

OVERZICHT

Die andere pandemie: inzichten in en suggesties voor een betere public mental health (care)

K. Van den Broeck^{1, 2}

Affiliaties

¹ Leerstoel Public mental health, Universiteit Antwerpen.

² Professor aan de Katholieke universiteit Leuven, KU Leuven en voorzitter eerstelijnszone Zuid-Oost-Rand Antwerpen.

³ Correspondentieadres: prof. dr. K. Van den Broeck, Leerstoel Public mental health, Universiteit Antwerpen, Doornstraat 331, lokaal Osaka, 2610 Wilrijk; e-mail: kris.vandenbroeck@uantwerpen.be

In een oogopslag

Onze geestelijke gezondheidszorg kan beter. Dit artikel brengt een analyse van waar het fout loopt en licht toe hoe meer en juistere gegevens kunnen bijdragen tot een betere geestelijke gezondheid(szorg).

Samenvatting

Net als Covid-19 dreigen geestelijke gezondheidsproblemen in deze tijden het maatschappelijk bestel en persoonlijk welzijn van velen – mogelijk meer sluimerend, maar niet minder destructief – te ondermijnen.

Heel wat mensen kampen met geestelijke gezondheidsproblemen en de hoge suïcidecijfers, het torenhoog psychofarmacagebruik en de ellenlange wachttijden suggereren dat de kwaliteit van zorg – ondanks de inzet van gedreven professionals – vandaag suboptimaal is. Die onthutsende cijfers maken het uitrollen van een groter plan om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, vroegtijdig te onderkennen en snel te behandelen tot een dringende zaak.

Dit artikel gaat dieper in op hoe kan worden ingegrepen op het geestelijk welzijn van onze bevolking: welke knelpunten liggen aan de huidige situatie ten grondslag, welke maatschappelijke veranderingen moeten er worden doorgevoerd en wat kunnen gegevens daartoe betekenen?

Inleiding

Begin januari 2020 werd in België de trieste kaap van 20.000 overlijdens ten gevolge van Covid-19 overschreden (1). De bruuske impact van het virus was ook een zeer abrupte bedreiging voor het dagelijkse leven van de Belgische burgers en hoe men dat gewoon was.

Er zijn tot op vandaag echter nog andere gezondheidsproblemen – mogelijk meer sluimerend, maar niet minder destructief – die ons maatschappelijk bestel en het persoonlijk welzijn van velen ondermijnen. Zonder afbreuk te willen doen aan de drama's die Covid-19 heeft veroorzaakt, zal dit artikel dieper ingaan op hoe men de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in deze tijden kan managen.

Met cijfermateriaal wordt aangetoond dat de nood groot is en de actuele inspanningen onvoldoende renderen. Vervolgens worden de knelpunten die er vandaag zijn geanalyseerd met toelichting dat meer en juistere gegevens ons naar een betere geestelijke gezondheid(szorg) op populatieniveau kunnen leiden.

Bespreking

Geestelijke gezondheid: een ernstige zaak

Wat prevalentiecijfers betreft moeten geestelijke gezondheidsproblemen niet onderdoen voor bv. kanker. In België krijgt naar schatting 1 op 3 krijgt ooit in zijn of haar leven te maken met een psychische stoornis, wat overeenkomt met de proportie -75-jarigen die kanker ontwikkelt (2, 3). Psychische klachten kunnen bovendien ook dodelijk zijn. Op jaarbasis ondernemen bijna 19.000 mensen in België een zelfmoordpoging – een kleine 10% laat effectief het leven (4). Daarmee ligt het aantal mensen dat jaarlijks de hand aan zichzelf wil slaan in het verlengde van wat Covid-19 in 2020 aanrichtte. Covid-19, de maatregelen om het virus tegen te gaan en de te verwachten economische crisis zijn overigens allerm minst gunstig voor ons welzijn (5-7).

Ondanks de gedrevenheid en inzet van GGZ-professionals lijkt men de psychische problemen vandaag niet optimaal te managen. Het psychofarmacagebruik van de Belg is net zoals de suïcideratio in België erg hoog in vergelijking met andere Europese landen (4, 8, 9). De wachttijden om psychische hulp en ondersteuning te krijgen, zijn al jaren erg lang, vooral voor gesubsidieerde zorg alsook voor kinderen en jongeren. De klachten verergeren niet zelden tijdens die wachttijden, waardoor patiënten alternatieve hulpverleningsvormen opzoeken en psychiaters moeilijke keuzes moeten maken over wie ze al dan niet een behandelplek toekennen (10, 11). In de somatische zorg is een dergelijke benadering ondenkbaar: wie vandaag gediagnosticeerd wordt met kanker, ligt volgende week op de operatietafel of start met chemo of bestralingen.

