzing door huisarts naar RPMW. Na zes maanden zijn 102 patiënten (78% vrouw, gemiddeld 39 jaar) met respectievelijk 17, 25, 33 en 25% met een milde, matige, matig-ernstige en ernstige depressie doorverwezen voor in totaal 428 contactpunten van gemiddeld 46 minuten. De waardering door zorgactoren voor de interventie stijgt kort na de implementatie ervan. Conclusie. Geïntegreerde depressiezorg wordt gewaardeerd door de betrokken zorgactoren. De verzamelde data vormen de basis voor het te ontwikkelen financieel plan dat zal voorgesteld worden op het congres.

MEDEDELING M07: SAMENLEVING dinsdag 10 september 2024, 16:00-17:30

M07.1 Living Skills als kompas binnen Supported Housing

Vansteenkiste Tom, Lic. Klinische Psychologie, Zorginhoudelijk Coördinator IBW Multiversum, Beschut Wonen, Mortsel

Lieve De Backer, Beleidspychiater IBW Multiversum, Zorggroep Multiversum

Binnen Beschut Wonen Multiversum bouwen we aan een visie en praktijk gericht op psychische kwetsbaarheid, persoonlijk herstel (CHIME) én relationeel herstel. Omgevingsgerichtheid, verbondenheid, outreachend werken, empowerment, duurzaam en kwaliteitsvol wonen zijn daarbij leidende principes geworden. Owv deze evoluties lijkt 'Supported Housing' ons vandaag een betere term dan het verouderde 'Beschut Wonen'. Met ons team gingen we op zoek naar een bruikbare en eigentijdse vertaling van de herstelvisie, met focus op maatwerk, inspraak, een positieve benadering in het werken met crisissen, en inzetten op context en persoonlijk netwerk. Het resultaat hiervan vat zich samen onder het acroniem LIVING Skills. Dit staat voor:

Levelled care for levelled living

In every crisis there is opportunity

Voices are heard

If you know how to do it, do it!

No man is an island

Grow into community (as this leads to better quality of life)

Het hanteren van deze Living Skills werkt als een kompas voor het team om begeleidingen vorm te geven en cliënten te gidsen in hun traject. Het is een tool voor hulpverleners dat het denken en handelen beïnvloedt. Evenzeer is het een verbindende methodiek, toepasbaar om op teamniveau samen na te denken of om samen met cliënten en/of hun netwerk afstemming te zoeken.

Met deze presentatie verduidelijken we aan de hand van een casus hoe we binnen een Supported Housing werking deze Living Skills inzetten als methodiek ikv begeleiding en teamontwikkeling.

M07.2 Samen bouwen aan gastvrijheid – kwartiermaken en maatschappelijk herstel

Joke Nyssen, Bachelor sociaal werk: maatschappelijk werk / Master in de audiovisuele kunsten: documentaire, Kwartiermaker, 't Aktief/De Klapper, Zorggroep Multiversum, Mortsel

Kwartiermaken is werken aan een gastvrije samenleving waarin iedereen zich welkom voelt en waar er ruimte is voor verschil. Een kwartiermaker creëert draagvlak voor meer openheid in de samenleving ten aanzien van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Hij gaat op zoek naar en maakt gastvrije plekken waar en van waaruit mensen aansluiting kunnen vinden bij anderen, in de buurt of de maatschappij. Hij vertrekt vanuit mensen, creëert iets nieuws voor én met hen, in de samenleving die daardoor meer open en toegankelijk wordt. Zorggroep Multiversum telt sinds enkele jaren twee kwartiermakers. Hun uitvalsbasis zijn ontmoetingsplekken De Vlonder in Boechout en De Klapper in Mortsel. Van daaruit maken ze kwartier, met een focus op het thema 'vrije tijd'. Joke Nyssen is twee jaar aan slag als kwartiermaker vanuit De Klapper in Mortsel. Vanuit de praktijk licht ze toe hoe ze, samen met de bezoekers van De Klapper, deze nieuwe functie vormgeeft. Ze vertelt over de opstart, het proces, de rollen die mensen opnemen, de onderlinge verhoudingen. Over hoe, door de focus te leggen op 'buiten', ook de werking zelf een nog gastvrijere plek werd. 't Karwei/De Vlonder en 't Aktief/De Klapper zijn deel van de zorggroep Multiversum en de Cluster Marcato. De Cluster Marcato staat voor maatschappelijk herstel (functie 3) en heeft een aanbod van arbeidszorg, ontmoeting (lotgenotencontact) en vorming (Herstelacademie).

M07.3 Project ALERT – naar een succesvolle integratie in de samenleving van iedereen die op basis van psychische kwetsbaarheid met mechanismen van uitsluiting kampen

Dirk De Troy, Bachelor, Ervaringsdeskundige, SPPiT mobiele teams, Grimbergen

Vanuit onze mobiele werking worden we dagdagelijks geconfronteerd met cliënten die zich eenzaam voelen en weinig tot geen aansluiting ervaren met de buurt waarin ze wonen, met organisaties actief in de gemeente, met plaatselijke vrijetijds- en vrijwilligersinitiatieven. ALERT staat voor Aanwezig – Laagdrempelig – Eerstelijns – Regelmatig – Toegankelijk. Ons project dat ook wel sterk gelinkt kan worden aan kwartiermaken richt zich op volgende subdoelen: – Werken aan de bevordering van een samenleving waarin (meer) mogelijkheden ontstaan voor de doelgroep – Doelgroep op laagdrempelige manier in contact brengen met anderen, zonder verwachtingen, zonder agenda, zonder te behalen resultaten – Met en voor onze doelgroep activiteiten organiseren die aansluiting vinden bij een 'alerte' organisatie of initiatief of gemeentelijk niveau. Per (sub)regio, plaats, gemeente kan de aanpak wat verschillen maar een aantal kenmerkende activiteiten zijn wel telkens van toepassing: wensen en behoeften van doelgroep in kaart brengen, draagvlak organiseren in betrokken organisaties of initiatieven, hulpverlener en ervaringsdeskundige aanwezig in opstart en zoeken naar duurzame samenwerkingsverbanden. Werkzame elementen binnen het project kunnen zijn: samenwerken met alle betrokken partijen aan het creëren van ruimte voor mensen die op basis van hun psychische kwetsbaarheid kampen met eenzaamheid en/of sociale uitsluiting / mensen worden in de gelegenheid gesteld te participeren in de samenleving doordat samenleving ruimte voor

hen maakt / de wensen en voorkeuren van onze doelgroep vormen het uitgangspunt, niet het aanbod van een organisatie of initiatief / hulpverleners en ervaringsdeskundigen zijn diegene die daarbij verbindend en bemiddelend optreden / de diversiteit aan mogelijkheden is zéér groot omdat er weinig beperkingen aan de methode zijn / werken naar een duurzaam resultaat, een langetermijnsverandering en verbinding van organisaties en mensen.

MEDEDELING M08: NON VERBALE THERAPIE dinsdag 10 september 2024, 16:00-17:30

M08.1 Het gebruik van klinische muzikale improvisatie als instrument in het betekenis geven aan ruwe ongedifferentieerde elementen, als bouwsteen voor compositie.

Freya Dasseville, Master in de muziek, afstudeerrichting muziektherapie, Muziektherapeut, Z.ORG KULEUVEN campus Kortenberg, Tienen

Binnen deze presentatie lichten we toe hoe klinische muzikale improvisatie ingezet kan worden in het ontvouwen van ongedifferentieerde affecten, en hoe deze omgevormd kunnen worden via compositorische aspecten naar een behapbare muzikale vorm. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van casus A, een 16-jarige adolescent in transitie die opgenomen werd binnen kinder & jeugdpsychiatrie met ASS en dwangklachten. Tijdens groepsessies muziektherapie leerden we A kennen als een zeer nieuwsgierige, exploratieve en energieke jongen met een grote interesse en intuïtieve aanleg voor het muzikale. A differentieerde zich van zijn groepsgenoten door zijn buitengewone muzieksmaak, en zijn open speelse houding om elk muziekinstrument doorheen het lokaal te verkennen. A trad aanvankelijk op een uiterst onafgestemde, explosieve en vaak destructieve wijze in samenspel. Hij speelde dwars doorheen zijn groepsgenoten. Er ontstond echter al snel de ambivalentie binnen de improvisaties, enerzijds vernietigend op zoek naar de bevestiging in afwijzing. Anderzijds ging A voorzichtig en ontvankelijk op zoek naar verbinding, connectie, en het 'gezien worden'. A kent doorheen het therapeutisch proces een evolutie en groei binnen groepsessies en individuele sessies, waarbij hij gebruikmaakt van de non-verbale muzikale improvisaties op een ontladende, alsook verbindende wijze. Vanuit de muzikale improvisaties die ontstonden groeiden A's eigen muzikale composities. Deze composities kregen een meervoudige functie waarbij hij zichzelf containment en houvast biedt, alsook waarmee hij op zoek gaat naar bevestiging in zijn waarden, talenten, en zelfvertrouwen.

M08.2 Kracht in beweging: Het inspirerende verhaal van Bewegen Op Verwijzing

Karliën Devloo, Master, Senior stafmedewerker beweging, Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, Laken

Deze presentatie belicht twee inspirerende getuigenissen van individuen, Inge Van Moer (57) en Nadine Brouwers (40), die dankzij Bewegen Op Verwijzing (BOV) een positieve impact op hun mentaal welzijn hebben ervaren. Beiden stonden voor fysieke en mentale uitdagingen en vonden ondersteuning in BOV, op aanraden van hun arts. BOV, oorspronkelijk toegankelijk via doorverwijzing van artsen, is nu ook beschikbaar voor patiënten door aanbeveling van psychologen. Deze aanpak biedt persoonlijke ondersteuning voor meer beweging tegen een voordelig tarief.

De getuigenissen van Inge en Nadine doorlopen een volledig traject. Nadine benadrukt de waarde van haar coach als meer dan alleen een motivator, met aandacht voor zowel fysieke als mentale gezondheid en een echt luisterend oor. Dat heeft Nadine geholpen om haar bewegingsdoelen te bereiken, en zo ook een positieve verandering in haar mentale welzijn te ervaren. Voor Inge bleek badminton een schot in de roos te zijn. Dit moment is nu heilig voor haar, een welkome uitlaatklep waar ze al haar zorgen achter zich kan laten en waarbij het sociale aspect erg belangrijk is. Nadine wijst op het betaalbare aspect van BOV. De overheid dekt een groot deel van de kosten. Deze aanpak heeft niet alleen geleid tot het behalen van bewegingsdoelen voor haar maar heeft ook blijvende veranderingen in levensstijl en mindset veroorzaakt. Samengevat tonen deze getuigenissen de transformerende kracht van BOV als een betaalbare, persoonlijke, en effectieve aanvulling op bestaande behandelmogelijkheden.

M08.3 Te beestig voor woorden: huisdieren binnen GGZ?

Joke Decru, Postgraduaat animal applied behaviour, Directeur AAP vzw, Animal Assisted Projects, kortweg AAP vzw, Zwijndrecht

Steeds vaker duiken (huis)dieren op binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit door de positieve effecten die dieren kunnen hebben op mensen. Een dier brengt mensen vaak letterlijk in beweging en dat kan een prachtig effect hebben op hun ontwikkeling en mentale welzijn. Maar het inzetten van dieren vraagt de nodige kennis. Dit om het welzijn van zowel de patiënten, maar ook van de dieren waarmee gewerkt zou worden, te bewaken. Wat weten we uit de wetenschap rond de zin, maar ook de onzin rond het werken met dieren? En als we de koppeling maken met het werkveld: is het inzetten van (huis)dieren dan te beestig voor woorden? Of ga je ervan kwispelstaarten? We trekken graag de discussie open met als doel het welzijn van alle actoren te bewaken.

M09.1 Met kinderen praten over internering van een ouder: Ontwikkeling van het kinder- en werkboek 'Mijn papa's hoofd is als de wolken'

Leen Cappon, PhD, Wetenschappelijk medewerker, PC Sint-Jan-Baptist – ScienceForCare, Zelzate

De internering van een ouder is een ingrijpende ervaring, die gevolgen kan hebben op korte en lange termijn voor alle betrokkenen en zeker voor het kind. Het begrijpelijk toelichten aan een kind wat internering is en wat het daaruit volgend forensisch psychiatrisch behandeltraject inhoudt, is niet eenvoudig. Een kinderboek kan hierbij ondersteuning geven. Het biedt de kans om internering laagdrempelig te bespreken en om interactief met het eigen levensverhaal aan de slag te gaan. Daarom werd in samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek, binnen PC Sint-Jan-Baptist (PC SJB) een kinder- en werkboek ontwikkeld met als titel 'Mijn papa's hoofd is als de wolken'. Om het boek vorm te geven, werd beroep gedaan op de perspectieven van zowel ouders die geïnterneerd zijn, hun kinderen en naastbetrokkenen alsook van professionals in de forensische geestelijke gezondheidszorg en in de kinder- en jeugdzorg. In 2023 werd ook een draaiboek ontwikkeld om het aan de slag gaan met het kinder- en werkboek in de dagelijkse praktijk verder te ondersteunen. Dit draaiboek wordt begin 2024 getest via casestudies met vaders en moeders die op een forensische afdeling in PC SJB verblijven. Tijdens de presentatie zal het kinder- en werkboek voorgesteld worden, waarbij stilgestaan wordt bij het ontstaansproces en bij de eerste ervaringen in de klinische praktijk.

M09.2 Individuele-separatie in verbondenheid: een paradox? Over ouderbetrokkenheid tijdens een residentiële opname op adolescentenafdeling De Kade

Indra Struyven, Kinder- en jeugdpsychiater, afdeling De Kade, dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie, UPC KU Leuven Campus Kortenberg

Jens De Vleminck, Afdeling De Kade, Dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie, UPC KU Leuven Campus Kortenberg

Klassiek staat de individuele-separatie centraal als één van de belangrijke adolescentaire ontwikkelingsstaken. Naast het belang van de peers blijven adolescenten in hun identiteitsontwikkeling echter evenzeer in belangrijke mate afgestemd op volwassenen. In de veranderende maatschappelijke context wordt de afstand-nabijheid van ouders (en andere zorgfiguren) in een klinische populatie bijkomend op de proef gesteld, zo lijkt het. We ervaren daarbij de laatste jaren twee dominante tendensen: sommige ouders zijn overaanwezig tijdens het opnametraject van hun kind, terwijl anderen eerder afwezig zijn. Hoe kunnen we samen met ouders het 'juiste midden' vinden? Hoe kunnen we de gezinscontext 'goed genoeg' betrekken bij het intensieve therapeutische traject van de jongere? We illustreren onze reflecties inzake het thema van ouderbetrokkenheid via enkele korte klinische vignetten.

M09.3 Duffeltje het knuffeltje als verbinding tussen kinderen, ouders en hulpverleners

Ludmilla Moons, Systeempsychotherapeut | Stafmedewerker familiebeleid UPC Duffel, Duffel

Sara Vermeulen, Bachelor in de toegepaste psychologie/ Zorgprofessional met familie-ervaring UPC Duffel, Duffel

We informeren jullie graag over het project Duffeltje Knuffeltje. De kangoeroeknuffel helpt ons om van UPCDuffel een kindvriendelijker ziekenhuis te maken. Het is een manier om de handelingsverlegenheid van hulpverleners naar kinderen toe aan te pakken. Daarnaast zet Duffeltje het thema ouderschap centraler in de behandeling bij opname. Concreet praten we met iedere opgenomen ouder over ouderschap via de kangoeroeknuffel, het bijhorende boek geeft passende taal aan een psychiatrische opname en de sessies 'zorg voor het gezin' bieden een plaats om samen te spreken over ouderschap. Hulpverleners leggen contact met de kinderen door hen persoonlijk een knuffel te geven: de grote knuffel voor het kind, de kleine knuffel voor de ouder. In de sessies 'zorg voor het gezin' ondersteunen we ouders in interactie met hun kinderen, zetten in op leren van elkaar en het zoeken naar passende taal. We slaan een brug tussen volwassenen- en kinderwerking door samen te werken met CKG en CGG in ouder-kindsessies voor het ganse gezin van de patiënt. Hiermee willen we ouders met een psychische kwetsbaarheid ondersteunen in hun ouderschap en kinderen de nodige ruimte geven. In de 5 parallelsessies is er ruimte om samen te spreken en te ontdekken.

