

VRINT verbindt: 10 jaar multidisciplinaire ambulante zorg bij vroege psychose

✍ L. DE COSTER, L. VAN BOUWEL, C. STRUYVEN

PSYCHIATRIE 28 juni 2021



Inhoudsopgave

1. [Inleiding](#)
2. [Historiek](#)
3. [Vroege psychose](#)
4. [VRINT](#)
5. [Enkele cijfers](#)
6. [Uitdagingen voor VRINT](#)
7. [Besluit](#)
8. [Mededeling](#)
9. [Auteursverwijzing](#)
10. [Abstract](#)
11. [Samenvatting](#)
12. [Literatuur](#)

Inleiding

Een psychotische stoornis wordt gekenmerkt door een veranderde beleving van de realiteit die de waarneming, het denken en de stemming kan beïnvloeden. De belangrijkste psychotische symptomen zijn wanen, hallucinaties, verwarde gedachten en gedesorganiseerd gedrag. Naast psychotische symptomen kunnen negatieve, cognitieve en affectieve symptomen voorkomen. Een eerste psychotische episode manifesteert zich veelal op jongvolwassen leeftijd en kan voorafgegaan worden door milde of aspecifieke symptomen en verandering in functioneren.

In deze bijdrage wordt de ontstaanscontext van VRINT (Vroeg interventieteam voor snelle opvang bij vroege psychose) beschreven tegen de achtergrond van klinische, wetenschappelijke en maatschappelijke evoluties over psychose. Vanuit die inzichten in het specifieke domein van vroege psychose worden de pijlers en de eigenheid van de VRINT-werking toegelicht.

10 jaar ervaring in multidisciplinaire ambulante, laagdrempelige psychosezorg brengt naast een terugblik eveneens een aantal bekommernissen en uitdagingen naar de toekomst onder de aandacht.

Historiek

De ontstaansgeschiedenis van VRINT situeert zich tegen de achtergrond van een lange traditie van psychosezorg in het Universitair psychiatrisch centrum (UPC) van de Katholieke Universiteit (KU) Leuven. Om tegemoet te komen aan de specifieke noden van hun patiënten ontstond vanuit de afdeling voor jongvolwassenen met een eerste psychotische episode van UPC reeds aan het eind van vorig millennium de idee om een ambulant team op te richten. In hun werking met jongvolwassenen met een vroege psychose botste men immers op een aantal moeilijkheden.

De hulp en opvang van jongeren en jongvolwassenen met beginnende psychose komen vaak te laat, waardoor er kostbare tijd verloren gaat. De eerste episodebehandeling wordt vaak als traumatisch ervaren: door de heftigheid van de symptomen betekent een eerste contact met de psychiatrie vaak een bruuske confrontatie. Dwangmaatregelen en intrusieve behandelingen bemoeilijken vaak de therapeutische relatie. Daarnaast is er een schrijnend gebrek aan continuïteit van zorg met fragmentering van de behandeling en afhaken van de zorg indien het postkuurstatuut na hospitalisatie wordt stopgezet, waardoor er na een eerste psychotische episode vaak terugval optreedt.

De voorbije decennia groeiden de interesse en inzichten in vroege psychose ook op wetenschappelijk vlak.

Reeds in de jaren '90 van vorige eeuw was er een vroege psychosesebeweging met vroege detectie en interventieprojecten in Australië, Noorwegen en later ook Groot-Brittannië en de Verenigde Staten (1-6).

Met die projecten als voorbeeld werden in 2007 een aantal voorbereidende vergaderingen met de hulpverleners uit de psychosese sector op touw gezet in het UPC van de KU Leuven, onder impuls van de toenmalige hoofdarts prof. J. Peuskens en de psychiater van de afdeling voor jongvolwassenen met psychosese. Aansluitend werden ook de jeugddienst van het UPC van de KU Leuven, het Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde (ACHG), het Centrum voor geestelijke gezondheidszorg van Oost-Vlaams-Brabant (CGG VBO) en de psychiatrische thuiszorgorganisatie De Hulster betrokken.

Met het oog op een multidisciplinaire werking werd een samenwerking aangegaan met psychotherapeuten van verschillende strekkingen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Ook een ervaringsdeskundige, die de verantwoordelijkheid kreeg voor het oprichten van een gepaste website werd aangesproken en er werd een wetenschappelijk comité in het leven geroepen. Op die manier kon er in 2009 een integratieve, multidisciplinaire teamwerking uitgebouwd worden in nauwe samenwerking met de eerste- en tweedelijnsgezondheidswerkers in de regio. Voor de inhoudelijke uitwerking waren zowel internationale richtlijnen als focusgroepen over psychosese een leidraad (7-9).