Tegelijk zijn de kosten voor GGZ hoog. Psychische klachten veroorzaken frequent langdurige en soms terugkerende werkonbekwaamheid (12). Volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) loopt het totaal van de directe (zorg, sociale zekerheid) en indirecte kosten (verzuim) van psychische problemen in België op tot ruim 5% van het bruto nationaal product (BNP). Slechts voor 3 andere Europese landen is dat een hogere kostenpost (13).

Tegen die achtergrond dringt een grondige analyse van de huidige Belgische aanpak inzake GGZ zich op. Het kan beter dan dit. In wat volgt worden dan ook enkele bepalende knelpunten belicht om vervolgens in te gaan op de oplossingen die tot een meer performante GGZ kunnen leiden.

Knelpunt 1: miskende GGZ of te weinig transparante boekhouding

Stellen dat de GGZ op beleidsvlak niet de plek krijgt die het zou moeten hebben, is als een open deur intrappen. Door slechts 6% van het totale gezondheidszorgbudget aan GGZ te besteden, zou de Belgische staat slechts 1/3 uitgeven van wat de buurlanden doen (12). In het licht van de eerder beschreven prevalentie van psychische problemen is dat een aalmoes. Maar het is belangrijk te duiden dat niemand nog schijnt te weten waar die 6% vandaan komt.

Het cijfer werd gerapporteerd aan de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2005, maar in 2011 gaf de Belgische overheid aan dat het door onze complexe staatsstructuur en verdeling van bevoegdheden onmogelijk was om een nationaal cijfer door te geven (14, 15). Inderdaad, zowel de federale overheid als de deelstaten hebben verschillende bevoegdheden en lopende projecten in het lappendeken dat de GGZ de facto is en het overzicht is zoek.

Afgaand op een recenter rapport van het federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) zou ongeveer 4% van de federale overheidsmiddelen voor gezondheidszorg naar de GGZ gaan (2). De beleving op het veld is alleszins dat er onvoldoende middelen beschikbaar zijn om aan alle vragen te voldoen en op het vlak van bv. informaticaïnfrastructuur loopt de GGZ behoorlijk achterop.

Knelpunt 2: te veel hokjesdenken

De zopas beschreven onduidelijkheid over de middelen is illustratief voor hoe de zorg in België wordt georganiseerd: in sterk gescheiden hokjes. Dat lijkt misschien logisch vanuit pragmatisch oogpunt, maar het strookt niet met de complexe realiteit waarin psychische klachten zich voordoen en behandeld moeten worden. Er wordt dan ook vaak over de scheidingslijnen gestruikeld, door zorgverstrekkers én patiënten. De voorbeelden zijn legio.

De psychiatrische ziekenhuizen hebben Vlaamse muren, maar worden bevolkt door federaal gefinancierd personeel. Als Vlaanderen – bevoegd voor kwaliteit van zorg en zorginspectie – problemen vaststelt die te maken hebben met een krappe bestaffing, dan is er geen oplossing binnen handbereik.

Wat betreft de zorg voor jongeren is het circuit van de kinder- en jongerenpsychiatrie strikt gescheiden van de volwassenenzorg, wat de organisatie van zorgcontinuïteit voor kwetsbare aankomende volwassenen tot een huzarenstukje maakt, precies op het moment waarop zorg sterk aangewezen is.

De somatische zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid is suboptimaal en de psychische omkadering in de somatische zorg kan beter (16-18). Dat psyche en soma elkaar wederzijds beïnvloeden, is nochtans goed geweten (18). De bruggen tussen welzijn en zorg kunnen bovendien nog wel wat steviger. De budgetten van preventie en zorg zijn tenslotte niet met elkaar gerelateerd, terwijl beide concepten thuishoren op een continuüm en het ene niet zonder het andere kan, althans niet in een sterk zorgmodel.