M09.4 Op zoek naar bewegingsvrijheid: een systemisch therapiemodel voor ouders met zorg mijdende, sociaal geïsoleerde (jong)volwassenen

Willem Beckers, Systeemtheoretisch psychotherapeut, Stafid, Interactie-Academie, Antwerpen

Het wordt steeds meer zichtbaar: de problematiek van 'hikikomori' of 'extreme social withdrawal', waarbij (jong)volwassenen geïsoleerd verblijven in hun ouderlijk huis maar ook worstelen met tal van psychische en sociale moeilijkheden. De relatie van deze (jong)volwassenen met hun ouders wordt gekenmerkt door patronen van dwang en contactarmoede. Ouders ervaren een beklemmende verantwoordelijkheid, verdriet en wanhoop. In de hulpverlening voor deze (jong)volwassenen worden ouders aangemoedigd om hun handelen bij te sturen, gericht op de toename van autonomie bij hun inwonende kinderen. De praktijk leert echter dat de druk en de handelingsverlegenheid bij ouders steeds groter wordt. Ook het vooropgestelde doel om deze (jong)volwassenen weer in beweging te brengen wordt hiermee vaak niet bereikt. Ik pleit daarom voor een andere benadering van ouders in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij hun lijden en precare positie expliciet op de voorgrond wordt gezet. Ik illustreer een therapeutisch model dat hulpverleners helpt taxeren wanneer cliënten in hun rol als ouders in een relationele patstelling belanden met hun kinderen en in hun eigen omgeving. Het model structureert een procesgericht hulpverleningstraject dat ouders als volwaardige cliënten mogelijkheden biedt om zich te

opnieuw te positioneren in deze gestolde familiale en maatschappelijke wisselwerkingen. Dit toekomstperspectief genereert ook een nieuwe dynamiek voor het welzijn en het isolement van hun (jong)volwassen kinderen. In de workshop onderzoeken we de vertaling van deze ideeën en werkwijzen naar de eigen praktijk van de deelnemers.

MEDEDELING M10: FORENSISCHE ZORG II | woensdag 11 september 2024, 09u15- 10u45

M10.1 De verbinding tussen forensisch werken en de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (SEO)

Ongena Aristo, Master Orthopedagogiek, Wetenschappelijk medewerker, P.C. Sint-Jan-Baptist, Zelzate

Binnen de forensische zorg wordt gewerkt met twee behandelmodellen het Risk-Needs-Responsivity (RNR)-model en het Good Lives Model (GLM). Het RNR-model focust op risicomanagement en de behandeling van criminogene behoeften. Het GLM legt de klemtoon op het realiseren van levensdoelen. Beide modellen onderstrepen het belang van een forensische behandeling op maat. Onderzoek toont aan dat ook een therapeutische relatie die rekening houdt met de emotionele behoeften van de cliënt belangrijk is, en eigenlijk onmisbaar bij de doelgroep personen met een verstandelijke beperking. Het emotioneel ontwikkelingsdynamisch model van Anton Došen tracht net deze emotionele behoeften in kaart te brengen en handvaten te bieden voor interventies. De integratie van de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (SEO) in de forensische zorg is dus noodzakelijk en er moet een brug geslagen worden tussen forensische benaderingen en de emotionele behoeften van individuen met een verstandelijke beperking. Maar hoe passen deze modellen in elkaar? Waar verrijken ze elkaar en waar zorgen ze voor conflicten? Vanuit praktijkervaring en een casusbespreking trachten we in deze mededeling de integratie van de SEO in de forensische zorg toe te lichten. Deze oefening en inzichten zijn belangrijk voor een holistische en effectieve benadering van risicomanagement en behandeling binnen de forensische sector.

M10.2 De waarde van een gemeenschappelijke taal en visie op de forensische behandelafdeling Forte. De implementatie van SafePath: Een pad van groeien, leren, volhouden.

Kristien Rochette, Licentiaat Klinische psychologie, Therapeutisch coördinator en psycholoog, Zorggroep Sint Kamillus Bierbeek, Bierbeek

Nele Vastmans, Criminologe Forensische behandelafdeling Forte, Zorggroep Sint Kamillus

SafePath is een evidence based methode die gebaseerd is op de principes van de schemagerichte therapie en de positieve psychologie. Ze werd ontwikkeld door Prof. David Bernstein en heeft tot doel teams te versterken in het werken met uitdagende problematieken zoals persoonlijkheidsproblemen, agressie, verslaving,... SafePath draagt bij aan het creëren van veiligere en meer therapeutische omgevingen oa op afdelingen. Inzoomen op de basisbehoeften van mensen en het gebruik van de moditaal zijn twee cruciale elementen van de methode. Enkele jaren geleden koos de behandelafdeling Forte van Zorggroep Sint Kamillus voor SafePath. De teamleden volgden de basistraining waarna

met hen een coaching traject werd gestart. Met de deelnemers willen we onze ervaringen delen. Hoe verliep ons leertraject tot nu toe? Waar botsten we op? Waar leerden we uit? Waarom is voor ons die gemeenschappelijke taal en visie zo belangrijk in het groeien naar een gezond volwassen team? Met de deelnemers willen we ook in dialoog gaan. Ervaringen uitwisselen om elkaar te inspireren en positief te beïnvloeden.

M10.3 Virtual Reality (VR) in de-escalatie simulatietraining in de Forensische Psychiatrische Centra

Wendy Naegels, *Bachelor Verpleegkundige, Stafmedewerker Interne Opleidingen, FPC NV, Antwerpen*

Melissa Coense, *trainer*

Kim Goethals, *zorgmanager*

In aanvulling op het blended learning opleidingsaanbod voor sociotherapeuten, wordt binnen de Forensische Psychiatrische Centra ook immersive virtual reality simulation (iVRS) benut. Aan de hand van deze techniek worden de-escalerende vaardigheden ingeoeffend. In de forensische psychiatrie is sprake van een moeilijk evenwicht tussen repressie en de-escalatie. De-escalierend werken betreft het geheel aan interventies waarbij de patiënt geen repressie ondervindt. Kritische zelfreflectie op het eigen functioneren en de impact daarvan op de patiënt zijn noodzakelijk. Simulatietraining heeft een bewezen effect op attitude, kennis en vaardigheden bij hulpverleners. Het gebruik van VR kan een positieve impact hebben op communicatie, teamwerking en beslissingsvaardigheden (1).

iVRS werkt bevorderend voor het inlevingsvermogen, wat leidt tot minder repressieve acties (2). Het debriefingsproces na afloop van de simulatie zorgt niet alleen voor onmiddellijke feedback op de eigen kennis, vaardigheden en attitude, maar ook voor een leerproces waarin op een veilige manier aan zelfreflectie kan worden gedaan (1).

MEDEDELING M11: ERVARINGSDESKUNDIGHEID & CONTEXT woensdag 11 september 2024, 09u15- 10u45

M11.1 Steunfiguren anders bejegenen

Céline Prinsier, *Bachelor, ervaringsdeskundige, de MaRe, Kortrijk*

Met tijdelijke middelen hebben we zorg kunnen bieden aan steunfiguren van cliënten die bij ons een traject aan het volgen waren. Steunfiguren kregen ruimte om los van de cliënt hier een luisterend oor te krijgen en hun bezorgdheden werden beluisterd. We zagen dat dit zowel voor omgeving als voor de cliënt een grote meerwaarde was. Niet alleen kon de cliënt de zorgen die hij maakte rond zijn omgeving loslaten, de omgeving voelde zich ook gehoord en gesteund. De noden voor de omgeving werden duidelijk en er kon bij sommige een mooie doorverwijzing ontstaan. Graag kom ik dit wat verder toelichten en breng ik voorbeelden vanuit de praktijk mee.

M11.2 **Vrijwilligen als weg naar participatie en herstel**

Els Verheyen, Klinisch psycholoog, Coördinator, ANBN vzw, Leuven

Binnen patiënten- en familieorganisatie ANBN vzw zetten een 60-tal vrijwilligers zich in om lotgenoten te ondersteunen en om mensen te informeren over eetstoornissen en hen op weg te helpen naar herstel. Zij vertrekken vanuit hun eigen ervaringen, leren die gericht inzetten en groeien in zelfvertrouwen, vaardigheden en kennis. De verbondenheid zorgt voor een warme groep, waarin mensen zich gedragen en gesteund voelen en waarin zij kansen creëren om zich te ontwikkelen. Wat ooit hun klacht was, wordt zo een kracht en draagt uiteindelijk bij aan persoonlijk herstel. Aan de hand van een particuliere ervaring lichten we tijdens deze mededeling de herkenbare ontwikkelingsprocessen in individuele trajecten toe.

M11.3 **Erkenning van lotgenotencontact in de geestelijke gezondheidszorg: aanbevelingen en implicaties**

Nele Van den Cruyce, PhD, expert, Hoge Gezondheidsraad, Brussel + wetenschappelijk medewerker-socioloog, KULeuven, Leuven

Geert Van Isterdael, Expert, Hoge Gezondheidsraad, Brussel + ervaringsdeskundige vzw Uilenspiegel, Brussel

De Hoge Gezondheidsraad heeft aanbevelingen ontwikkeld voor het gebrek aan een structureel kader voor lotgenotencontact en de erkenning van de waarde ervan in de geestelijke gezondheidszorg. Het advies richt zich op intentioneel asymmetrisch lotgenotencontact met mensen met een psychische kwetsbaarheid buiten het institutionele kader. Het is gebaseerd op een systematische review, een Delphi-studie en de analyse van ervaringen van deelnemers aan lotgenotencontactbegeleidingen. Wetenschappelijke studies tonen aan dat lotgenotencontact zowel directe als indirecte positieve effecten heeft, zonder negatieve impact. De meerwaarde ligt in het wederzijds contact tussen mensen met vergelijkbare ervaringen, wat natuurlijke erkenning en steun faciliteert. Formeel lotgenotencontact met een sterker uni-directioneel karakter vereist een professioneel kader voor kwaliteitswaarborging en bescherming.

Een Delphi-studie met 441 antwoorden toont aan dat peer support als aanvulling op klinische zorg nuttig is in verschillende herstelfasen. Een statuut met hieraan gekoppelde verloning op basis van verschillende specifieke functiebeschrijvingen die de diversiteit aan rollen weerspiegelt is essentieel voor erkenning en bescherming van zowel lotgenotencontactbegeleider als patiënt. Ervaring is een vereiste, en vaardigheden via praktijkgerichte vormingen kunnen de lotgenotencontactbegeleider verder professionaliseren. De ervaring van 51 patiënten benadrukt de positieve impact, waarbij zij zich 'gehoord, gezien en begrepen' voelen. Het advies omvat het installeren van een duidelijk kader en georganiseerde structuur voor professionele organisatie van lotgenotencontact, met specifieke aanbevelingen voor lotgenotengroepen, beleid, de zorgsector en de maatschappij. Financiële middelen zijn cruciaal voor de implementatie van deze voorstellen.

M11.4 Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid, rollen van ervaringsdeskundigen

Patrick Colemont, Beleidsmedewerker, Vlaams Patiëntenplatform vzw/OPGanG, Heverlee

Ervaringsdeskundigen kunnen verschillende rollen opnemen zoals ook beschreven in het Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid. Een rol scheidt duidelijkheid over wederzijdse verwachtingen en laat iedereen toe om actief keuzes te maken over de rollen die men wil en kan opnemen. Eén van deze rollen voor ervaringsdeskundigen is die van bruggenbouwer. Binnen deze rol zetten zij in op verbinding tussen patiënten, hulpverleners, familie en andere mogelijke stakeholders binnen de zorg. Op deze manier dragen zij actief bij aan meer wederzijds begrip, gelijkwaardige samenwerking en gastvrije zorg. Steeds meer organisaties zijn zich bewust van de meerwaarde om ervaringsdeskundigen in te schakelen in de zorg. Dit gebeurt vanuit verschillende rollen en op verschillende niveaus. Tijdens deze mededeling lichten we de rol van bruggenbouwer toe. Wat zijn de ervaringen en de meerwaarde van deze rol? Zijn er ook bepaalde aandachtspunten of valkuilen?

MEDEDELING M12: VERSLAVING woensdag 11 september 2024, 09u15- 10u45**M12.1 Richtinggevende adviezen voor de ontwikkeling en implementatie van een zorgpad alcohol (preventie, detectie, behandeling)**

Eline Hellemans, Master in de klinische psychologie, Liaisonpsycholoog, UZ Gent, Gent

Lyssa Toyinbo, Master in de gezondheidsbevordering, projectcoördinator zorgpad alcohol bij VAD (Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs), Brussel

Alcohol veroorzaakt schade op diverse gezondheidsgebieden, met gastro-intestinale ziekten zoals leververvetting en cirrose, hepatitis, oncologische en cerebrovasculaire aandoeningen en neurologische pathologieën, zoals het syndroom van Wernicke-Korsakov en delirium tremens [1]. Ziekenhuizen zijn daardoor een belangrijke setting om in te zetten op detectie, behandeling en nazorg van alcoholgerelateerde aandoeningen. Ondanks verschillende protocollen omtrent alcoholontwenning en Wernicke encephalopathy, is er een hiaat op vlak van implementeerbare richtlijnen voor een alomvattend zorgpad. In samenwerking met FOD Volksgezondheid en VAD, startten zes Vlaamse ziekenhuizen een zorgpad alcohol met als doel de ontwikkeling van een ziekenhuisbrede aanpak omtrent preventie, detectie en behandeling omtrent alcoholgerelateerde stoornissen. Vier uitwisselingsmeetings vonden plaats met artsen, ervaringsdeskundigen en projectmedewerkers om op evidence-based wijze uniforme richtinggevende adviezen te ontwikkelen. Hierbij werd steeds de brug gemaakt tussen wetenschappelijke literatuur en klinische expertise. The AUDIT-C en CIWA-AR werden gekozen als gevalideerde vragenlijsten om riskant alcoholgebruik en ontwenningssymptomen te detecteren en in te schatten bij patiënten vanaf 16 jaar in opname. Diazepam werd gekozen ter preventie van delier en richtlijnen werden opgesteld omtrent vitaminesuppletie ter preventie van Wernicke-Korsakov. Het belang van zorgverleners goed op te leiden tijdens implementatie werd benadrukt alsook een interne psychiatrische liaisonwerking die verdere nazorg kan bieden.

Uniforme richtinggevende adviezen werden ontwikkeld ter preventie, detectie en behandeling van alcoholgerelateerde stoornissen in algemene ziekenhuizen. Sommige keuzes werden voornamelijk op klinische expertise gebaseerd vanwege een gebrek aan

wetenschappelijk onderzoek. Meer onderzoek is daarom noodzakelijk om de effectiviteit van de verschillende onderdelen verder te onderzoeken, alsook hoe implementatie kan worden verbeterd.

M12.2 Patiënt-gerapporteerde meetinstrumenten in de verslavingszorg

Charlotte Migchels, MD, PhD student, VUB, Jette

Achtergrond

In het kader van het groeiende belang van patiëntgerichte zorg zien we een toenemend gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomst- en ervaringsmaten (PROMs and PREMs). Deze laten ons toe om uitkomsten te meten vanuit het standpunt van zorggebruikers. Onderzoek op dit gebied is echter beperkt binnen de verslavingszorg.

Methoden

PROMs en PREMs in de verslavingszorg werden via een scoping review in kaart gebracht¹. Daarnaast brengen we de eerste resultaten van een naturalistische longitudinale multicentrische studie waarin gebruik gemaakt wordt van PROMs en PREMs binnen verschillende verslavingszorgcentra in België: de Outcome Measurement and Evaluation as a Routine practice in alcohol and other drug services in Belgium (OMER-BE) studie.

Resultaten

Er is een toenemend gebruik van en een grote verscheidenheid aan patiënt-gerapporteerde meetinstrumenten in de verslavingszorg wereldwijd. Er zijn echter belangrijke helpende en belemmerende factoren bij het implementeren van PROMs en PREMs in de klinische praktijk, waaronder de belasting voor en betrokkenheid van zorgverleners en technische ondersteuning. Daarnaast bespreken we enkele preliminaire resultaten van de OMER-BE studie, onder meer sociodemografische en klinische factoren bij de start van behandeling en de evolutie van PROMs en PREMs scores.