Om de continuïteit van zorg te waarborgen in gevallen van noodzakelijke opname waren alle teamleden van VRINT verbonden aan een residentiele afdeling in UPC van de KU Leuven.

Het doel was een laagdrempelige zorg in het thuismilieu aan te bieden met een vlotte en snelle beschikbaarheid zonder wachtlijsten.

Daarbij werd een casemanagementmodel ingevoerd en moest een continuïteit van minstens 5 jaar worden gegarandeerd.

VRINT was het eerste 'transitieteam' in UPC van de KU Leuven met een sterke psychotherapeutische inslag waarbij ook de psychiatrische vertegenwoordiging sterk was uitgebouwd. Vanaf juni 2009 werd VRINT onder impuls van het CGG VBO ingeschakeld in de projecten voor vroege detectie van en interventie bij vroege psychosese, ondersteund door de Vlaamse Overheid (VDIP). Naast het CGG VBO en UPC van de KU Leuven werden ook het Psychosociaal centrum (PSC) in de Mechelsestraat in Leuven, de zorggroep Broeders Alexianen in Tienen en de vzw De Hulster (Beschut wonen en psychiatrische thuiszorg) als partners betrokken.

Na het wegvallen van de subsidiëring door de overheid in 2012, waarbij ook de verschillende partners wegvielen, werd het voortbestaan van VRINT mogelijk gemaakt door eigen middelen van het UPC van de KU Leuven.

In 2018 werd VRINT ten slotte als specialistisch team bij vroege psychose met mobiele werking geïncorporeerd in de mobiele werking kaderend in artikel 107, gericht op het uitbouwen van ambulante zorg. De inmiddels opgebouwde expertise in vroege psychosezorg – zowel psychiatrisch als psychotherapeutisch – en de sterke eigenheid van de VRINT-werking konden daarbij behouden worden. VRINT blijft zich daardoor onderscheiden van de generalistische werking van de andere mobiele teams.

Vroege psychose

De voorbije decennia evolueerde de visie op psychose vanuit wetenschappelijke context in het algemeen en vroege psychose in het bijzonder. Het staging- of stadiamodel van McGorry beschrijft het belang van een afgestemde zorg: 'different stages, different treatments' (9, 10) (tabel 1).

Stadium	Omschrijving	Interventies
0	Verhoogd risico: geen symptomen Eerstegraadsverwanten van patiënt met psychose	Informatie verstrekken, normaliseren, vermijden van stigma
1a	Verhoogd risico: lichte symptomen, lichte cognitieve functiestoornissen, lichte achteruitgang functioneren	Informatie verstrekken, normaliseren, opvolgen, aspecifieke symptomen behandelen
1b	Ultrahoge risicosymptomen Matige symptomen Lijdensdruk en hulpvraag Achteruitgang in functioneren, GAF < 70	Informatie verstrekken, normaliseren, opvolgen Aspecifieke symptomen behandelen Transitie naar psychose vermijden
2	Eerste psychotische episode	Intensieve multidisciplinaire zorg Biopsychosociale interventies
3a	Onvolledige remissie of therapieresistentie	Bijkomende focus op bijkomende biopsychosociale interventies om volledige remissie te bekomen
3b	Terugval psychose	Bijkomende focus op preventie van terugval psychose
3c	Meerdere recidieven, duidelijke achteruitgang in functioneren	Bijkomende focus op langdurige stabilisatie
4	Ernstige, aanhoudende ziekte, cognitieve en functionele handicap	Bijkomende nadruk op toegevoegde strategieën

Tabel 1: Staging van psychotische stoornissen (9, 11).

In het stadium van vroege psychose worden 3 fasen onderscheiden volgens de ‘International clinical practice guidelines for early psychosis’: de prodromale fase, de eerste psychotische episode en de kritieke herstelfase tot 5 jaar daaropvolgend (7).

De prodromale fase is de fase met een verhoogd risico op psychose en wordt omschreven in de concepten ‘At risk mental state (ARMS)’ en ‘Basic symptoms (BS) mental state’ (12). ARMS, het meest gehanteerde begrip in

deze context, wordt gedefinieerd door de aanwezigheid van een of meer van volgende criteria: milde, subklinische psychotische symptomen, kortdurende psychotische symptomen of een deterioratie in functioneren in combinatie met een genetische kwetsbaarheid. Onder BS worden subjectieve stoornissen in denken, aandacht, spraak of waarneming verstaan.

De kritieke periode volgend op de eerste psychotische episode omvat de herstelfase, waarbij een variabele duur van 6 tot 18 maanden wordt beschreven en de daaropvolgende periode tot 5 jaar na de eerste episode (13). Tijdens deze periode wordt een maximale kwetsbaarheid voor een nieuwe psychotische episode beschreven.

Naast de introductie van een stagingmodel was er de voorbije decennia ook een verschuiving van een categoriale naar een meer dimensionele benadering van vroege psychose (14, 15). In die visie is psychose zowel in ernst als tijdsverloop een dynamisch concept. Een dimensionale benadering van psychosegevoeligheid situeert psychotische symptomen enerzijds op een spectrum van psychotische verschijnselen die frequent voorkomen en geen klachten of lijdensdruk meebrengen en bekijkt de symptomen anderzijds als een psychotische stoornis (fig. 1).

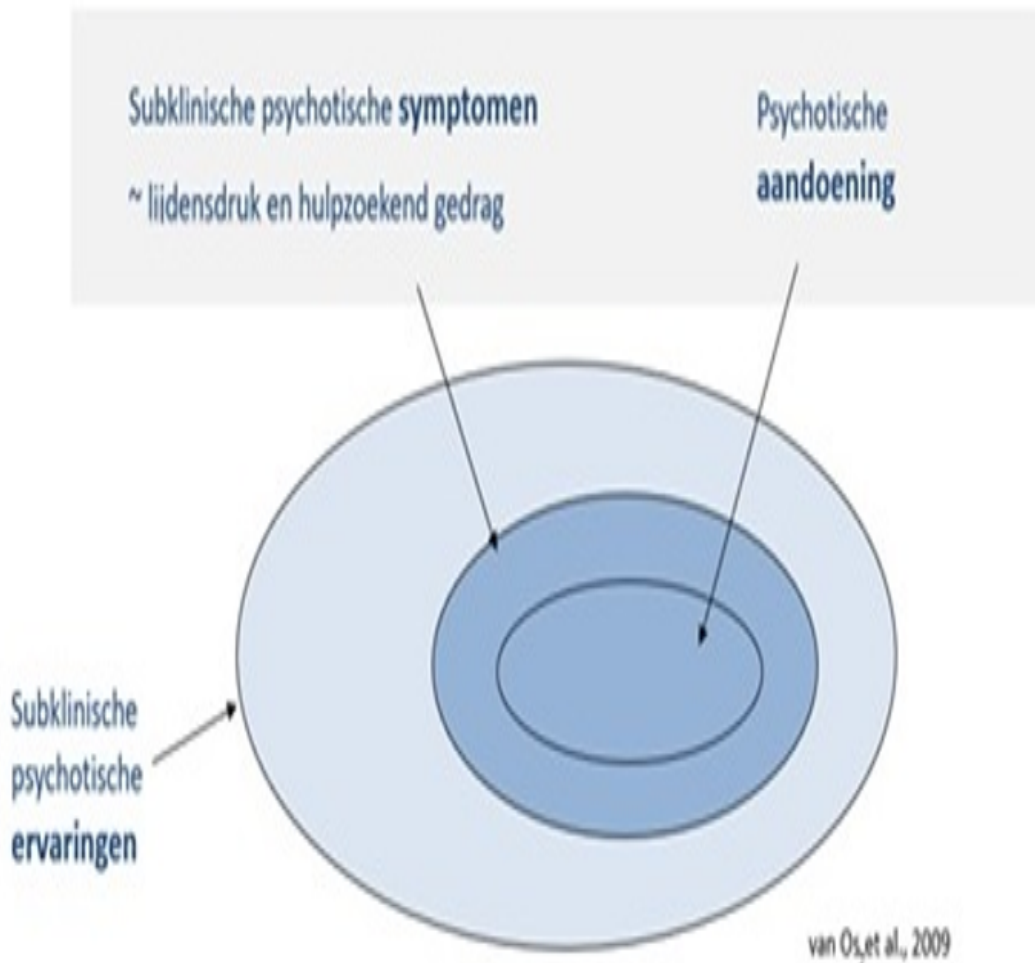


Fig. 1: Dimensionele visie op psychose (14).

Omgevingsfactoren en de interactie tussen kwetsbaarheids- en stressfactoren spelen een belangrijke rol bij het ontwikkelen en tot expressie komen van klinische symptomen. Binnen de zogenaamde prodromale fase van vroege psychose kunnen klachten en symptomen daarbij specifiek, heterogeen en weinig gedifferentieerd zijn. Binnen een dimensionele visie op psychose vervagen de grenzen van een categoriale diagnostiek en is er aandacht voor transdiagnostische mechanismen: aanwezige psychotische symptomen kunnen transiënt zijn of prodromaal voor verschillende vormen van psychopathologie, psychotische, maar ook affectieve of angststoornissen (16). Omgekeerd wordt een psychotische episode vaak voorafgegaan door affectieve of angstsymptomen.