M12.3 Nurse led clinic voor mensen met verslaving in een Algemeen Ziekenhuis

Evelien Mingou, Bachelor Verpleegkundige, projectmedewerker zorgpad alcohol, AZ Sint-Jan Brugge AV, Brugge

Achtergrond: Ambulante behandeling voor verslaving is een veilige en effectieve optie. Verpleegkundige consultaties, geleid door advanced nurse practitioners en verpleegkundig specialisten, vormen een innovatieve benadering van ambulante behandeling. Dit abstract beschrijft de werking van een nurse-led ontwenningssklinik in AZ Sint Jan Brugge.

Methode: Het implementatieproces omvat voorbereiding, analyse van de huidige praktijk, doelen stellen, doelgroep en specifieke setting analyseren, een implementatieplan maken en uitvoeren, en evaluatie, bijsturing en borging.

Resultaten: Het team bestaat uit 5 gespecialiseerde verpleegkundigen, waaronder advanced nurse practitioners en verpleegkundig specialisten, met expertise in verslaving en geavanceerde psychotherapietraining. De kliniek biedt psychotherapie, psycho-educatie, poliklinische detoxificatie, psychofarmacologische begeleiding, assessment, screening, gezondheidsbevordering en werkt nauw samen met het patiëntennetwerk. In 2022 waren er 1204 consulten, met gemiddeld 4,3 consulten per patiënt. 95% van de

patiënten had binnen 1 week na intake een consult. In 2023 volgden 30 patiënten een thuis-detoxificatieplan, waarvan 28 met succes werden afgerond, zonder ongewenste voorvallen. Implicaties: Dit implementatieproces versterkt het belang van advanced nurse practitioners en gespecialiseerde verpleegkundigen. Toekomstig onderzoek binnen de ambulante verslavingszorg wordt aanbevolen.

MEDEDELING M13: FORENSISCHE ZORG III woensdag 11 september 2024, 11u15 -12u45

M13.1 Kwaliteit van leven en groepsklimaat in de langdurige forensische psychiatrie

Athina Bisback, Master, Therapeutisch coördinator, Zorggroep Sint-Kamillus, Bierbeek

De relatie tussen kwaliteit van leven en groepsklimaat in forensische psychiatrie is een complex onderwerp. Kwaliteit van leven van forensisch psychiatrische patiënten wordt sterk beïnvloed door interne en externe factoren. Groepsklimaat op de afdeling kan hierin een centrale rol spelen. Met dit onderzoeken willen we inzicht krijgen in de relatie tussen groepsklimaat en kwaliteit van leven van langdurig verblijvende patiënten op een forensische high-risk afdeling. Ten eerste werd kwaliteit van leven onderzocht vanuit het perspectief van patiënten. Ten tweede werd er gekeken naar de mate van overeenstemming tussen scores van patiënten en scores van personeelsleden. Ten derde werd het huidige groepsklimaat onderzocht vanuit het perspectief van patiënten en personeelsleden. Ten vierde werd de mate van overeenstemming tussen beiden berekend. Tot slot werd de relatie tussen verschillende aspecten van kwaliteit van leven en verschillende aspecten van het groepsklimaat in meer detail onderzocht. Aan dit onderzoek namen 29 patiënten en 22 medewerkers deel. De resultaten wijzen op hoge kwaliteit van leven en groepsklimaatsscores voor patiënten en medewerkers. Wel schatten medewerkers kwaliteit van leven lager in voor patiënten. Er werden geen verschillen gevonden tussen patiënten en medewerkers met betrekking tot het groepsklimaat. Veel facetten van groepsklimaat waren positief gecorreleerd met kwaliteit van leven. De resultaten van dit onderzoek werden besproken met patiënten en medewerkers om de kwaliteit van communicatie en het groepsklimaat te verbeteren. Het is belangrijk voor langdurige verblijfsafdelingen om prioriteit te geven aan het creëren van een positief groepsklimaat om kwaliteit van leven van alle betrokkenen te verbeteren.

M13.2 Groeitrajecten van dynamische risicofactoren tijdens behandeling in de hoogbeveiligde forensische psychiatrie in Vlaanderen

Sophie Verschuere, Master criminologie en seksuologie, Wetenschappelijk onderzoeker, FPC Antwerpen, Antwerpen

In de forensische psychiatrie is veel onderzoek gedaan naar risico- en beschermende factoren die samenhangen met recidive, omdat risicobeheersing een van de belangrijkste doelen van de behandeling is. Echter pas in het afgelopen decennium is de aandacht verschoven naar de empirische beoordeling van longitudinale verandering van dynamische risicofactoren tijdens de behandeling. In een vorige studie werden eerder kleine maar significante dalingen gevonden in risicofactoren tijdens de behandeling in de hoogbeveiligde forensische psychiatrie in Vlaanderen (Verschuere et al., 2023). Het doel

van de huidige vervolgstudie is om deze onderzoekslijn te verdiepen door groeitrajecten in verschillende patiëntengroepen te beoordelen. Latente groeicurve analyses werden uitgevoerd om veranderingen in risicofactoren op basis van de HKT-R tijdens de behandeling in FPC Antwerpen en FPC Gent te meten. Een multi-groep benadering werd gebruikt om HKT-R trajecten te vergelijken tussen verschillende patiëntprofielen op basis van psychopathologie en indexdelict, tussen first offenders en recidivisten, en tussen patiënten met of zonder positieve afronding van de behandeling. Er werd een significante afname gevonden op bijna alle toekomstfactoren en de helft van de klinische factoren, namelijk probleeminzicht, psychotische symptomen, verantwoordelijkheid voor het delict, verslaving, sociale vaardigheden, medewerking aan behandeling en de invloed van risicovolle netwerkleden. Zoals verwacht vertoonden patiënten die de behandeling positief afronden een significant sterkere daling dan patiënten die alsnog werden opgenomen of terugkeerden naar de gevangenis. Er waren echter geen significant verschillende trajecten voor first offenders en recidivisten. Verder werden er in de klinische subschaal significant verschillende trajecten gezien voor bepaalde patiëntprofielen. Overeenkomsten en verschillen met eerder onderzoek en het belang voor de klinische praktijk en onderzoek worden besproken.

M13.3 Lessons learned: 8 jaar forensische long stay

Vicky Van Bulck, Master psychologie, Wetenschappelijk medewerker, Zorggroep Sint-Kamillus, Bierbeek

Patiënten in een langdurig forensisch zorgtraject vormen een specifieke groep in de forensische populatie. Daar de behandelingsdoelen, kenmerken en noden van deze groep zijn verschillend van die in de bredere forensische populatie. De behandeling van deze long-stay groep focust op kwaliteit van leven eerder dan rehabilitatie en het reduceren van risico's. In Zorggroep Sint-Kamillus is er de afgelopen twee jaar onderzoek gevoerd om een beschrijving van deze groep patiënten op te stellen. Uit dit onderzoek en de eigen klinische ervaring kwamen enkele uitdagingen naar voor die van belang zijn voor toekomstige long-stay afdelingen. Zo bleek dat de gemiddelde leeftijd op een long-stay afdeling hoog is, en deze patiënten bijgevolg grotere somatische zorgnoden hebben. Dit heeft implicaties voor onder meer de infrastructuur van een long-stay afdeling, het beveiligingsniveau, alsook voor de hoeveelheid personeel die de afdeling nodig heeft. Daarnaast merken we dat de uitstroom van deze groep erg beperkt is, doordat de rehabilitatie niet op de voorgrond staat. Hierdoor is er een grote nood aan meer long-stay afdelingen in België, met plek voor zowel mannelijke als vrouwelijke long-stay patiënten. Het doel van deze mededeling is enerzijds de resultaten van het onderzoek bespreken en anderzijds ook vanuit klinische observaties lessons learned te kunnen meegeven voor toekomstige long-stay afdelingen.

MEDEDELING M14: GETUIGENISSEN woensdag 11 september 2024, 11u15 -12u45**M14.1 Getuigenis. Wat is therapeutisch? Van dwang naar emancipatie.**

Veerle Janssens, Universitair, tolk bij het Europees Parlement, Vzw Uilenspiegel, Halle

Bij een vruchtbaarheidsbehandeling lokt een injectie met Decapeptyl Depot bij Veerle Janssens een acute depressie uit. In het plaatselijk ziekenhuis wacht haar geen luisterend oor, maar de isolatiecel. Door een combinatie van stigma en slechte zorg verliest ze op een maand tijd haar relatie, haar plusdochters en bijna haar leven. Tien jaar later blikt ze terug, in het boek 'Een tijd tussen al mijn tijden'. 'Nabijheid had me kunnen redden, afwezigheid verdiepte de crisis,' zo schrijft ze.

Haar boek is geen afrekening, maar een pleidooi voor warme zorg, zoals ze die heeft mogen ervaren bij haar psychiater-in-opleiding, de nachtverpleging en de nazorg. Ondanks de tragische gebeurtenissen, bevat haar boek(presentatie) heel wat humor. Zo blijkt haar eigen beleving als patiënt soms haaks te staan op de aantekeningen in haar medische dossiers. Veerle vraagt ook om residentiële zorg en ambulante zorg niet tegen elkaar uit te spelen, maar wederzijds te versterken. Haar boek bindt de strijd aan tegen machtsmisbruik en stigma, tegen het beeld 'eens-een-psychiatrisch-patiënt-altijd-een-probleemgeval' en tegen deterministische opvattingen in het psychoanalytisch denken, met name rond seksueel misbruik. En tot slot roept ze ertoe op om zorg breed te zien: een warme, inclusieve maatschappij kan helend werken – Veerle dankt haar herstel onder meer aan de speelpleinwerking, de schaakclub, medereizigers, fijne collega's en een toffe job. Laten we dus bouwen aan een warmere samenleving!

M14.2 Non-binaire en transgender verhalen ondersteunen

Anke Raymaekers, Systeemtheoretisch psychotherapeut en seksuoloog. Freelance docent bij de Interactie-Academie in Antwerpen. Coördinator van Praktijk Anker in Wilrijk, Wilrijk

Non-binaire personen en transgender personen voelen aan dat ze niet passen in een binair man-vrouwdenken. Ze kunnen niet anders dan de grenzen ervan belichamen en aankaarten, zowel voor zichzelf als in hun omgeving. Deze zoektochten en onderhandelingen verlopen vaak moeizaam en botsen op onbegrip, ongeloof of onwetendheid. We verkennen de relationele complexiteiten tussen non-binaire personen, transgenderpersonen en hun intieme of ruimere omgeving.

M14.3 Omarmd in een bevriend gezin versus opname in psychiatrie gedurende psychose, een persoonlijke ervaring.

Christel Guldentops, Master, vrijwilliger ervaringsdeskundige, Borgerhout

Op mijn achttien werd mijn moeder gediagnosticeerd met "schizofrenie" en vroeg ik me af of deze "veroordeling" erfelijk was. Ik zag het lijden van mijn moeder, hoe zij zwaar gemedicaliseerd werd als quasi enige "therapie" en tot slot levenslang gehospitaliseerd. Ik besloot alles te doen wat in mijn macht lag om niet dezelfde weg op te gaan.

Ingrijpende jeugdervaringen leidden tot toxische relaties in mijn twens. Dit en het verlies van belangrijke dierbaren resulteerde in een crisis met licht psychotische symptomen op mijn dertigste. Ik overwon deze, slaagde er in mijn studies af te maken en korte tijd

te werken. In 2010 ging ik er opnieuw onderdoor nadat ik gepest werd door mijn baas. Sedertdien deed ik om de vijf jaar trauma gerelateerde psychoses tot 2020, wanneer ik voor het laatst werd gehospitaliseerd. Gedurende mijn laatste psychotische episode, voorjaar 2023, werd ik thuis opgevangen bij vrienden. Ze boden mij een bed aan, gezonde voeding en knuffels. Samen zochten en vonden we betekenis in mijn “gekke” rekening houdend met mijn oude wonden.

Dit staat in schril contrast met mijn ervaringen in de psychiatrie. De “behandeling” in het ziekenhuis herinnerde mij sterk aan wat ik als kind ervoer. Het betekende opnieuw controleverlies en was daardoor niet helpend. Dit in tegenstelling tot mijn verblijf bij vrienden, waar ik beduidend sneller herstelde. Ik geloof dat dit is wat maakt dat zoveel mensen blijven hangen in het systeem.

M14.4 Post-traumatisch herstel vanuit ervaringsdeskundigheid

Marijn Depraetere, Middelbaar, Voorzitter, Over De Grenzen Heen VZW, ROESELARE

Over De Grenzen Heen VZW organiseert een veilige en warme huiskamer in het hart van de stad Roeselare ingericht op het bespreekbaar maken van psychische traumaspooren. Twee maal per week kan je er binnenstappen zonder afspraak om je bij te zetten in een goed gesprek van mens tot mens. Onze ervaringsdeskundigen en medewerkers geven ruimte aan iedereen om op adem en op verhaal te komen. Meestal ligt het volledige levensverhaal op tafel na een halve tas koffie. Waar we nooit de intentie hadden om ons te specialiseren in seksueel jeugdtrauma valt het op hoe vaak onze leden dit type trauma in de rugzak hebben. Eens lotgenoten en medewerkers elkaars veiligheid hebben ervaren ondersteunen we hen in de eerste plaats persoonlijk. We contacteren ze wekelijks en bieden hen persoonlijke gesprekken aan. Daarna bieden we hen de handvaten aan die nuttig waren in ons eigen post-traumatische hersteltraject: psycho-educatie, lotgenotencontacten, praatgroepen en activiteiten voor het ganse gezin.

Over De Grenzen Heen VZW focust niet op trauma maar op het herstel daar van. Samen met de lotgenoot lopen wij ervaringsdeskundigen dat lange en bochtige pad af naar herstel, waarbij we niet vergeten af en toe stil te staan bij het uitzicht. Wij promoten een holistische herstelvisie waarbij ervaringsdeskundigheid en professionele kennis collaboreren in het post-traumatische hersteltraject, wat ook de inhoud van die rugzak mag zijn. Wij geloven dat deze veilige ontmoetingskamers een ontbrekende schakel zijn in het geestelijke gezondheidsnetwerk.

MEDEDELING M15: KENNISDELING woensdag 11 september 2024, 11u15 -12u45

M15.1 Het behandelkompas in dialoog: samen op zoek

*Lieve Beheydt, Klinisch psycholoog-psychotherapeut, dr. in de menswetenschappen/
Stafmedewerker psychodiagnostiek UPC Duffel, Duffel*

Katleen De Bie, Ervaringsdeskundige UPC Duffel, Duffel

Toegankelijke zorg gaat over zorggebruikers aan het stuur zetten van hun behandeling. We streven naar een gelijkwaardige positie en inbreng tussen patiënt, familie en zorgverlener. Maar hoe kan je de behandeling mee vorm geven als je zoveel in kennis verschilt?

Daarom vertellen wij u graag over het behandelkompas: 10 vragen die je helpen om in gesprek te gaan en gelijkwaardig aan tafel te zitten. Dit project staat nog in zijn kinderschoenen maar met de steun van de Koning Boudewijnstichting zijn we er vol enthousiasme mee aan de slag gegaan.

We gaan daarbij in op

- Het behandelkompas als hefboom van geïntegreerde zorg
- Met gelijkwaardigheid tussen de leden van de dialoog (patiënt, hulpverleners, naasten)
- Eigen regie voor de patiënt
- Als de actuele 'foto' van de behandeling in het traject
- Als gedeeld instrument voor continuïteit van zorg
- Als permanent onderdeel van een patiëntendossier
- Als ondersteuning van behandelplanning
- Als persoonsgerichte zorg
- Als instrument voor een gemeenschappelijke taal voor alle betrokkenen
- Als specifieke rol voor ervaringsdeskundigen...

M15.2 Authentiek beleid maken als spil voor kennisdeling en uitwisseling over suïcidepreventie in UPC Duffel.