Een dimensionele visie op psychose maakt een meer optimistische, dynamische en preventiegerichte zorg mogelijk vanuit een destigmatiserende en hoopvolle attitude.

De zorg voor patiënten met vroege psychose is vanuit een 'Need adapted treatment'-model, beschreven door Alanen, afgestemd op de specifieke fase van de problematiek enerzijds en de veranderende noden van jongeren en hun omgeving anderzijds (17). Een 'Open dialogue'-benadering naar het model van Seikkula biedt een belangrijke plaats aan de omgeving en het netwerk en focust op het creëren van een dialoog tussen alle betrokken partners en hulpverleners, vanaf het eerste contact (18).

De multidisciplinaire zorg vertrekt vanuit een integratieve visie met aandacht voor de interactie tussen biologische, psychologische en sociale aspecten, de integratie van verschillende therapeutische modellen en de expertise vanuit van jeugd- en volwassenenpsychiatrie. Psychosegevoeligheid manifesteert zich immers vaak in de adolescentie. De zorg voor jongvolwassenen met een mogelijke psychosegevoeligheid veronderstelt dan ook voldoende kennis en voeling met de adolescentaire ontwikkeling enerzijds en ontstaansmechanismen van psychopathologie anderzijds.

Psychotherapie heeft een belangrijke plaats in de vroege psychosezorg. Omgevingsfactoren of ingrijpende, traumatische levenservaringen kunnen een onderliggende psychische kwetsbaarheid triggeren. Jongeren worden in die periode geconfronteerd met belangrijke en ingrijpende ontwikkelingsstappen, naar onder meer veilige separatie, groei van autonomie, identiteitsontwikkeling. De existentiële thema's waarmee jongeren in die fase geconfronteerd worden, verschijnen vaak in een psychotische crisis.

VRINT

Het huidige VRINT-team bestaat uit 2 psychiatrisch verpleegkundigen, 4 klinisch psychologen, 1 maatschappelijk werker, 2 volwassenenpsychiaters en 1 kinder- en jeugdpsychiater op deeltijdse basis, wat resulteert in een bezetting van 4 full time equivalenten (FTE). De deeltijdse inschakeling van teamleden die ook werkzaam zijn in andere werkingen faciliteert de continuïteit van zorg wanneer een andere werking betrokken wordt. Een belangrijke rol daarin is weggelegd voor de zorgverantwoordelijke, het teamlid dat probeert om de draad en verbinding vast te houden in de zorg en een belangrijke rol speelt in het coördineren en opvolgen van de begeleiding. De interdisciplinaire werking maakt het mogelijk om zorg op het ritme, tempo en de maat van jongeren en hun omgeving aan te bieden, rekening houdend met de verschillende zorgnoden.

Een zorgtraject bij VRINT start na de aanmelding en intake met een multidisciplinaire en assessmentfase (fig. 2). Die fase omvat individuele gesprekken, overleg met het netwerk en een familiegesprek. Aanvullend psychodiagnostisch onderzoek is afgestemd op de fase van de vroege psychose en de hulpvraag.

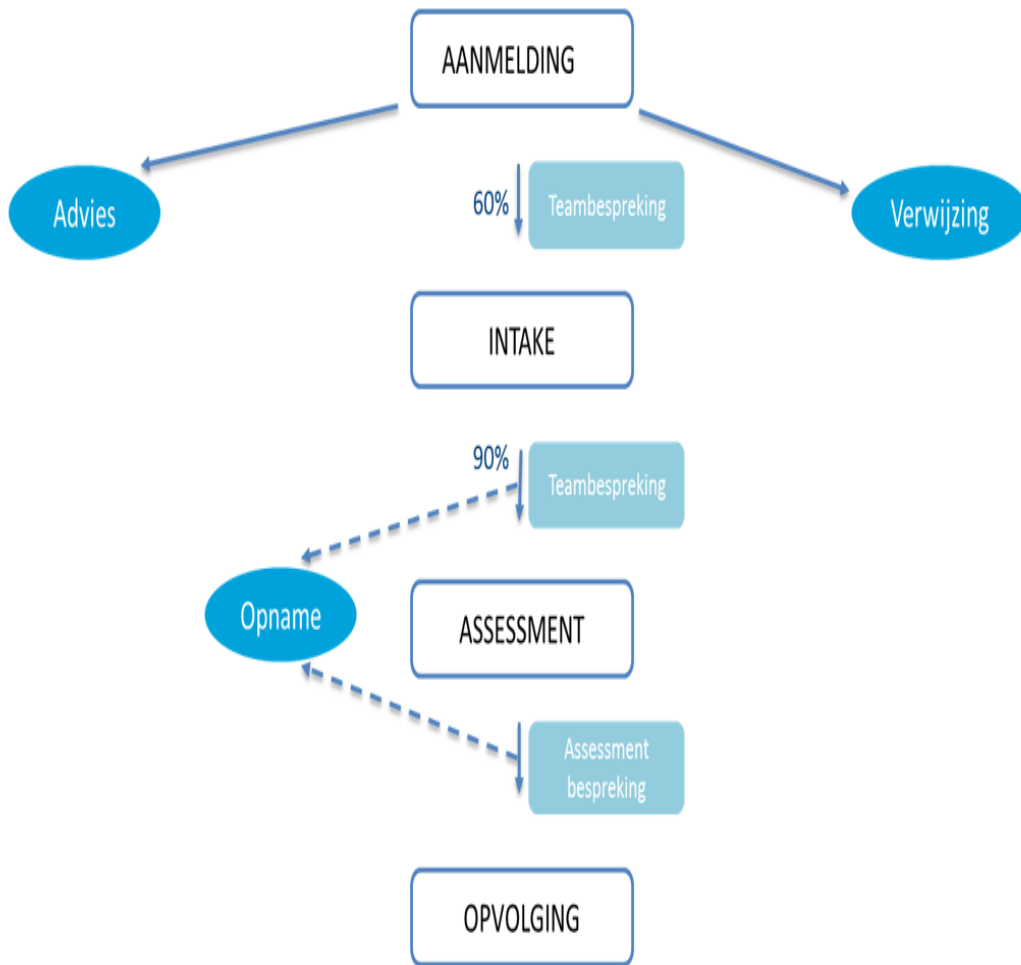


Fig. 2: Multidisciplinair behandeltraject bij psychose afgestemd op de zorgnood.

In de prodromale fase kan de aanwezigheid van een psychosegevoeligheid of ARMS geëvalueerd worden aan de hand van de ervaringsgerichte vragenlijst PQ16 (Prodromal questionnaire) die gericht is op het screenen naar subklinische psychotische symptomen en het semigestructureerd interview CAARMS (Comprehensive assessment of at risk mental states (ARMS)) (19-20) (tabel 2). De diagnose van een eerste psychotische episode wordt op basis van klinisch psychiatrisch onderzoek gesteld.

1. Ik voel me ongeïnteresseerd in de dingen die ik vroeger leuk vond.
2. Ik lijk vaak gebeurtenissen te beleven alsof die eerder zijn gebeurd.
3. Ik ruik of proef soms dingen die anderen niet kunnen ruiken of proeven.
4. Ik hoor vaak ongewone geluiden zoals gebonk, getik, gesis, geklap of gerinkel in mijn oren.
5. Ik haal wel eens dingen door elkaar en twijfel of iets dat ik heb meegemaakt echt of in mijn fantasie is gebeurd.
6. Wanneer ik iemand aankijk of mezelf in de spiegel bekijk, heb ik het gezicht vlak voor mijn ogen zien veranderen.
7. Ik raak buitengewoon ongerust als ik mensen voor het eerst ontmoet.
8. Ik heb dingen gezien die andere mensen blijkbaar niet kunnen zien.
9. Mijn gedachten zijn soms zo sterk dat ik ze bijna kan horen.
10. Ik zie soms speciale betekenissen in advertenties, etalages of in de manier waarop dingen om mij heen zijn opgesteld.
11. Soms heb ik het gevoel gehad dat ik niet de baas was over mijn eigen ideeën of gedachten.
12. Soms voel ik me plotseling afgeleid door geluiden van veraf, die ik gewoonlijk niet bemerk.
13. Ik heb dingen gehoord die andere mensen niet kunnen horen, zoals stemmen van fluisterende of pratende mensen.
14. Ik heb vaak het gevoel dat anderen mij kwaad willen doen.
15. Ik heb het gevoel gehad dat er een andere persoon of kracht om mij heen is, ook al kon ik niemand zien.
16. Ik heb het gevoel dat sommige delen van mijn lichaam op een of andere manier veranderd zijn of dat delen van mijn lichaam anders werken dan voorheen.

Tabel 2: Prodromale vragenlijst PQ16.

In iedere fase van de vroege psychose is psychodiagnostiek bij VRINT een dynamisch en integratief proces, gericht op het inhoudelijk begrijpen van de ervaringen. Klachten en symptomen zijn ingebed in de levensgeschiedenis van de jongere en zijn familie. Psychodiagnostiek tracht daaraan betekenis te geven. De aangeboden zorg in het verdere behandeltraject is gedifferentieerd, fasespecifiek en continu afgestemd op de zorgnood (tabel 3).