Michiel Manteleers, Hoofdverantwoordelijke dubbeldiagnose, UPC Duffel, Duffel
Jesse Verleije, Kwaliteitscoördinator, UPC Duffel, Duffel

In UPC Duffel vroegen we aan elke afdeling om het overkoepelende suïcidebeleid concreet te vertalen naar de eigen doelgroep. Het suïcidepreventiebeleid wordt verdiept en aangevuld in dialoog met het team en andere afdelingen. Elke afdeling nodigt 3 kritische vrienden uit om dit beleid met hen te bespreken en daarover te reflecteren: een psychiater, psycholoog/verpleegkundige, stafmedewerker. Via deze peerreview stimuleren we elkaars werking rond suïcidepreventie te optimaliseren. De kritische vriend brengt eigen expertise in, formuleert observaties en geeft feedback op een vriendelijke manier. De gesprekken stimuleren het leren van elkaar over suïcidepreventie en zet het thema suïcide steeds op de agenda. Afdelingen ervaren eigenaarschap over hun werking en erkenning in hun expertise doordat zij ruimte krijgen om beleid te maken in functie van de eigen populatie. Het ziekenhuis ondersteunt door een beleidskader, richtlijnen voor het afdelingsbeleid vanuit het referentiekader en de organisatie van peerreviews.

We maken de deelnemers graag deel van onze zoektocht: onze aanpak, de geleerde lessen en hoe we dit verder gaan uitbouwen en opvolgen de komende jaren.

M15.3 Hoe vanuit transdisciplinair onderzoek naar de SEO de brug tussen professionals by experience en professionals by professions wordt gemaakt

Ongena Aristo, Master Orthopedagogiek, Wetenschappelijk medewerker, P.C. Sint-Jan-Baptist, Zelzate

In 2019 ontwikkelde P.C. Sint-Jan-Baptist in samenwerking met begeleiders (of professionals by professions) die werken met personen met verstandelijke beperking, posters van de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (SEO). Deze posters moeten begeleiders meer concrete handvaten bieden in het werken met de SEO (Ongena & Morisse,

2019). Hoewel we erg trots zijn op het product en hoe we het model eigen hadden gemaakt, werd al snel duidelijk dat we een belangrijke stakeholder in dit 'multidisciplinair' project vergeten waren, met name de cliënten zelf. Hun perspectief en participatie integreren in het werken met de SEO draagt bij tot kwaliteitsvoller hulpverlening. Daarom onderzoeken we hoe de SEO verder kan ontwikkeld worden zodat ook cliënten kunnen betrokken worden. Meer specifiek ligt de focus van dit onderzoek op de methodieken, theoretische doorontwikkelingen en communicatievormen die nodig zijn om cliëntenparticipatie te realiseren. Het verbindende in dit onderzoek is dat niet alleen multidisciplinair maar ook transdisciplinair wordt gewerkt. Dit betekent cliënten op een gelijkwaardige manier worden betrokken, als professionals by experience. Tijdens deze mededeling geeft de onderzoeker mee hoe dit concreet in zijn werk gaat en welke resultaten en uitdagingen dit type onderzoek met zich mee brengt.

M15.4 Herstelgerichte zorg via activiteit en ontmoeting: een verbindend verhaal van activering, creativiteit en participatie

Kim Tintel, Master, Diensthoofd Therapeutisch Activiteitencentrum, Zorggroep Sint-Kamillus, Bierbeek

Melissa Santervas, Diensthoofd Activiteiten- en Ontmoetingscentrum 't Collectief, Zorggroep Sint-Kamillus, Bierbeek

Zorggroep Sint-Kamillus biedt psychiatrische (crisis)opvang en behandeling op korte, middellange en lange termijn aan volwassenen met een psychiatrische aandoening, een verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische aandoening, het statuut van internering en volwassenen met niet-aangeboren hersenletsels. Binnen deze zorggroep zijn er twee unieke plekken waar we een warm, menselijk en verbindend verhaal schrijven, namelijk het Therapeutisch Activiteitencentrum (TAC) en het Activiteiten- en Ontmoetingscentrum 't Collectief. In het zorgtraject van opname tot terugkeer en verder, leveren beide centra elk op hun eigen manier een bijdrage aan herstelgerichte zorg. We leggen de klemtoon op activering via creatieve en arbeidsmatige atelierwerking en non-verbale therapie, arbeidsrehabilitatie en de plek dat ontmoeting en participatie van zorgvragers in al deze facetten krijgt. Zorgvragers (her)ontdekken op deze manier wat ze graag willen doen en krijgen inzicht in hun eigen functioneren. Tijdens het congres nemen we de geïnteresseerden graag mee in onze werking die hoofdzakelijk gegroeid is uit de uitdagingen, krachten en creativiteit die we voelden en zagen bij de zorgvragers. We laten jullie kennismaken met de eigenheid en kracht van beide plekken en de manier waarop ze zich verankeren in de lokale gemeenschap.

M16.1 Implementatie van Patiëntenparticipatie op Multidisciplinair Teamoverleg op een Crisisafdeling Psychiatrie: Overwinnen van Uitdagingen

Bruce Vrancken, Master in de verpleegkunde GGZ, Verpleegkundig specialist GGZ, AZ Sint-Jan Brugge AV, Bredene

De herstelvisie in de psychiatrie benadrukt empowerment, participatie en sociale inclusie van patiënten, waarbij gedeelde besluitvorming essentieel is voor herstel. Dit abstract beschrijft de implementatie van patiëntenparticipatie op multidisciplinair teamoverleg (MDO) op een crisisafdeling psychiatrie, waar de uitdaging o.a. ligt binnen de beperkte duur van opnames.

Methode: Het implementatieproces op de crisisafdeling begint met een zorgvuldige planning en coördinatie om patiënten, hulpverleners en naasten op korte termijn bijeen te brengen. Een aangepast vormingsprogramma wordt ontwikkeld om de communicatie en samenwerking tussen alle partijen te bevorderen, met specifieke nadruk op de tijdsbeperkingen van de crisisopnames en daarbij goeie afspraken te maken over de vorm en inhoud van MDO. Regelmatige evaluaties helpen bij het stroomlijnen van het proces, en de resultaten worden zorgvuldig geanalyseerd.

Resultaten: Op de crisisafdeling psychiatrie wordt patiëntenparticipatie op MDO als uiterst waardevol beschouwd. Zowel hulpverleners als patiënten en hun naasten ervaren de voordelen van samenwerking tijdens crisissituaties. Patiënten voelen zich meer betrokken bij hun herstelproces. Het implementatieproces vereist nauwe afstemming met alle stakeholders, en de succesvolle integratie van patiëntenparticipatie benadrukt het belang van deze aanpak in crisissituaties binnen de psychiatrie.

M16.2 Implementatie van Triage voor Psychiatrie op de Spoedafdeling

Bruce Vrancken, Master in de verpleegkunde GGZ, Verpleegkundig specialist GGZ, AZ Sint-Jan Brugge AV, Bredene

Tot op heden werd de beoordeling van psychiatrische problemen op de spoedafdeling vaak subjectief uitgevoerd, afhankelijk van de inschatting van de hulpverlener op dat moment. Dit resulteerde vaak in minder afgestemde zorg voor de patiënt. In de literatuur worden triageschalen voor geestelijke gezondheidszorg vaak gebruikt om systematisch de urgentie van klinische presentaties te categoriseren en de verwijzing en interventietiming te bepalen. Dit abstract beschrijft de implementatie van de Crisis Triage Rating Scale (CTRS) op de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis als een strategie om de zorg te verbeteren.

Het implementatieproces begon met de selectie van de CTRS na een uitgebreid literatuuronderzoek. Stakeholders, (artsen, verpleegkundigen, psychiatrische experts,...) werden betrokken bij de planning en training in het gebruik van de schaal. Protocollen werden ontwikkeld om de triage te integreren, en regelmatige evaluaties werden uitgevoerd om bij te sturen. De implementatie van de CTRS op de spoedafdeling resulteerde in aanzienlijke voordelen voor psychiatrische patiënten. De zorg werd meer gestandaardiseerd, wat leidde tot een verbeterde afgestemde aanpak van de urgentie van de problemen. Het

implementatieproces vereiste nauwe samenwerking met alle stakeholders om succes te behalen, waarbij feedback en training cruciaal waren.

M16.3 Psychiatrische ondersteuning op spoed (POOS)

Tine Maes, Master verpleeg en vroedkunde, Zorgmanager GZA, Hoboken

In 2022 heeft de FOD een derde oproep gelanceerd voor het indienen van projectvoorstellen “intensifiëring van de residentiele zorg”. In deze oproep staat dat de samenwerking vanuit het mobiel crisisteam, de HIC en de spoedgevallendienst van het algemeen ziekenhuis versterkt moet worden (oproep intensifiëring FOD, mei 2022). Het HIC-onderzoek (Bruffaerts e.a., 2023) leert ons dat spoedgevallendiensten in staan voor 34% van de aanmeldingen van de High and intensive Care-afdelingen (HIC). Deze cijfers liggen in lijn met eerder onderzoek dat wijst op het belang van de spoedgevallendiensten als vindplaatsen voor mensen met (ernstige) psychiatrische klachten. Het onderzoek van professor Bruffaerts en collega’s geeft echter ook aan dat slechts 5% van de aanmeldingen voor de HIC’s uit de mobiele crisisteams komt. Er is daarnaast nog niets gezegd rond de stijgende trend in gedwongen opnames en de relatie tot deze cijfers.

Voor het Netwerk SaRA (samenwerking regio Antwerpen) is er binnen de oproep intensifiëring van zorg een project opgestart om de spoedafdeling van het Sint-Vincentius ziekenhuis te ondersteunen. Samen met het Mobiel Crisis Team Antwerpen van ZNA is in 2023 gestart met het POOS (psychiatrische ondersteuning op spoed) project. In dit project wordt bottom up gezocht naar een performant zorgmodel voor opvang van mensen met psychiatrische klachten op de spoed en dit binnen het hoger geschetste dynamische werkveld. Graag delen we met jullie onze ervaringen en cijfers van dit project.

MEDEDELING M17: SAMENWERKING woensdag 11 september 2024, 13u45 -15u15

M17.1 Een warme plek uitbouwen in de wijk, een inloophuis als middel om mensen samen te brengen van binnen en buiten de GGZ

Bruno Libbrecht, Bachelor, diensthoofd ergotherapeutisch centrum, Inloophuis leper vzw, leper

Thomas Dierynck, Buurtbewoner

Geert Capoen, Bachelor psychiatrisch verpleegkundige; verantwoordelijke dienst herstel

Inloophuis leper is een onafhankelijke vzw, een initiatief dat groeide vanuit de vaststelling dat er nood is aan meer verbinding in de samenleving. Het is een warme plek geworden waar (kwetsbare) mensen en wijkbewoners elkaar kunnen ontmoeten en rollen opnemen via heel verschillende activiteiten. Onze hele werking steunt op vrijwilligers. Dit brengt een eigen dynamiek met zich mee. Inloophuis leper werkt sterk bottom-up. Vrijwilligers zijn mensen uit de doelgroep die doorgroeien tot leden die verantwoordelijkheden opnemen en hier zelf vragende partij voor zijn. We werken vraaggestuurd, dwz dat we niet steeds open zijn maar enkel op de momenten dat bepaalde activiteiten doorgaan. We organiseren een zeer uiteenlopende mix van workshops, infosessies, optredens (muziek en comedy), kruimelcafé, kooksessies, vrijetijdsactiviteiten, ... Drie kernwoorden vatten onze missie samen: verbinden, buurten, doen. We merken dat we in ons korte bestaan (2021) er in

slaagden om een heel verscheiden en gemengd publiek aan te spreken van buurtbewoner tot cliënten in GGZ opname. We hebben ons eigen idee over waarom we hier in slagen en willen enkele basisvoorwaarden en ideeën die wij hanteren om die verbinding te realiseren uitleggen. Samen met de deelnemers willen we deze uitdiepen en ter inspiratie voorleggen. We beogen in deze workshop samen te reflecteren met de deelnemers en actief ideeën uit te wisselen. We zijn overtuigd dat we handvaten kunnen bieden voor iedereen die een socio- cultureel GGZ initiatief in en met de wijk wil realiseren buiten de ‘muren’ van de reguliere GGZ sector.

M17.2 Ronde Tafels Gedeelde Zorg, een weg naar integrale zorg voor zorgwekkende zorgmijders.

An Blondeel, Bachelor in de toegepaste psychologie, psychotherapeut, Teamcoördinator, Netwerk GG ADS // Advies&Coaching ADS, Dendermonde

Ronde Tafels Gedeelde zorg zijn regionale samenwerkingsverbanden op eerstelijnszone-niveau tussen GGZ actoren en eerstelijnspartners gericht op het installeren van integrale zorg. Binnen het Netwerk Geestelijke Gezondheid Aalst Dendermonde Sint Niklaas werd een hiaat gesignaleerd in de zorg voor mensen vanuit een specifieke doelgroep. Deze doelgroep identificeert zich door een psychische/psychiatrische problematiek gecombineerd met een complexe sociale problematiek (dak- of thuisloosheid, ernstige financiële problemen, moeilijkheden in sociale relaties, gezondheidsproblemen,...). Deze factoren leiden vaak tot een complexe situatie waarbij een duidelijke zorgnood aanwezig is maar de persoon zelf niet terecht kan binnen de reguliere hulpverlening omwille van in- of exclusiecriteria van voorzieningen of diensten, een afwezigheid van hulpvraag (inherent aan de problematiek), een geschaad vertrouwen in of van de hulpverlening,... Er is een noodzaak om in te zetten op laagdrempelige manier op diverse levensdomeinen via een integrale, outreachende en aanklappende werking. Een aanbod dat gebaseerd op het winnen van vertrouwen, het zoeken naar een ingangspoort en tijd kan nemen om een mogelijke toeleiding te installeren tot de reguliere zorg voor een doelgroep die al maar meer uit de boot dreigt te vallen. We willen hierbij een duurzame samenwerking over lijnen en sectoren opzetten die vanuit verschillende expertises denkt en handelt en daar ook ‘out of the box’ in durft gaan. Door het concept gedeelde (integrale) zorg ondersteunen de hulpverleners ook elkaar binnen de complexe en vaak extreem uitdagende zorg.

M17.3 De intensieve samenwerking tussen GGZ en partners uit welzijn, werk en VAPH binnen activeringstrajecten geeft mensen terug kansen op werk en perspectief in hun leven.

Greet De Vos, Master, stafmedewerker + netwerkcoördinator tender activering, CAW Limburg, Hasselt

‘Het geheel is meer dan de som van de delen’. Aanwezigen laten kennismaken met activeringstrajecten voor kwetsbare doelgroepen met een lang afstand tot de arbeidsmarkt. Hen inspireren met voorbeelden, hen feiten en facts over de begeleiding geven en zo de kracht van samenwerking tussen verschillende organisaties uit GGZ, welzijn, VAPH en werk laten zien. Een succesvolle integratie op de arbeidsmarkt vergt namelijk een holistische aanpak waarbij we oog hebben voor alle levensdomeinen. Op maat werken

is hierbij essentieel. In het samenwerkingsverband zorg- werk wordt er samen met de cliënt stilgestaan welke drempels en mogelijkheden er zijn. En wordt een trajectplan met doelstellingen opgesteld. Vaak is een van die doelstellingen op te nemen door een partner uit GGZ. Verbindend werken, kansen en tijd geven, werken met kleine stapjes en methodes aanpassen aan de noden van de cliënt maakt activering sterk en deze manier van begeleiden willen we graag delen. Aangezien we maar 15 minuten hebben: heel korte objectieve voorstelling van activering en cijfers die aantonen dat dit werkt en een meerwaarde betekent voor cliënt maar ook voor de verschillende betrokken partners uit GGZ, VAPH, Welzijn en werk. Daarnaast via een voorbeeld een activeringstraject voorstellen. De verschillende stappen omschrijven via een cliëntverhaal (live of korte video van een klant)

M17.4 Wat je aandacht geeft, groeit – Clubhuismodel © als inspiratiebron met participatie als krachtbron

Jorinde Janssen, Bachelor Gezinswetenschappen/Master Sociologie, Coördinator Activering Multiversum, Boechout

Kristine De Decker, Lid

Een gastvrije ontmoetingsplek voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid waar verbinding centraal staat, dat is de kern van het internationale Clubhuismodel©. Dit model ontstond in New York, waar ex-psychiatrische patiënten een clubhuis startten. Het model kreeg inmiddels wereldwijd navolging én erkenning als “evidence-based-practice” van de WHO. Het uitgangspunt van het Clubhuismodel© is de behoefte van psychisch kwetsbare mensen om ergens bij te horen, om zich veilig te kunnen voelen, om nuttig te zijn en om relaties met anderen te onderhouden.