Prodromale fase	<ul style="list-style-type: none"> ● Kwetsbaarheid en zorgnood ruim en gedifferentieerd in kaart brengen ● Aspecifieke of milde symptomen: <ul style="list-style-type: none"> ○ vroege en adequate behandeling indien nodig ○ mogelijk omkeerbaar ○ prodroom van niet-psychotische moeilijkheden (transdiagnostische mechanismen) ○ kennis van adolescentaire ontwikkeling ○ transitie naar psychose vermijden ● Cave stigmatisering, inductie angst, farmacotherapie
Eerste episode	<ul style="list-style-type: none"> ● Snelle opvang bij eerste symptomen: laagdrempelig, flexibel, thuismilieu ● Contact met jongere en netwerk in crisis: basis voor verder engagement ● Sprekend en luisterend zoeken naar verbinding en betekenis
Kritieke periode	<ul style="list-style-type: none"> ● Hervalpreventie, vroege interventie bij dreigend herval ● Verder herstel op alle levensdomeinen ● Rouw, onzekerheid, verwachtingen

Tabel 3: Fasespecifieke zorg bij psychose.

In de prodromale fase ligt de focus op een zo ruim en gedifferentieerd mogelijk multidisciplinair en integratief assessment van eventuele psychosegevoeligheid en zorgnood. Het aanbieden van gepaste zorg kan transitie naar een psychotische episode voorkomen. Zeker in die fase zijn vanuit een dimensioneel en transdiagnostisch perspectief voorzichtigheid en terughoudendheid op gebied van categoriale diagnostiek aangewezen om onnodige stigmatisatie, inductie van angst en hopeloosheid te vermijden.

Een dimensionele diagnostiek lijkt om verschillende redenen bij een vroege psychose meer aangewezen dan een categoriale. Vooreerst omdat het hoofddoel is om een beter begrip te krijgen van wat er zich afspeelt en zo aanknopingspunten te verkrijgen voor psychotherapie. Daarnaast maakt de leeftijd waarop de crisis zich

afspeelt het moeilijk om een onderscheid te maken tussen een adolescentaire crisis met psychotische kenmerken en een structureel psychotisch proces. Alleen de toekomst kan daarover uitsluitsel geven. Het is dus aangeraden nog niets vast te zetten met een categoriale diagnose. Bovendien komt een psychotische decompensatie vaak slechts eenmalig voor en is ze mogelijk omkeerbaar. Symptomen kunnen immers transiënt zijn of prodromaal voor andere dan psychotische stoornissen. De doelstelling van een vroege interventie is voornamelijk het voorkomen dat de ziekte zich verder ontwikkelt en het ervaren trauma errond zo klein mogelijk te houden.

Bij een eerste psychotische episode ligt de focus op een snelle opvang van de crisis en het aangaan van een veilig contact met de jongere en zijn omgeving. In de kritieke periode is er aandacht voor herstel en preventie van een terugkerende psychotische episode waarvoor de grootste kwetsbaarheid zich situeert in deze periode.

In elke fase van het zorgtraject en het vroegepsychosespectrum is er aandacht voor psychotherapeutische, psychiatrische, sociaal-maatschappelijke en ondersteunende begeleiding. De aangeboden zorg is zowel individueel als samen met het netwerk van de jongere. Zowel familie als andere hulpverleners worden zoveel mogelijk betrokken. In de familiegroep kunnen families elkaar in een therapeutisch kader ontmoeten en is er ruimte voor het delen en verwerken van ervaringen.

Zowel vanuit de ontstaansgeschiedenis als vanuit de integratieve visie op de zorg voor vroege psychose is er een intensieve samenwerking met verschillende zorgpartners uit de eerste- en tweedelijnszorg. Naast de huisartsen en verschillende partners binnen het UPC van de KU Leuven, campus Kortenberg (zowel ambulante als residentiële zorg) en campus Gasthuisberg (spoedgevallendienst, Eenheid voor psychiatrische spoedinterventie (EPSI), Mobiel crisisteam), zijn onder meer het Studentengezondheidscentrum (SGC) van de KU Leuven, de dagbehandeling via het PSC in de Mechelsestraat in Leuven, de zorggroep Broeders Alexianen, het CGG en de ambulante drughulpverlening belangrijke partners.