Zorgvragers en zorgverleners worden omgedoopt tot leden en stafleden, die zij-aan-zij het clubhuis uitbouwen. Leden worden aangesproken op hun kwaliteiten, met veel ruimte voor eigen initiatief, verantwoordelijkheid en het (her)ontdekken en ontwikkelen van talenten. Een clubhuis biedt geen behandeling. Wel ondersteunen stafleden het herstelproces van leden en hun zoektocht naar een kwaliteitsvol leven. International Standards geven wereldwijd een uniforme basisstructuur. Na een introductie van de clubhuisaanpak vertellen we als lid en staf lid over ons clubhuisproject dat vorm krijgt via doorgedreven participatie en groeit dankzij de gastvrijheid van en verbondenheid met clubhuizen in Amsterdam, Brussel en New York. “It takes a village to raise a child”. De verbondenheid van Clubhouse International© biedt een uitweg uit kamers van psychisch lijden en opent een wereld van herstel, erkenning en welzijn voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

MEDEDELING M18: TOEKOMSTVISIE woensdag 11 september 2024, 13u45 -15u15

M18.1 Naar een meer billijke geestelijke gezondheidszorg...

Philippe Delespaul, Klinisch Psycholoog, PhD, Hoogleraar Innovatie in de GGZ, Universiteit Maastricht / Mondriaan, Maasmechelen

Bij de ontwikkeling en beoordeling van zorgsystemen krijgt ‘equity’ of ‘billijkheid’ een steeds belangrijker plaats. Het hoort bij de ‘quintuple aim’, de uitbreiding van ‘triple aim’. De Verenigde Staten staan bijvoorbeeld aan de wereldtop wat betreft de financiële

middelen die in de zorg omgaan, maar veel burgers zijn uitgesloten van die zorg. Dat is niet billijk. In België / Vlaanderen hebben we een zorg die meer billijk verdeeld is. Maar psychische hulpverlening moeilijk gefinancierd. Psychotherapie was in België voor lange tijd niet terugbetaald en enkel beschikbaar voor de meest kapitaalkrachtigen. De vaak vrij gevestigde psychotherapeuten hanteerden exclusiecriteria waardoor de meest gehandicapten vaak geen zorg kregen. Begrijpelijk, want naarmate ernst toeneemt, neemt ook complexiteit toe en kun je deze verantwoordelijkheid als eenpitter moeilijker dragen. Vaak mis je ook de noodzakelijke expertise, die wel geborgd kan worden in een multidisciplinair team.

Deze analyses raken de kern van billijke zorg. Is het ziekenhuis duur omdat het de moeilijkste patiënten behandelt, of zorgt het voor discriminatie omdat er geen middelen meer overblijven voor even behoeftige burgers. Wat is een billijke prijs voor een medicijn? wat is een billijk specialistentarief? Wat zijn billijke middelen voor de ggz (bijvoorbeeld in relatie tot de somatische zorg)? En als eenzaamheid zoveel psychisch lijden bepaalt, wat is dan een billijke investering in de maatschappij, het sociale kapitaal? Dit zijn cruciale maatschappelijke dialogen voor een nieuwe ggz gebaseerd op principes van ecosystemen.

M18.2 DSM-5: dicht bij de mens? Verbindend en gastvrij? Highlights van het international DSM-colloquium Paris 2023

Marc Calmeyn, Universitair, psychiater, psychotherapeut, privépraktijk 'Lelieveld', Zedelgem

Op 15 en 16 december 2023 ging het internationaal colloquium 'DSM-5: ten years later. And now?' door. Het doel was om verschillende perspectieven aan bod te laten komen. Dit was mogelijk door sprekers uit verschillende landen (Vlaanderen, Nederland, Frankrijk, USA) aan het woord te laten. Het feit dat niet enkel professionelen, maar ook ervaringspersonen en familieleden een evenwaardige plaats kregen, maakte een belangrijk verschil. Daarbij was er veel interactie mogelijk door de opzet van ronde tafels en veel tijd te besteden aan open dialoog, niet alleen onder sprekers, maar vooral met het publiek. Marc Calmeyn als medeorganisator van het colloquium zal in zijn presentatie de belangrijkste thema's en discussiepunten belichten. Kernwoorden waren content, connectedness en contact. Leen Verhaert, zal ingaan op haar presentatie op het colloquium 'Why a DSM diagnosis is sickening?'. Ze wendt haar ervaringsdeskundigheid aan om stil te staan bij de impact van een DSM-diagnose op haar herstelproces na psychose.

POSTER P01

- **#CAVAAsa (CAW en VAN samen): de detectie en doorverwijzing van personen met onvervulde psychosociale noden door apothekers**

Eva Rens, PhD, Wetenschappelijk medewerker, UAntwerpen, Wilrijk

#CAVAAsa is een samenwerking tussen de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW) en het Vlaams Apothekersnetwerk (VAN) samen. Het project liep van 2021 tot en met februari 2024. Het doel van #CAVAAsa is om apothekers op te leiden en in te schakelen in de detectie en doorverwijzing van personen met onvervulde psychosociale noden, zoals psychische problemen, financiële moeilijkheden, of problemen in het gezin waaronder huiselijk geweld. In totaal volgden bijna 400 apothekers de e-learning over psychosociale problemen en psychosociale hulp. Vooral de werking van de CAW werd toegelicht, en apothekers werden eveneens aangeleerd hoe ze patiënten hier rechtstreeks naar kunnen doorverwijzen. Deelnemers ontvingen ondersteunende materialen, zoals wegwijzerfoldertjes om discreet aan patiënten mee te geven. Via een online registratieformulier werd inzicht verkregen in de patiëntcontacten die kaderen in project #CAVAAsa. Tussen augustus 2022 en december 2023 werden 385 patiëntcontacten over psychosociaal welzijn gerapporteerd, vooral psychische problemen en gezinsproblemen. Een bevraging bij de deelnemers toonde aan dat men een informerende en doorverwijzende rol als meerwaarde ziet, voornamelijk omwille van de tevredenheid en dankbaarheid van patiënten. De e-learning is cruciaal, gezien het thema in de basisopleiding van apothekers te beperkt aan bod komt en de werking van het CAW over het algemeen onvoldoende gekend was. Een gebrek aan tijd en privacy in de apotheek vormen echter barrières. Het project werd afgesloten met een stakeholdersmeeting waarbij de duurzaamheid en verdere ondersteuning van de rol van de apotheker in psychosociaal welzijn verder besproken werd.

POSTER P02

- **Geestelijke gezondheidszorg voor mensen op de vlucht: een eerstelijnspectief**

Sofie Vindevogel, Dr., Docent & onderzoeker, Hogeschool Gent, Gent

Deze presentatie richt zich op de complexe uitdagingen waarmee mensen op de vlucht geconfronteerd worden en hoe die inspelen op hun ervaring met geestelijke gezondheid en het vinden van ondersteuning hierbij.

Resultaten van praktijkgericht onderzoek door het EQUALITY//ResearchCollective aan HOGENT in samenwerking met Fedasil worden gepresenteerd. Een online survey en key informant interviews werden afgenomen om zicht te krijgen op ervaringen, competenties, noden, hefboomen en belemmeringen die medewerkers in het opvangnetwerk ervaren met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg voor bewoners. De resultaten hiervan worden besproken, in relatie tot wetenschappelijke kennis op dit terrein. Vanuit de vraag hoe nabije, verbindende en gastvrije hulp kan worden gerealiseerd, wordt in het bijzonder ingegaan op

het belang van collectief en co-creatief werken aan ondersteuningssystemen voor mensen met complexe sociale en gezondheidsnoden, waarvoor klassieke GGZ-benaderingen niet steeds soelaas bieden. Door inzichten uit onderzoek en praktijk samen te brengen, biedt deze presentatie aanknopingspunten voor het bevorderen van ecosystemen van geestelijke gezondheidszorg rond mensen op de vlucht.

Referentie:

- ▶ Vindevogel, S. & Verelst, A. (2020). Supporting mental health in young refugees: a resilience perspective (pp. 53-65). In: Ventevogel, P. & Song, S. (Eds.). *Child, Adolescent & Family Refugee Mental Health: A Global Perspective*. Springer.

POSTER P03

■ **Ontwikkeling van muziektherapie in Vlaanderen en Nederland anno 2023**

Anke Coomans, PhD, Docent muziektherapie LUCA School of Arts – Coördinator competentiecentrum muziektherapie UPC KU Leuven, LUCA School of Arts, Campus Lemmens, Leuven

Katrien Foubert, Prof. Dr., Muziek & Drama LUCA School of Arts; Faculteit Geneeskunde KU Leuven, UPC KU Leuven, katrien.foubert@kuleuven.be

Jos De Backer, Prof. Dr., Opleidingscoördinator BA en MA muziektherapie LUCA School of Arts, Faculteit Geneeskunde KU Leuven; UPC KU Leuven, jos.debacker@kuleuven.be

In de afgelopen decennia is het aantal gediplomeerde muziektherapeuten in Vlaanderen en Nederland aanzienlijk toegenomen. Om een zicht te kunnen krijgen op hoe deze beroepsgroep zich binnen de gezondheidszorg manifesteert, voerde de onderzoeksgroep muziektherapie van LUCA School of Arts in april 2023 een online bevraging uit onder muziektherapeuten in Vlaanderen en Nederland. De resultaten tonen een aantal positieve bevindingen. (i) Toonaangevende vertegenwoordiging: Gediplomeerde muziektherapeuten zijn opvallend aanwezig in psychiatrische centra en ziekenhuizen. (ii) Correcte verloning: Een meerderheid van de voorzieningen waarin zij werken biedt een correcte verloning. (iii) Goed uitgeruste faciliteiten: Voorzieningen beschikken over goed uitgeruste faciliteiten, waaronder speciale muziektherapie-lokalen en diverse instrumenten. (iv) Brede toegankelijkheid: Alle leeftijdsgroepen en diverse problematieken lijken op de een of andere manier toegang te hebben tot muziektherapeutische behandelingen.

Deze positieve bevindingen onderstrepen de waarde van muziektherapie in diverse zorgomgevingen. Aanbevelingen zijn geformuleerd om deze resultaten te gebruiken in onderhandelingen en overleg met beleidsmakers, met als doel de erkenning van de muziektherapeutische discipline te versterken, verdere ontwikkelingen te faciliteren en de verworven positie te consolideren.

Omdat dit een eerste bevraging betreft, is het nog niet mogelijk om specifieke trends of evoluties aan te duiden. Een geplande vijfjaarlijkse herhaling van de bevraging zal de onder-

zoeksgroep muziektherapie van LUCA School of Arts in staat stellen om de ontwikkeling op deze gebieden de komende jaren op te volgen.

Referentie:

- ▶ De Backer, J., Nöcker-Ribeaupierre, M., & Sutton, J. (2014). Music therapy in Europe; The identity and professionalisation of European music therapy, with an overview and history of the European music therapy confederation. In J. De Backer & J. Sutton (Eds.), *The music in music therapy; Psychodynamic music therapy in Europe: clinical, theoretical and research approaches* (pp. 24-36). Jessica Kingsley Publishers.

POSTER P04

■ **Plukboek: Herstellen van Alcohol, Drugs, Gamens of Gokken**

Jani Pestana, Master, Projectmedewerker HerstelAcademie, VAD – Vlaams

Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (i.s.m. HerstelAcademie), Schaarbeek

Caroline Van Holme, Ervaringsdeskundige Netwerk Kwadraat / Sint-Jozefskliniek- Pittem, Samen-leesbegeleider bij De rode Antraciet – diverse gevangenen

Caroline Van Holme, Ervaringsdeskundige Netwerk Kwadraat / Sint-Jozefskliniek- Pittem, Samen-leesbegeleider bij De rode Antraciet – diverse gevangenen

Vanuit het relanceplan Vlaamse Veerkracht werkte VAD samen met de Vlaamse HerstelAcademies en Psyche vzw om het thema verslaving binnen de werking van de HerstelAcademies te verankeren. Deze samenwerking werd gekenmerkt door een sterke co-creatieve benadering door middel van een werkgroep waar VAD met de verschillende HerstelAcademies samenwerkte. Een van de resultaten is het plukboek "Herstellen van alcohol, drugs, gamens of gokken". Dit plukboek is ontwikkeld voor en door trainers van de HerstelAcademie, maar het is eveneens breed inzetbaar binnen de algemene GGZ. Het plukboek is een interactieve PDF vol informatie en methodieken omtrent herstel, omgaan met verslaving, het inzetten van krachten en talenten,... Het kan in verschillende settings gebruikt worden om op een laagdrempelige manier met groepen te werken rond het herstel van alcohol, illegale drugs, gokken of gamens.

Referentie:

- ▶ VAD, HerstelAcademie (2023). *Herstellen van Alcohol, Drugs, Gamens of Gokken*. Brussel, VAD.

POSTER P05

■ **Herstel bij personen met een verstandelijke beperking en complexe ondersteuningsnoden door een middelenverslaving, psychische stoornissen of forensische moeilijkheden**

Nellie Bencherif, Doctorandus met als voorgaande opleiding Master Klinische

Orthopedagogiek, Academisch assistent, Universiteit Gent, vakgroep Orthopedagogiek, Gent

Introductie:

Een review over herstel bij personen met een verstandelijke beperking ontbreekt.

Onderzoeksvragen:

(i) Hoe ervaren personen met een verstandelijke beperking en complexe ondersteuningsnoden door een middelenverslaving, psychische stoornissen of forensische moeilijkheden hun herstelproces? (ii) Welke betekenis geven personen met een verstandelijke beperking en complexe ondersteuningsnoden door een middelenverslaving, psychische stoornissen of forensische moeilijkheden aan de residentie waar zij verblijven tijdens hun herstelproces?

Methode:

Zes databanken werden systematisch doorzocht voor studies naar herstel bij personen met een verstandelijke beperking en een middelenverslaving, psychische stoornissen of forensische moeilijkheden. Engelstalige, peer reviewed studies die gepubliceerd werden vanaf 2005 en minstens deels een kwalitatieve resultatensectie bevatten, werden geïncludeerd. De kwaliteit van de geïncludeerde studies werd gescreend aan de hand van de SRQR. Data synthese gebeurde door thematische analyse.

Resultaten:

Van de 1099 geïdentificeerde studies werden er zeven studies geïncludeerd. De residenties van de participanten variëren van residentiële behandeling tot zelfstandig wonen met ambulante of mobiele ondersteuning. Meer dan de helft van de geïncludeerde studies focust op participanten met een forensisch statuut (n=4). Deze review focust voornamelijk op spanningsvelden die tot uiting komen door de geleefde ervaringen van de participanten, waaronder (i) klinisch herstel van comorbide stoornissen met de aanwezigheid van een verstandelijke beperking, (ii) stigma, normativiteit en identiteit, (iii) autonomie en zelfeffectiviteit in een residentiële setting.

POSTER P06

■ Psychiatrische diagnostiek in het forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek versus in forensisch psychiatrische zorginstellingen: Een casestudy in de medium-security unit van Zelzate

Leen Cappon, PhD, Wetenschappelijk medewerker, PC Sint-Jan-Baptist – ScienceForCare, Zelzate

Het verplichte forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek bij het opleggen van een interneringsmaatregel is met heel wat rechten en plichten omkleed, wat de kwaliteit en eenvormigheid ten goede komt. Niettemin blijft de kritiek hierop groot en heeft dit verslag een grote impact op het leven en de behandeling van de betrokken persoon.

In het forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek is het diagnostische proces cruciaal, want dit bepaalt het verdere behandeltraject. Hoe psychiatrische diagnostiek moet gebeuren, ligt vast in richtlijnen, maar die worden niet optimaal toegepast of beschreven in het deskundigenonderzoek. Hierdoor is een verschil in diagnostische classificatie te verwachten tussen expert-psychiaters en behandelende psychiatrie, die een diagnose stellen na een observatieperiode in een forensisch psychiatrische setting.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verwerven in de eventuele overeenkomsten versus verschillen in deze diagnostische classificaties. Om dit doel te bereiken werden de diagnostische classificaties uit 173 casussen uit de medium-security eenheid van Zelzate

bestudeerd. Het onderzoek toont aan dat er weinig overeenstemming is in diagnostische classificaties van expert-psychiaters en behandelende psychiaters. Verder onderzoek is nodig om verklaringen voor deze verschillen te zoeken. In deze poster worden de bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd.

POSTER P07

■ Medicamenteuze behandeling van ADHD in België

Svetlana Sholokhova, PhD, onderzoeker, CM Studiedienst, Schaarbeek

Objectief: In België bestaat de behandeling van ADHD in de eerste plaats uit een niet-medicamenteuze aanpak. Als er geen verbetering optreedt, kan psychostimulerende medicatie (allereerst methylfenidaat) worden voorgeschreven. Deze studie geeft een overzicht van de medicamenteuze behandeling van ADHD in België in termen van kwaliteit en risicofactoren.

Methode: Onze analyse is gebaseerd op facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering voor jongeren van 6 tot 17 jaar (CM leden). Voor deze groep analyseerden we het gebruik van methylfenidaat, de opvolging door de zorgverleners, de leeftijd van de kinderen, zijn financiële situatie, en de geografische situatie.

Resultaten: In 2022 gebruikt 2,5% van de jongeren methylfenidaat. Eén op de vier kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, blijft in behandeling tot minstens 17 jaar. 41% van de kinderen bezocht geen zorgverlener in de geestelijke gezondheidszorg en slechts 15% kreeg een psychologische behandeling. De kinderen die het meeste risico lopen op medicamenteuze behandeling zijn deze tussen de 10 en 15 jaar en jongens die geboren zijn tussen oktober en december. Er zijn grote verschillen tussen regio's: 2,9% in Vlaanderen, 1,1% in Wallonië en 0,6% in Brussel.

Conclusie: De medicamenteuze behandeling voor ADHD in België blijkt niet optimaal en niet altijd evidence based. Het gebruik van medicatie neemt toe, de behandelduren zijn extreem lang, terwijl het gebrek aan opvolging door professionals in de geestelijke gezondheidszorg voor bijna de helft van de gediagnosticeerde kinderen ontbreekt. De behandelingspraktijk wordt ook sterk beïnvloed door niet-medische factoren als de schooldruk en het gebrek aan toegankelijke psychologische zorg.

Referentie:

- ▶ Storebø, O., Storm, M., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H., . . . Gluud, C. (2023). ethylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database of Systematic Reviews, 3.
- ▶ Sholokhova, S., Cornelis, K. (2024). Medicamenteuze behandeling van ADHD in België. Gezondheid & Samenleving, 8.

POSTER P08

- **Preventie van (her)opname in de ouderenpsychiatrie: de rol van telefonische nazorg en de inzet van een mobiel outreachend team**

Paulien Odent, PhD, Psychologe, Alexianen Zorggroep Tienen, Tienen

Er is heden nog te weinig oog voor de preventie van (her)opnames in de ouderenpsychiatrie. Het kunnen voorkomen dat psychische kwetsbaarheden in die mate toenemen dat een (her)opname onvermijdelijk wordt, draagt nochtans bij tot minder ziektelast bij de patiënt en diens omgeving. Daarenboven kan een financiële meerkost vermeden worden en kunnen wachtlijsten binnen de GGZ verkleind worden. In ons onderzoek wensen we na te gaan in hoeverre 2 initiatieven van Team Ouderen van de Alexianen Zorggroep Tienen (AZT), zijnde (1) telefonische nazorg na residentiële opname en (2) outreachende ouderenpsychiatrische interventies door het mobiel team voor ouderen (MOTO), bijdragen tot minder (her)opnames in de ouderenpsychiatrie. Wat betreft telefonische nazorg gaan we, naast het potentieel opnamevermijndend effect, meer specifiek na hoeveel nazorgtelefoongesprekken nodig zijn om eerder opgenomen patiënten blijvend te laten aanhaken in voorgestelde nazorg enerzijds, en om de bekomen winst op psychisch vlak te behouden anderzijds. We exploreren daarbij in welke mate het gebruik van een meetinstrument helpend is om het psychisch welbevinden systematisch op te volgen en of het delen van deze data met de huisarts de opvolging van de patiënt kan verbeteren. Betreffende de outreachende interventies door MOTO inventariseren we op systematische wijze de tevredenheid van de hulpvragers alsook in welke mate een residentiële opname werd voorkomen na interventie. In deze posterpresentatie brengen wij de eerste onderzoeksresultaten van deze twee onderzoeksluiken.

POSTER P09

- **Let's Talk About SED**

Ongena Aristo, Master orthopedagogiek, Wetenschappelijk medewerker, P.C. Sint-Jan-Baptist, Zelzate

Personen met verstandelijke beperking (VB) zijn internationaal oververtegenwoordigd in de forensische psychiatrie. Aandacht besteden aan de Schaal voor emotionele ontwikkeling (SEO) bij personen met een VB blijkt hierbij onmisbaar te zijn (Ongena & Van De Putte, 2023). De SEO is de laatste jaren internationaal uitgegroeid tot een sleutelbegrip, maar heeft nog enkele uitdagingen naar cliëntenparticipatie en implementatie in de forensische zorg. Dit doctoraatsonderzoek wil op dit hiaat een antwoord bieden.

De hypothese hierbij is dat we huidige SEO moeten aanpassen en dat visualisatie, storytelling en spelvormen hierbij essentieel zullen zijn. Eén deel van het onderzoek richt zich op methodieken ontwikkeld om het persoonlijk verhaal van de cliënten rond emotionele ontwikkeling te capteren via methodieken die de cliënt zelf graag gebruikt, zoals photovoice, kunst, drama, muziek,... In het tweede deel, wordt de theorie van emotionele ontwikkeling gevisualiseerd. Hierbij wordt van bestaande SEO instrumenten vertrokken om zo ondersteunende tools te kunnen gebruiken in het praten met cliënten over emotionele ontwikkeling. Uiteindelijk dienen beide delen (nl. het persoonlijk verhaal van de cliënt en de 'theoretische

sche' vertaalslag van emotionele ontwikkeling) tot synthese te komen om zo participatie op maat te realiseren. Ook wordt onderzocht hoe het meer betrekken van cliënten en familieleden in emotionele ontwikkeling de levenskwaliteit en behandeltrajecten beïnvloedt.

Referentie:

- ▶ Ongena, A., & Van De Putte, C. (2023). De invloed van Anton Došens gedachtegoed op forensische zorg. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/375689762_De_invloed_van_Anton_Dosens_gedachtegoed_op_forensische_zorg

POSTER P10

■ Ontvluchtelingen en onttrekkingen vanuit de FPCs

Inge Jeandarme, *Psychiater, Hoofdgeneesheer, FPC Antwerpen, Antwerpen*

Het stapsgewijs toekennen van vrijheden is een essentieel onderdeel van herstel voor geïnterneerde patiënten. In het geval van geïnterneerden met een hoge beveiligingsnood zoals de patiënten die in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) verblijven, is dit echter geen evidentie. Bij elke uitgang bestaat immers een risico op onttrekking aan toezicht en eventueel nieuw delictgedrag.

In de huidige studie werd gedurende acht jaar elke onttrekking (d.i. een ongeoorloofde afwezigheid bij een vooraf toegestane vrijheid) en elke ontvluchting (d.i. een ongeoorloofde afwezigheid vanuit het beveiligd FPC) vanuit een FPC geanalyseerd. Er werd gekeken naar prevalentie, duur, motieven en incidenten tijdens de ongeoorloofde afwezigheid en eventuele predictoren. Gedurende de studieperiode waren er 59 ongeoorloofde afwezigheden, wat een laag percentage (0,2%) vertegenwoordigt in verhouding tot het totale aantal toegekende vrijheden. De mediane duur van de ongeoorloofde afwezigheid was één dag. De ongeoorloofde afwezigheden gebeurden uit frustratie (61,1%) of met een duidelijk doel zoals gebruik van drugs (33,3%). Een ongeoorloofde afwezigheid was geassocieerd met het hebben van een persoonlijkheidsstoornis, een comorbide stoornis in middelenmisbruik, en het aantal veroordelingen.

De studie toont aan dat toegekende vrijheden slechts zeer beperkt leiden tot een ongeoorloofde afwezigheden en zelden gepaard gaan met nieuwe geweldsdelicten.

Referentie:

- ▶ Jeandarme, Vandenbosch, Boucké, Dekkers, Goktas, & Vanhopplinus (2023). Hospital break. An eight-year review of escapes and absconds from two high security forensic centers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101886>.

POSTER P11

- **Residentiële behandeling van seksueel delinquenten in Vlaanderen: wat weten wij over recidive?**

Inge Jeandarme, PhD, MD, Psychiater, PZ Asster, Zoutleeuw

In Vlaanderen zetten decennialang verschillende residentiële centra in op behandeling van zedendelinquenten met het oog op het voorkomen van nieuwe slachtoffers. Het is van belang om de effecten van dergelijke behandelingen ook empirisch te onderzoeken, niet alleen ter bescherming van de maatschappij maar ook voor de daders die deze behandelingen ondergaan. De huidige studie beoogt officiële recidivecijfers aan de hand van het Centraal Strafregister in kaart te brengen voor de patiënten die een residentiële behandeling ondergingen in PZ Asster, PC St Amandus Beernem of St Lucia St Niklaas – instellingen die zich specifiek richten op de doelgroep seksueel delinquenten in Vlaanderen. De volgende onderzoeksvragen worden in deze bijdrage behandeld:

Wat is de prevalentie van seksuele recidive en algemene recidive bij behandelde zedendelinquenten?

Is er een afname in de delictdensiteit bij de seksuele delicten na in vergelijking met voor behandeling?

Is er een afname in delicternst bij de seksuele delicten na in vergelijking met voor behandeling?

POSTER P12

- **LuisterGenoten, een luisterlijn van en voor lotgenoten**

Annemie Berckmans, Master, Vrijwillig coördinator LuisterGenoten, UilenSpiegel vzw, Brussel

Nadia Mahjoub, Master, Communicatiemedewerker, UilenSpiegel vzw, Brussel

De GGZ heeft duizenden kamers waarin pijnlijke verhalen worden gebracht, verdriet wordt gedeeld, ziekte en dood worden betreurd. LuisterGenoten is één van deze kamers.

13/03/2020 was niet enkel de start van de corona lockdown; het was ook de geboortedag van een nieuw project binnen UilenSpiegel vzw: een luisterlijn, bemand door mensen die zelf een psychische kwetsbaarheid meedragen, “ervaringswerkers” dus. Empathische mensen, die ver genoeg gevorderd zijn in hun eigen herstelproces, die met voldoende veerkracht in het leven staan. Al onze lotgenotengroepen vielen noodgedwongen stil door corona, en er was behoefte aan een alternatief. Het project LuisterGenoten – een bellijn en chatbox – werd opgestart door een aantal enthousiaste vrijwilligers en draait nog steeds 100% op vrijwilligers. Zij worden ondersteund door interviews en vormingen waar ze handvaten aangereikt krijgen om hun mooie maar soms zware taak te kunnen uitoefenen. Veel bellers en chatters zijn eenzaam, missen sociale contacten, en bellen voor een goed gesprek. Er bellen ook mensen die kampen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid. Als LuisterGenoot kan je echt het verschil maken voor een beller/chatter. De meesten ervaren het gesprek als zinvol en hoopvol, en bedanken ons écht. Deze erkenning geeft voldoening en zorgt ervoor dat dit maatschappelijk relevante project er na vier jaar nog steeds staat. De poster zal een overzicht geven van de werking en de evolutie van dit authentiek project.

POSTER P13

- **Ontwikkeling van de BelRAI Detentie Screener**

Laura Bex, Master – postgraduaat, klinisch psycholoog – onderzoeker, OPZC Rekem – KeFOR, Rekem

Evelien Moors, Wetenschappelijk medewerker, LUCAS KU Leuven – Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy, Leuven

Introductie van een nieuw ontwikkeld screeningsinstrument voor Belgische gevangenis. De UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners uit 2015, stellen dat de kwaliteit van zorg voor alle gedetineerden gelijkwaardig moet zijn aan die voor personen die in de samenleving leven. Dit omvat het uitvoeren van een systematisch uitgebreide gezondheidsbeoordeling wanneer een persoon de gevangenis binnenkomt. In opdracht van de Belgische federale overheid werd een BelRAI Screener voor de detentiecontext ontwikkeld. Het doel van dit tweedelig screeningsinstrument is om alle informatie te verzamelen die nodig is voor zorgverleners binnen de gevangenis om te beslissen of een penitentiair zorgtraject nodig is.

Om te bepalen welke items nodig waren voor de ontwikkeling van een BelRAI Screener voor detentie, werd een scoping review uitgevoerd om inzicht te krijgen in de bestaande internationale screeningsinstrumenten en om terugkerende topics te identificeren. Ten tweede werden 10 experts bevraagd over hun mening over de items die deel moesten uitmaken van het screeningsinstrument. Ten derde werd het interRAI-beoordelingssysteem onderzocht om interRAI-items te selecteren die de zorgbehoeften adequaat in kaart brengen. Ook moesten enkele nieuwe items worden ontwikkeld. Tot slot werd de conceptversie van de BelRAI Screener Detentie besproken met de 10 experts. Op basis van hun input werd de pilootversie van het instrument afgerond.

Het screeningsinstrument omvat vier secties: medische voorgeschiedenis, fysieke gezondheid, indicatoren en gedrag van geestelijke gezondheid en sociale zorgbehoeften. De psychometrische eigenschappen, de bruikbaarheid, haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de BelRAI Detentie instrumenten zullen worden getest in zes Belgische gevangenis.

Referentie:

- ▶ *Moors, E., Bex, L., De Cuyper, K., Jeandarme, I., Habets, P., & Declercq, A. (2023). Development of a BelRAI Screening Instrument For Correctional Facilities - Preparatory Phase For Testing.*

POSTER P14

- **Polaris, dagkliniek voor mensen met bipolaire stoornis: terug – en vooruitkijken**

Sabina Wyckaert, Psychiater, UPC KULEUVEN, Kortenberg

Waarom

- Bipolaire stoornis is een ernstige aandoening
- Bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door een hoog hervalrisico
- Behandeling van een bipolaire stoornis vraagt expertise.

- Behandelresistentie zowel farmacologisch als psychotherapeutisch neemt toe met de duur van de aandoening en het aantal recurrences.
- Bipolaire stoornis kent een uitgesproken familiaal voorkomen. Blootstelling aan een ouder met de stoornis verhoogt risico op manifestatie van de eigen genetische kwetsbaarheid.
- De complexiteit van de aandoening bemoeilijkt diagnose en vertraagt adequate behandeling.
- Verlies aan ziekte-inzicht tijdens de manische episode verhoogt risico op escalatie en noodzaak tot grijpen naar dwangmaatregelen.
- Slechte ervaringen met crisisopnames verhogen de weerstand tegen hulp zoeken
- Opnames staan vaak het garage-model voor tzt “kort onderhoud” (crisisinterventie).

Hoe

- Polaris betracht zo vroeg mogelijk in de crisis te werken rond veiligheid in overlegde regie en investeert in therapeutische band zonder afscherming van de buitenwereld.
- Een onthaalgesprek is laagdrempelig, de enige voorwaarde is lijden aan een aandoening binnen het bipolaire spectrum, enigszins kunnen samenwerken en aanwezigheid op de dagkliniek (progressief) kunnen waarmaken. De aanwezigheid van een mantelzorgverlener op het onthaalgesprek betekent een meerwaarde.
- Het behandelmodel is gebaseerd op het Interpersonal-Social Rytme Therapy model van Professor Ellen Frank, vertaald naar de behandelsetting en gericht op groepswerking.
- In de onthaalfase is crisisopvang, veiligheid en vooral contact maken cruciaal naast reeds lege artis streven naar symptoomcontrole in voortdurend wederzijds overleg.
- In de stabilisatiefase (3 tot maximum 6 maanden) wordt gewerkt rond kennis krijgen over de ziekte en zicht krijgen op eigen verloop, eigen symptomen, persoonlijke triggers, behulpzame strategieën.
- Door gebruik te maken van zelfregistratietools wordt een niet-oordelende dialoog op gang gebracht over ‘wat er gebeurt’. Deze tools geven een sterke visuele overlook over de tijd, waardoor vanuit de disruptie door episodes terug naar een beleving van continuïteit kan gekomen worden: van waar komen we, waar staan we nu, waar gaan we heen?.
- Parallel met de stabilisatieperiode wordt gewerkt aan een gepersonaliseerd preventieplan. Het uiteindelijke preventieplan wordt bij voorkeur met hen gedeeld.
- De groepswerking is ons inziens een versterkend gebeuren.
- Rouw en acceptatie lopen als een rode draad doorheen een opname. Van daaruit kan men terug aan ‘verder’ beginnen denken.