Ondanks de laagdrempelige, flexibele werking met de nodige creativiteit blijft het voor sommige kwetsbare jongeren echter een grote stap om contact aan te gaan of vast te houden met hulpverlening, terwijl er bij de omgeving een grote bezorgdheid en vaak ook lijdensdruk voelbaar zijn. Zorg voor jongeren met vroege psychose betekent dan ook bewegen tussen proberen vast te houden en durven los te laten, alsook voorzichtig aanklampen zonder intrusief te zijn. Vaak zijn daarvoor tijd en geduld nodig, wat gevoelens van onveiligheid en onzekerheid, zowel bij hulpverleners als omgeving, kan oproepen. Zorg betekent in de context van vroege psychose bij jongeren dan ook het blijven afwegen van risico's en ruimte maken om die gevoelens samen te dragen en verdragen.

Enkele cijfers

Tijdens 10 jaar VRINT-werking werden 1.206 begeleidingen gestart waarvan in 2019 nog 510 lopend waren. Er waren gemiddeld 100 aanmeldingen per jaar, met een piek in 2019 met 151 aanmeldingen, gemiddeld dus 2 tot 3 per week. De gemiddelde leeftijd van patiënten bij aanmelding was 22 jaar, 25% van de aangemelde jongeren waren minderjarig (tabel 4).

Eigen initiatief	Jongere zelf	6%
	Familie	18%
Eerste lijn	Huisarts	12%
	CLB/SGC	11%
	CAW/JAC	3%
Spoedgevallendienst		9%
GGZ	Residentieel	23%
	Ambulant	6%
Andere		19%
Fase bij aanmelding		
	Prodromaal	50%
	Eerste episode	35%
	Kritieke episode	15%

Tabel 4: Overzicht verwijzers en fase vroege psychose bij aanmelding 2019.

CLB: Centrum voor leerlingenbegeleiding, SGC: studentengezondheidscentrum, CAW: Centrum algemeen welzijnswerk, JAC: Jongerenadviescentrum of -aanbod van het CAW.

Door de opvolging en begeleiding voortdurend zo goed mogelijk af te stemmen op de nodige zorg kon de zorgwaarde voldoende variëren om de instroom en acute noden op te vangen.

Uitdagingen voor VRINT

Ondanks de grote inspanningen die blijvend gedaan worden om zowel de continuïteit van zorg als het opvangen van urgente situaties te garanderen, komt het werken zonder wachtlijst onder druk te staan.

De toenemende aandacht voor een brede transdiagnostische visie in het werken met jongeren impliceert een diagnostische onzekerheid die ook enigszins eigen is aan het VRINT-werk. Daardoor groeit echter het spanningsveld met een specialistische vroege psychosezorg, die een specifieke benadering vraagt, met de nodige ervaring en deskundigheid van het multidisciplinair team.

Een ambulante vroege psychosezorg stelt ook enkele kwetsbaarheden in het licht in de ruimere psychosezorg, onder meer wat betreft de doorstroommogelijkheden naar een voldoende uitgebouwde ambulante psychosezorg op langere termijn enerzijds en residentiële behandelmogelijkheden voor meer complexe casussen anderzijds.

Tot nu toe lag de focus bij VRINT eerder op het klinisch werk dan op wetenschappelijk onderzoek. De dimensionele en dynamische visie op diagnose van psychosegevoeligheid met aandacht voor transdiagnostische factoren vergt een aparte onderzoeksmethodiek.

In het verder uitbouwen van het behandelaanbod wordt de implementatie van innovatieve behandeltechnieken, waaronder ‘virtual reality assisted cognitive therapy’, verder geëxploreerd (21).

Besluit

VRINT (Vroeg interventieteam voor snelle opvang bij vroege psychose) verwierf de voorbije 10 jaar als specialistisch team voor vroege psychosezorg voor jongeren in de transitieleeftijd tussen jeugd- en volwassenenpsychiatrie zijn plaats in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg in Oost-Vlaams-Brabant.

Een voldoende flexibele, laagdrempelige en afgestemde zorg voor jongeren en hun netwerk faciliteert een snelle en aangepaste zorg voor vroege psychose, die ondanks de crisis vaak in het thuismilieu kan worden geboden. Voldoende zorg en ondersteuning voor de familie en het netwerk, maar ook voor het team verdienen daarbij bijzondere aandacht.

Door de continue instroom en het engagement voor een zorgtraject van 5 jaar werd een grote hoeveelheid casussen opgebouwd, waarbij het spanningsveld tussen een voldoende snelle (crisis)interventie en de continuïteit van zorg duidelijk wordt.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Auteursverwijzing

L. De Coster^{1,2,3}, L. Van Bouwel¹, C. Struyven¹

¹ Universitair psychiatrisch centrum (UPC) Katholieke Universiteit (KU) Leuven, campus Kortenberg.

² Centrum geestelijke gezondheidszorg (CGG) Vlaams-Brabant Oost.