Velen onder onze patiënten uiten een grote tevredenheid, en slagen er in om tijd voor hun herstelproces te durven nemen. Vallen, opstaan en anders doorgaan. Ze vertellen ons dat weten dat er een Polaris voor wanneer het toch weer te moeilijk zou worden hen rust geeft.

index van sprekers

| naam | voornaam | bijdrage | pagina |
|------------|---------------|----------|--------|
| Aerden | Elise | S08.2.2 | 35 |
| Albert | Nathalie | U05.5 | 10 |
| Ang | Winy | W01.1 | 91 |
| Aristo | Ongena | M10.1 | 126 |
| | | M15.3 | 135 |
| Balcer | Marly | M01.2 | 111 |
| Bauwens | Karen | S20.1. | 59 |
| Beames | Joann | S01.3 | 22 |
| Beckers | Willem | M09.4 | 125 |
| Beeckmans | Kurt | S29.23 | 76 |
| Beheydt | Lieve | M15.1 | 134 |
| Belge | Jean Baptiste | S17.1 | 53 |
| Bemelmans | Lise | D06 | 17 |
| Ben Driss | Redouane | S27.3 | 74 |
| Berghmans | Ellen | S31.3 | 79 |
| Bervoets | Chris | S21 | 61 |
| | | S21.2 | 62 |
| Bex | Laura | S35.4 | 85 |
| Biront | Mathilde | M03.3 | 116 |
| Bisback | Athina | M13.1 | 131 |
| Bleyen | Kristel | S33.2 | 81 |
| Blondeel | An | M17.2 | 139 |
| Bluekens | Stijn | S22.1 | 63 |
| Bockting | Claudi | K01 | 7 |
| Boets | Bart | S21.2 | 62 |
| Boiy | Jelissa | S18 | 54 |
| Bonnier | Rafaël | S01.2 | 22 |
| Boonstra | Maaïke | D03 | 14 |
| | | S24.3 | 67 |
| Boschmans | Katleen | D06 | 17 |
| Bosmans | Guy | S20 | 58 |
| Bosmans | Guy | S20.0 | 58 |
| Bosmans | Guy | S20.2 | 59 |
| Bracke | Piet | U03 | 9 |
| Brancart | Xenia | W30 | 107 |
| Broeckmans | Tom | S07.2 | 34 |
| Bruffaerts | Ronny | S02.2 | 34 |
| | | S23 | 64 |
| | | S36.3 | 87 |
| | | W24 | 104 |

| | | | |
|---------------|-----------|---------|-----|
| Buyens | Bart | D03 | 14 |
| | | S24.3 | 67 |
| Callebert | Ann | U05 | 10 |
| Cappon | Leen | M09.1 | 124 |
| | | S10 | 38 |
| | | S10.0 | 38 |
| | | S10.1 | 39 |
| Castelijns | Paul | W17 | 100 |
| Catthoor | Kirsten | U01 | 8 |
| Cavatorti | Rinaldo | D07 | 18 |
| Christoffels | Theo | W02 | 91 |
| Claes | Laurence | S25.1 | 68 |
| Claesen | Hannelore | D06 | 17 |
| Claessens | Joke | S03 | 26 |
| Claeys | Eva | M04.2 | 117 |
| Claus | Lukas | S27.2 | 74 |
| Colemont | Patrick | M11.4 | 129 |
| | | S32 | 79 |
| | | S32.0 | 79 |
| Constandt | Bram | S06.2 | 32 |
| Creten | Jasmijn | S20.4 | 60 |
| Creupelandt | Hanne | W08 | 95 |
| Danckaerts | Marina | S25.4 | 70 |
| Dasseville | Freya | M08.1 | 122 |
| De Backer | Lieve | M07.1 | 120 |
| De Backer | Heléni | S07.1 | 33 |
| De Baecke | Hanna | S36.4 | 88 |
| De Boeck | Minne | S12 | 43 |
| | | S12.1 | 43 |
| De Ceuster | Chris | W19 | 101 |
| De Coster | Liesbeth | D05 | 16 |
| De Fruyt | Jürgen | D07 | 18 |
| De Grave | Jo | W21 | 102 |
| De Greef | Johan | S11.3 | 42 |
| De Keukeleere | Sarah | M01.4 | 112 |
| De Keyser | Nele | S10.4.1 | 41 |
| De Lepeleire | Jan | S26 | 71 |
| | | S26.3 | 72 |
| De Meyer | Florian | S19.3 | 57 |
| De Meyere | Jana | W10.1 | 96 |
| De Moor | Tineke | D07 | 18 |
| De Moor | Céline | S12.3 | 44 |

| | | | |
|-------------|-----------|-------|-----|
| Demunter | Hella | W24 | 104 |
| De Neve | Leen | S04.1 | 28 |
| De Raedt | Rudi | S09 | 36 |
| De Roey | Laura | W18.2 | 100 |
| De Roo | Vanessa | W24.3 | 104 |
| De Ruyscher | Clara | S19.1 | 56 |
| De Thurah | Lena | S14.2 | 47 |
| De Troy | Dirk | M07.3 | 121 |
| De Vleminck | Jens | M09.2 | 124 |
| De Vlieger | Steve | S04.4 | 29 |
| De Vos | Greet | M17.3 | 139 |
| De Wilde | Bieke | M03.3 | 116 |
| | | M04.1 | 116 |
| De Wit | Patrick | D01.1 | 13 |
| Declercq | Emmanuel | K02 | 7 |
| Decru | Joke | M08.3 | 123 |
| Dehaene | Lucia | S27 | 73 |
| Delespaul | Philippe | D04 | 15 |
| | | M18.1 | 140 |
| Delfosse | Lynn | W03 | 92 |
| Dellink | Annelies | S16.3 | 52 |
| Demuynck | Koen | S02.6 | 26 |
| | | S23.4 | 66 |
| | | S36.4 | 88 |
| Depoorter | Jente | S09.1 | 37 |
| Depoortere | Eva | S13.3 | 45 |
| Depraetere | Marijn | M14.4 | 134 |
| Depreeuw | Barbara | S09.2 | 37 |
| Derison | Toon | S24.0 | 67 |
| Deschryvere | Joren | S21.4 | 62 |
| Desmet | Sofie | S27.1 | 73 |
| Destoop | Marianne | S31 | 78 |
| | | U02 | 8 |
| Devacht | Ilse | S20.4 | 60 |
| Devillé | Rik | U01 | 8 |
| Devloo | Karliën | M08.2 | 123 |
| Dhooghe | Freek | D05 | 16 |
| Doclo | Emmanuel | W06 | 94 |
| Docx | Lise | S31.4 | 79 |
| Du Bois | Stéphanie | S04.3 | 29 |
| Dumon | Eva | S30.2 | 77 |
| Eggermont | Noémie | W06 | 94 |

| | | | |
|-------------------------|------------|---------|-----|
| Eggers | Eva | S07.3 | 34 |
| Evenepoel | Hanne | S24.4 | 67 |
| Faelens | Lien | W16 | 99 |
| Gabriela Jimenez Garcia | Berenice | S29.3 | 76 |
| Gauwloos | Tatjana | S09.3 | 36 |
| Geeraert | Robert | W14 | 98 |
| Geeraerts | Gilles | S03.4 | 27 |
| Geys | Berdien | D06 | 17 |
| Gezels | Liselotte | S17.2 | 53 |
| Goethals | Ilse | S24.4.1 | 67 |
| Govaerts | Wim | S03.2 | 27 |
| Goyens | Mieke | M01.2 | 111 |
| Guldentops | Christel | M14.3 | 133 |
| Habets | Petra | S35.2 | 85 |
| Hebbrecht | Marc | S33 | 80 |
| | | S33.4 | 82 |
| Heeren | Egon | W02.2 | 91 |
| Heimans | Henri | U01 | 8 |
| Hellemans | Eline | M12.1 | 129 |
| Henderick | Stijn | M05.2 | 118 |
| Hens | Ann | S08.3.1 | 36 |
| Hermans | Filip | D02 | 14 |
| Heyse | Sarah | S34.3 | 83 |
| Hoefnagels | Goedele | S08 | 35 |
| | | S08.4 | 36 |
| Hoing | Katleen | S05 | 29 |
| | | S05.1 | 30 |
| | | S05.4 | 31 |
| Illegems | Jela | M03.2 | 115 |
| Impe | Pieter | S03.1 | 26 |
| Jansen | Leontien | S23.4 | 66 |
| | | S36 | 86 |
| | | S36.2 | 86 |
| Janssen | Jorinde | M17.4 | 140 |
| Janssens | Veerle | M14.1 | 133 |
| Janssens | Julie | S25.2 | 69 |
| Jeandarme | Inge | S35.2 | 84 |
| Jeannin | Rozemarijn | S23.3 | 65 |
| Jeurink-Luiten | Daisy | W25 | 105 |
| Joostens | Peter | D02 | 14 |
| | | S18.4 | 55 |

| | | | |
|------------|-----------|-------|-----|
| Kaesemans | Gorik | S02.1 | 24 |
| | | W24 | 104 |
| Keuppens | Danny | U6 | 10 |
| Keuppens | Warre | U6 | 10 |
| Kiekens | Glenn | S14.4 | 48 |
| | | S25.1 | 68 |
| Kirtley | Olivia | S25 | 68 |
| | | S25.3 | 69 |
| Kubicek | Camille | W24 | 104 |
| Lambeets | Kim | S11.2 | 42 |
| Lambrechts | Martine | S33.1 | 80 |
| Laureys | Suzan | S04.2 | 28 |
| Le Blon | Mieke | D03 | 14 |
| Leroy | Bart | S32.2 | 80 |
| Leys | Mark | S02.4 | 25 |
| Libbrecht | Bruno | M17.1 | 138 |
| Liégeois | Axel | S26.1 | 71 |
| Lisaerde | Jef | D05 | 16 |
| Luyten | Laura | S21.2 | 62 |
| Maes | Frank | M03.1 | 115 |
| Maes | Tine | M16.3 | 138 |
| Magiels | Geerdt | S32.1 | 79 |
| Manteleers | Michiel | M15.2 | 135 |
| Martens | Nicolaas | D01 | 13 |
| Martens | Klaas | S07.1 | 33 |
| Matthys | Frieda | D02 | 14 |
| | | S06 | 32 |
| | | S06.3 | 33 |
| | | S18.3 | 55 |
| | | S24 | 66 |
| Mees | Vic | U01 | 8 |
| Migchels | Charlotte | M12.2 | 130 |
| Miseur | Goedele | M05.1 | 118 |
| Missotten | Lies | S27.1 | 73 |
| Moers | Karolien | W07 | 94 |
| Moons | Ludmilla | M09.3 | 125 |
| | | S20.1 | 59 |
| | | S20.4 | 60 |
| Morisse | Filip | S04 | 28 |
| Morrens | Manuel | S16 | 50 |
| | | U04 | 9 |

| | | | |
|--------------|-----------|---------|-----|
| Morsink | Sarah | S36.1 | 86 |
| Myin-Germeys | Inez | S01 | 21 |
| | | S01.1 | 21 |
| | | S14 | 46 |
| | | S25.2 | 68 |
| Nijs | Els | U05 | 10 |
| | | W28 | 107 |
| Nobels | Anne | M02.1 | 113 |
| Noorduyn | Chris | S27.3 | 74 |
| Nyssen | Joke | M07.2 | 121 |
| Pauwels | Greet | S15.4 | 50 |
| Pauwels | Kirsten | S30 | 77 |
| | | S30.1 | 77 |
| Pauwelyn | Joke | W04 | 93 |
| | | W08 | 95 |
| Peeters | Dirk | D01 | 13 |
| Peeters | Helga | D06 | 17 |
| Petit-Jean | Anna | S22.2 | 63 |
| Peuskens | Hendrik | S18.2 | 55 |
| Platteau | Jeroen | D05 | 16 |
| Plessers | Bert | U05 | 10 |
| Portzky | Gwendolyn | S02.5 | 25 |
| | | S25.3 | 69 |
| Pouille | Aline | S10.2 | 40 |
| Pouls | Claudia | S35.3 | 85 |
| Prinsier | Céline | M11.1 | 127 |
| Raymaekers | Anke | M14.2 | 133 |
| Renders | Hellen | D06 | 17 |
| Richter | Wibke | S11.4 | 42 |
| Rietberg | Tim | S16.1 | 51 |
| Rochette | Kristien | M10.2 | 126 |
| Roose | Sophie | S08.4 | 36 |
| Rowaert | Sara | S10.1 | 39 |
| Santens | Tara | S20.3 | 60 |
| Santens | Els | S34 | 82 |
| | | S34.1 | 82 |
| Schalenbourg | Carolien | S11.1 | 42 |
| Schoofs | Lieve | D03 | 14 |
| Schrijvers | Didier | S17 | 52 |
| Schryvers | Marleen | S08.4.1 | 36 |
| Schuerwegen | Alana | S12.2 | 43 |
| Sels | Britt | S08.2.1 | 36 |
| | | W05 | 93 |

| | | | |
|----------------|-----------|---------|-----|
| Serifova | Xena | S21.2.1 | 62 |
| Sillis | Famke | M02.3 | 114 |
| Skorobogatov | Katrien | S29 | 75 |
| Soetewey | Lotje | W23 | 104 |
| Steeman | Kim | S10.3 | 40 |
| | | S15 | 49 |
| | | S15.1 | 49 |
| Steurs | Wendy | S08.4 | 36 |
| Struyven | Indra | M09.2 | 124 |
| Stulens | Kris | S24.2 | 67 |
| Sturm | Nico | U01 | 8 |
| Tegenbos | Guy | U05 | 10 |
| Tomlinson | Peter | S19.2 | 57 |
| Uyttbroek | Lotte | S14.1 | 46 |
| Van Audenhove | Chantal | S32.3 | 80 |
| Van Beylen | Kim | W11 | 97 |
| Van Bulck | Vicky | M13.3 | 132 |
| Van Dalfsen | Arjen | D01.3 | 13 |
| Van de Velde | Kristel | W28 | 107 |
| Van de Vliet | Laura | S27.2 | 74 |
| | | W01 | 91 |
| Van de Walle | Marlies | M01.1 | 111 |
| van den Aemele | Ruben | M01.1 | 111 |
| van den Aemele | Seline | S27.2 | 74 |
| | | W01 | 91 |
| Van den Bril | Lara | W18.1 | 100 |
| Van den Broeck | Kris | S02.3 | 25 |
| | | S07 | 33 |
| Van den Cruyce | Nele | M11.3 | 128 |
| Van Den Eede | Filip | D01 | 13 |
| | | S29.2 | 75 |
| Van den Eynde | Liese | S17.3 | 54 |
| Van der Donck | Stephanie | S21.2 | 62 |
| Van Der Sypt | Frederick | S18.1 | 55 |
| Van Deun | Paul | W22 | 103 |
| Van Eldere | Laura | S23.1 | 65 |
| Van Ginkel | Nele | M04.1 | 116 |
| Van Gysel | Louise | S10.2.1 | 40 |
| Van Havere | Nicky | M04.3 | 117 |
| Van Hecke | Isabelle | S08.1 | 35 |
| Van Lierde | Katrien | S04.2 | 28 |
| Van Lierde | Elke | S05.2 | 30 |
| | | S05.3 | 31 |

| | | | |
|-----------------|----------|---------|-----|
| Van Look | Katrijn | W23.1 | 104 |
| Van Looveren | Sanne | D03.4 | 14 |
| Van Oost | Nathalie | M01.3 | 112 |
| Van Raes | Eveline | S25.4 | 70 |
| Van Reeth | Mieke | M05.1 | 118 |
| Van Reeth | Esther | S26.2 | 71 |
| Van Schoors | Marieke | S05.2 | 30 |
| | | S05.3 | 31 |
| Van Suetendael | Luna | S31 | 78 |
| Van Vlierberghe | Leen | S05.4 | 31 |
| | | S10.3 | 40 |
| | | S20.2 | 59 |
| | | S20.3 | 60 |
| Van Waldeck | Elias | M01.4 | 112 |
| Van Wetter | Dag | S11 | 41 |
| | | S11.0 | 41 |
| van Winkel | Ruud | D05.3 | 16 |
| Vandekerckhove | Julie | S15.2 | 49 |
| Vandenbergh | Joris | S13 | 44 |
| | | S13.0 | 44 |
| Vandenbussche | Lies | S30.3 | 77 |
| Vandensteen | Fabienne | S03.3 | 27 |
| Vandensteen | Jochen | U05 | 10 |
| Vanderbeke | Brenda | W30 | 107 |
| Vanderhofstadt | Sarah | W17 | 100 |
| Vanderplasschen | Wouter | S19 | 56 |
| | | D02 | 14 |
| Vandevoorde | Cathy | S34.1 | 83 |
| Vanham | Geert | D02 | 14 |
| Vanhie | Thijs | S13.1 | 45 |
| Vansteenkiste | Tom | M07.1 | 120 |
| Vansteenkiste | Tom | S24.2 | 67 |
| Varewyck | Daisy | S22 | 63 |
| | | S22.3 | 64 |
| Vastmans | Nele | M10.2 | 126 |
| Vercamer | Marieke | M01.3 | 112 |
| Vercammen | Isabel | M02.3 | 114 |
| Verdegem | Sofie | S13.2 | 45 |
| Verelst | Jolien | S08.1.2 | 35 |
| Verhaert | Leen | S24.1 | 67 |
| Verheyen | Els | M11.2 | 128 |

| | | | |
|-------------|-----------|-------|-----|
| Verledens | Chelsea | S23.2 | 65 |
| Verlinden | Kim | W26 | 106 |
| Vermeulen | Marthe | W09 | 95 |
| Vermeulen | Tom | W20 | 102 |
| Vermeylen | Sara | M09.3 | 125 |
| Verschueren | Sophie | M13.2 | 131 |
| Verstraete | Emma | S21.1 | 61 |
| Vits | Gert | W26.1 | 106 |
| Vonck | Lore | S30.4 | 78 |
| Voorspoels | Wouter | S07.3 | 34 |
| Vos | Kristen | S34.2 | 83 |
| Vrancken | Bruce | M16.1 | 137 |
| | | M16.2 | 137 |
| Waelbers | Grete | S33.3 | 81 |
| Wanseele | Charlotte | W10 | 96 |
| Warlop | Isaac | M02.2 | 114 |
| Weermeijer | Jeroen | S14.3 | 47 |
| Wessa | Céline | S16.2 | 51 |
| Willemen | Ronny | S06.1 | 32 |
| Willems | Ruben | M06.2 | 119 |
| Wouters | Sirri | S21.3 | 62 |
| Wouters | Alona | S31.2 | 78 |
| Wuyts | Yves | S02 | 24 |
| Zerrouk | Amine | S19.4 | 57 |
| Zeynep | Akcaoglu | S01.4 | 23 |

| GEBOUW Q | | | | | | GEBOUW S | GEBOUW R | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|---|---|---------|-------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|---|---|--|--|
| zaal | Aula F. Nédée | Promotiezaal | Q.003 | Hal | Foyer | gelijkvloers | | | | | eerste verdieping | | | | | | | | |
| plaats | 600 | 150 | 50 | | | S1 | R0.08 | R0.09 | R0.13 | R0.14 | R0.19 | R1 | R2 | R3 | R4 | R1.01 | R1.03 | R1.04 | R1.09 |
| 09u00 | onthaal | | | | | | | | | | onthaal | | | | | | | | |
| 09u45 | Opening | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10u00 | K1 De mens in de hedendaagse leefomgeving, impact op mentale gezondheid & implicaties voor behandeling <i>Bockting</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11u00 | koffiepauze | | | | | | | | | | koffiepauze | | | | | | | | |
| 11u30 | | D01 | M01 | standen | | S01 | W01 | W02 | W03 | W04 | W05 | S02 | S03 | S04 | S05 | S06 | M02 | M03 | W06 |
| 11u45 | U1 Out of the box. Buiten de comfortzone <i>H. Heymans, R. Devillé, N. Sturm, V. Mees, K. Catthoor</i> | Hebben we in Vlaanderen nood aan medisch-psychiatrische units voor de gecombineerde somatische en psychiatrische zorg? <i>Van Den Eede</i> | Forensische zorg I van den Aemele, Goyens, Van Oost, De Keukeleere, Van Waldeck | | | Negatieve symptomen van psychose <i>Germeys</i> | Toewerken naar een inclusieve GGZ: Ik voel me begrepen en mag zijn wie ik ben van den Aemele, Ang, Van de Vliet E&E | Algemeen welzijnswerk: eerste en/of laatste lijn? <i>Christoffels</i> | Eerste hulp bij slaap: de gedragsmatige aanpak van slaapkachten en insomnie <i>Delfosse</i> | Afbouwen van langdurig gebruik van antidepressiva <i>Pauwelyn, Creupelandt</i> | Multidisciplinair Psychologisch Overleg in de Eerste Lijn <i>Sercu</i> | Public mental health monitor Zorgnet-Icuro <i>Wuyts</i> | Hoe psycho-educatie integreren in hedendaagse verslavingszorg? <i>Geeraerts</i> | Nabije zorg: mobiele geestelijke gezondheidszorg aan (jong) volwassenen met een verstandelijke beperking <i>Morisse</i> | Opgroeien in bijzondere omstandigheden: het belang van veerkracht-ondersteuners <i>Hoing E&E</i> | Gokken, wie wordt er rijk van? <i>Matthys</i> | Ouderen <i>Nobels, Tops, Warlop, Vercammen, Sillis</i> | Persoonlijkheidsdimensies <i>Maes, Illegems, De Wilde</i> | Sociotherapie en groepswerking: dicht, dicht, dichtst? <i>De Borre</i> |
| 13u00 | lunch | | | | | | | | | | lunch | | | | | | | | |
| 14u00 | | D02 | M04 | standen | | S07 | W07 | W08 | W09 | W10 | W11 | S08 | S09 | S10 | S11 | D03 | M05 | M06 | S12 |
| 14u15 | U2 Complexe zorg-noden <i>Marianne Destoop</i> | Inkanteling van verslavingszorg in de GGZ, quo vadis? <i>Joostens</i> | Jongeren <i>De Wilde, De Smet, Claeyns, Van Havere</i> | | | Data Capabilities: Delen van informatie <i>Van den Broeck E&E</i> | Traumasensitief werken in een samenleving van beeldende, bewegings- en muziektherapie <i>Moers</i> | Slaapklachten in de huisartspraktijk: afbouw benzodiazepines <i>Pauwelyn</i> | Hostilia, een edugame rond omgaan met agressie voor zorgverleners <i>Vermeulen</i> | Herstelgericht werken met de sixties revolutionaire generatie <i>De Meyere</i> | Werken aan jezelf in de natuur - laagdrempelige hulpverlening met een grote rijkdom <i>Van Beylen</i> | Aparte zorg, das toch te gek! Inklusie van verstandelijke beperking in de GGZ <i>Hoefnagels</i> | Emotieregulatie in de spotlight: Transdiagnostische perspectieven op stemmingsstoornissen <i>De Raedt</i> | (Familie)ervaringsdeskundigheid in de forensische geestelijke gezondheidszorg <i>Cappon</i> | Onderweg met Open Dialogue <i>Schalenbourg</i> | Hoe lokaler georganiseerd, hoe toegankelijker het aanbod <i>Boonstra E&E</i> | Zingeving <i>Miseur, Van Reeth, Henderick</i> | Huisartsenpraktijk <i>Willems, Vercammen</i> | Stop it Now! voor naasten: hoe draagt ondersteuning van naasten bij aan de preventie van seksueel kindermisbruik? <i>De Boeck E&E</i> |
| 15u30 | koffiepauze | | | | | | | | | | koffiepauze | | | | | | | | |
| 16u00 | | Documentaire | M07 | standen | | S13 | W14 | | S14 | S15 | S16 | S17 | S18 | M08 | M09 | | | | |
| 16u15 | U3 Tussen brein & onbehagen <i>Piet Bracke E&E</i> | 'Dag Ma' <i>Marie De Hert, Ellen Pollard</i> | Samenleving Vansteenkiste, Nyssen, De Troy | | | Reakiro: een zorgmodel voor mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens omwille van ondraaglijk psychisch lijden <i>Vandenbergh</i> | Geïntegreerde zorg aan ouderen met psychische stoornissen <i>Geeraert</i> | | Digitale interventies in de Geestelijke Gezondheidszorg: Op Weg naar Gepersonaliseerde Zorg <i>Germeys</i> | Een familie-vriendelijke cultuur als basis voor inzet en betrokkenheid familie <i>Steeman</i> | Immuno-psychiatrie en gepersonaliseerde behandelingen van depressies <i>Morrens</i> | Elektroconvulsie-therapie: onderzoek naar en in de klinische praktijk <i>Schrijvers</i> | Tendensen binnen midden-gebruik: impact op de praktijk <i>Boiy</i> | Non-verbale therapie <i>Devloo, Dasseville, Decru</i> | Ouders & K/J <i>Cappon, Vermeylen, Moons, Vlemink, Beckers</i> | | | | |
| 17u30 | receptie | | | | | | | | | | receptie | | | | | | | | |
| 19u00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

K/U = lezing
D = discussie
M = mededelingen
S = symposium
W = workshop

| GEBOUW Q | | | | | | GEBOUW S | GEBOUW R | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---------|---------|---|--|---|---|--|--|--|---|--|---|---|---|---|---|
| zaal | Aula F. Nédée | Promotiezaal | Q.003 | Hal | Foyer | gelijkvloers | | | | | eerste verdieping | | | | | | | | |
| plaats | 600 | 150 | 50 | | | S1 | R0.08 | R0.09 | R0.13 | R0.14 | R0.19 | R1 | R2 | R3 | R4 | R1.01 | R1.03 | R1.04 | R1.09 |
| 09u15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09u30 | U4 Precisie Psychiatrie <i>Manuel Morrens</i> | D04 Burger- bewegingen: partners voor een noodzakelijke innovatie in de GGZ <i>Delespaul</i> | M10 Forensische Zorg II <i>Ongena, Rochette, Naegels, Coense, Goethals</i> | standen | posters | D05 Psychose en trauma bij jongeren, over het bos en de bomen <i>Dhooghe</i> | W16 Een kader voor digitale competenties van GGZ me- dewerkers <i>Faelens</i> | W17 Wanneer en waartoe betrek je cliënten in team- overleg? <i>Castelijin</i> | W18 Suicide- preventie: Wat als er weinig taal is? <i>Van den Bril, De Roey</i> | W19 Metaforisch en Mindfull Creëren - Beeldende Aandachts- therapie bij OCS patiënten <i>De Ceuster</i> | W20 Oudere volwassenen met een psychische kwetsbaar- heid: een holistische benadering <i>Vermeulen</i> | S19 Wegen naar herstel van verslaving: inzichten op basis van doorleefde ervaringen van personen in herstel <i>Vander- plasschen</i> | S20 Gehecht- heidsgericht werken met kinderen, jongeren, gezinnen en teams <i>Bosmans</i> | S21 Hoe actueel is de OCD behande- lingsrichtlijn nog? <i>Bervoets</i> | S22 Op zoek naar verbinding in muziek- therapie <i>Varewyck</i> | S23 Populatie- studies 2.0: een nieuwe generatie populatie- studies <i>Bruffaerts</i> | M11 Context & Ervarings- deskundigheid <i>Colemont, Van den Cruyce, Van Isterdael, Prinsier, Verheyen</i> | M12 Verslaving <i>Vrancken, Migchels, Hellemans</i> | S24 Herstel- Academies, dichtst bij de burger <i>Matthys</i> |
| 10u45 | koffiepauze | | | | | | | | | | koffiepauze | | | | | | | | |
| 11u15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11u30 | U5 Ervaringsdeskundigen, verbindende schakel tussen zorg en patiënten <i>G. Tegenbos, J. Vandensteen, B. Plessers, A. Callebert, N. Albert, E. Nijs E&E</i> | D06 Kruispunten als goede praktijk voor lokaal geor- ganiseerde geïntegreerde zorg <i>Peeters</i> | M13 Forensische zorg III <i>Verschueren, Bisback, Van Bulck</i> | standen | posters | S25 Suïcidale gedachten en gedragingen van jongvol- wassenen <i>Kirtley</i> | W21 Drempels en treden voor het aanpakken van de wacht- tijden in de GGZ <i>De Grave</i> | W22 Psycho- educatie over versla- ving: Van Verlangen naar Drang (en terug) <i>Van Deun</i> | W23 Hoe kunnen we in een gezagsrelatie tot verbinding komen? <i>Van Loock, Soetewey</i> | W24 Belgische Psychia- trische High& Intensive Care <i>Demunter</i> | W25 Op een fijne en veilige manier in verbinding: spelen, delen, helen <i>Luiten</i> | S26 De procedure van de beoor- deling van beslissings- bekwaamheid vanuit multi- disciplinair oogpunt <i>De Lepeleire</i> | S27 Trans- culturele Geestelijke Gezondheids- zorg <i>Dehaene E&E</i> | S29 Cognitieve en psychische klachten bij Long COVID <i>Skorobogatov</i> | M14 Getuige- nissen <i>Guldentops, Janssens, Raymaekers, Depraetere</i> | M15 Kennisdeling <i>Beheydt, De Bie, Manteleers, Verleije, Ongena, Tintel, Santervas</i> | M16 Spoed & crisis <i>Vrancken, Maes</i> | | |
| 12u45 | lunch | | | | | | | | | | lunch | | | | | | | | |
| 13u45 | U6 Documentaire Chelsea's Blues <i>Danny Keuppens en Warre Keuppens</i> | D07 Organisatie van de spoed- eisende en crisis psychi- atrie binnen een netwerk gedachte <i>De Fruyt E&E</i> | M17 Samen- werking <i>Blondeel, Libbrecht, Dierynck, Capoen, Janssen, De Vos</i> | standen | posters | S30 Samen ster- ker: naasten als sleutel in suicide- preventie en -postventie <i>Pauwels</i> | W26 Geënte thera- pie: aspecten van tweede- lijnspsycho- logische zorg en eerste- lijnspsycholo- gische zorg <i>Vits, Verlinden</i> | | W28 Bestaat de ideale (patiënt) ervarings- deskundige? <i>Van de Velde, Nijs, Callebert</i> | | W30 Mentaal in conditie: de trans- diagnostische effectiviteit van de Ronnie Gardiner Methode <i>Brancart, Vanderbeke</i> | S31 Verbindende en gastvrije zorg, ook voor wie zelf niet komt aankloppen <i>Destoop E&E</i> | S32 Werk / Gezondheid. Werk op weg naar herstel en inclu- siviteit <i>Colemont</i> | S33 Psycho- analyse en gastvrijheid. Te gast op de bank <i>Hebbrecht</i> | S34 Focus op ver- nieuwende therapeu- tische inval- hoeken in de verslavings- zorg <i>Santens</i> | S35 Bepalen van beveiligings- noden aan de hand van de DUNDRUM- toolkit: van vertaling naar validatie tot implemen- tatie <i>Jeandarme</i> | S36 Op weg naar een duurzame integratie van eerste- lijnspsycho- logische zorg in België <i>Jansen</i> | M18 Toekomst- visie <i>Delespaul, Calmeyn</i> | |
| 15u15 | koffiepauze | | | | | | | | | | koffiepauze | | | | | | | | |
| 15u45 | Posterprijs | | | standen | posters | | | | | | | | | | | | | | |
| 16u00 | K2 Klinisch-theoretische beschouwingen rond psychotherapeutische begeleiding van getraumatiseerde vluchtelingen <i>Emmanuel Declercq</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17u00 | einde | | | | | | | | | | einde | | | | | | | | |

K/U = lezing
D = discussie
M = mededelingen
S = symposium
W = workshop



VLAAMS
GEESTELIJKE
GEZONDHEIDS
CONGRES

ggzcongres.be

Het ggz-congres is een initiatief van Forum Geestelijke Gezondheid.

Het samenwerkingsverband van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en Psyche vzw.