³ Correspondentieadres: L. De Coster, UPC KU Leuven, campus Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg; e-mail: liesbeth.decoster@upckuleuven.be

Abstract

VRINT has been offering outpatient multidisciplinary care for early psychosis to young adults in the East of Flemish Brabant since 2009

VRINT (Early psychosis intervention team) was founded within the University psychiatric center (UPC) of the Catholic university of Leuven (KU Leuven), on their site in Kortenberg. The intervention team was created in collaboration with various partners in regional healthcare, based on international clinical and scientific developments in the specific field of early psychosis, as well as their own clinical experience in psychosis care.

During the last 10 years of VRINT intervention, there has been a significant amount of case studies, with an average of 100 cases, 2 to 3 new patients every week with an average age of 22 years.

To ensure a rapid intervention without a waiting list and a guaranteed continuity of care over a sufficiently long period VRINT collaborates closely with various partners in the mental health care landscape and offers specialized, accessible care based on a dimensional, integrative, phase-specific

Samenvatting

VRINT is de afkorting voor het Vroeg interventieteam voor snelle opvang bij vroege psychose en biedt sinds 2009 ambulante multidisciplinaire zorg aan jongeren en jongvolwassenen met vroege psychose in Oost-Vlaams-Brabant.

VRINT werd in samenwerking met verschillende partners in regionale hulpverlening opgericht vanuit het Universitair psychiatrisch centrum (UPC) van de Katholieke Universiteit (KU) Leuven, campus Kortenberg. De oprichting van VRINT gebeurde tegen de achtergrond van zowel internationale klinische en wetenschappelijke ontwikkelingen in het specifieke domein van vroege psychose als eigen klinische ervaring in psychosezorg. De aangeboden specialistische, laagdrempelige zorg vertrekt vanuit een dimensionele, integratieve, fasespecifieke en psychotherapeutische, destigmatiserende benadering van vroege psychose.

Gedurende 10 jaar VRINT-werk werd een significant aandeel aan casussen opgebouwd in nauwe samenwerking met verschillende partners in het landschap van geestelijke gezondheidszorg (GGZ), met gemiddeld 100 opgestarte begeleidingen per jaar, piekend in 2019. Daarbij werden in die periode 2 tot 3 aanmeldingen per week geregistreerd, met een gemiddelde leeftijd van 22 jaar bij de aangemelde patiënten en een kwart aanmeldingen van minderjarigen. In die groep konden een snelle interventie zonder wachtlijst en continuïteit van zorg over een voldoende lange periode gegarandeerd worden.

Literatuur

1. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996; 22: 305-326.
2. Jackson JH, McGorry PD. *The recognition and management of early psychosis, a preventive approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
3. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002; 11: 237-247.
4. Johannessen JO, McGlashan T, Larsen TK, Horneland M, Joa I. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2001; 51: 39-46.
5. Birchwood M, Fowler D, Jackson C. *Early intervention in psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000.
6. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: a rationale. *Schizophr Bull* 1996; 22: 201-222.
7. International Early Psychosis Writing Group. *International clinical practice guidelines for early psychosis*. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: s10-s24.
8. NICE – National Institute for Health and Care Excellence. *Psychosis and schizophrenia: management. Clinical guidelines*. Londen/Machester: NICE, 2009.

9. McGorry PD, Hickie I, Yung A, Pantelis C, Jackson HJ. *Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions.* *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 616-622.
10. Johannessen JP, Martindale B, Cullberg J. *Evolving psychosis. Different stages, different treatments.* London/New York: Routledge, 2006.
11. De Haan L, Klaassen R, Van Beveren N, Wunderink L, Rutten BP. *Stagering van psychotische stoornissen.* *Tijdschr Psych* 2012; 54: 927-933.
12. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riechter-Rössler A. *The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review.* *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 107-120.
13. Birchwood M, Todd P, Jackson C. *Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis.* *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172: 53-59.
14. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder.* *Psychol Med* 2009; 39: 179-195.
15. McGorry P, van Os J. *Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity.* *The Lancet* 2013; 381: 343-345.
16. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. *Beyond the 'at risk mental state' concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry.* *World Psychiatry* 2018; 17: 133-142.
17. YO, Lehtinen K, Rääköläinen V, Aaltonen J. *Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project.* *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 363-372.
18. Seikkula J, Olson M. *The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics.* *Fam Process* 2003; 42: 403-418.
19. Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J. *The validity of the 16-Item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population.* *Schizophr Bull* 2012; 38: 1288-1296.
20. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly M. *Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states.* *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 964-971.
21. Pot-Kolder RM, Geraets CM, Veling W, van Beilen M, Gijsman HJ. *Virtual reality based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomized controlled trial.* *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 217-226.