Knelpunt 3: verkeerde focus in zorg en opleiding

Naar schatting gaat 80% van de middelen voor GGZ naar de gespecialiseerde zorg voor volwassenen (2). Dat is bijzonder aangezien de helft van de problemen ontstaat vóór de leeftijd van 21 jaar (19). Het zijn

overigens vaak kinderen en jongeren die lang moeten wachten op hulp. De helft van de wachtenden geeft bovendien aan dat de klachten verergeren tijdens het wachten, wat het risico verhoogt op de nood aan meer complexe, ontwrichtende behandelingen(10). Er wordt dus systematisch te laat ingegrepen waardoor er veel geld naar dure gespecialiseerde zorg gaat. Het zou bijgevolg beter en efficiënter zijn om in te zetten op vroegdetectie en -interventie. Op die manier kan meer preventief en wellicht meer kostenefficiënt gewerkt worden.

De scheefgegroeide situatie is wellicht niet los te koppelen van de opleidingen die de Belgische zorgverstrekkers krijgen. Psychologen en psychiaters worden grotendeels klaargestoomd voor (en in) de derde lijn, waar een relatief kleine groep mensen verblijft met ernstige, maar relatief minder frequent voorkomende klachten. De kiemkansen van problemen in de brede basis van de populatie met relatief milde problemen krijgen zo onvoldoende aandacht.

De financieringsmechanismen zijn vandaag evenmin helpend om het tij te doen keren. Opnames zijn duur voor de maatschappij, maar relatief betaalbaar voor de modale patiënt. Bij ambulante behandelingen – toch vaak de eerste keuze – blijkt soms echter het omgekeerde waar (20).

Knelpunt 4: taboe, stigma en attitudes belemmeren zoektocht naar hulp

(Vroeg)detectie is een ding, mensen in behandeling krijgen is een ander. Een beperkte capaciteit is niet helpend, maar toch is dat maar een deel van het verhaal. Al komt uiteindelijk 90% van de patiënten bij een hulpverlener terecht, het is niet ongewoon dat zorg 10 tot 15 jaar wordt uitgesteld (19). Attitudes als 'het is niet zo erg, het zal wel vanzelf over gaan' of 'ik kan dit wel alleen' zijn daarvoor verantwoordelijk, maar ook taboe (het voelt ongepast om over het topic te spreken) en stigma (er hangt een negatief vooroordeel aan een bepaald kenmerk binnen de groep waartoe men behoort) weerhouden mensen ervan om hulp te zoeken of ingestelde behandelingen te continueren (21-23).

Geïnternaliseerd stigma gaat gepaard met ernstigere symptomen en een verminderde levenskwaliteit en stigma bij zorgverleners t.a.v. mensen met psychische kwetsbaarheid leidt tot discriminatie in de zorg, wat een lagere levensverwachting van die groep in de hand werkt (22, 24-26). Deze aspecten vragen om grootscheepse maatschappelijke aanpassingen.

Knelpunt 5: rammelende zorgorganisatie

Wie uiteindelijk in de hulpverlening raakt, verdient de beste zorg. Maar slechts de helft van de depressieve patiënten in Europa zou een adequate behandeling krijgen (27). Deels heeft dat te maken met het niet onderkennen van de klachten, maar zelfs wanneer de diagnose correct is gesteld is kiest men niet steeds voor de eerstekeuzebehandeling. Dat verklaart wellicht mee ons hoog psychofarmacagebruik (9, 28). Recent onderzoek wijst bovendien uit dat de zorg onvoldoende toegankelijk is voor kwetsbare groepen (mensen in armoede of met een allochtone achtergrond, jongeren en ouderen) en dat eerstelijnsprofessionals moeilijk omkadering vinden voor mensen die te kampen hebben met een complexe combinatie van psychosociale problemen (23). **Het zorgaanbod van vandaag is organisch gegroeid, uiteraard met de beste bedoeling van de betrokken clinici, maar zonder rekening te houden met de epidemiologische realiteit.**

De beschikbare registraties (zoals de Minimale psychiatrische gegevens (MPG), de gegevens van het Inter mutualistisch agentschap (IMA) of de elektronische patiëntendossiers van zorgorganisaties) zijn fragmentarisch (want anoniem (MPG) of onvolledig, bv. zonder diagnose (IMA)), weinig gecentraliseerd (elektronische patiëntendossiers) of pas na enige wachttijd voldoende betrouwbaar (IMA). Het KCE stelt dan ook dat er op dit moment onvoldoende gegevens bestaan over de geestelijke gezondheid van de populatie en over de kwaliteit van de geleverde zorg, die als basis kunnen fungeren om een behoorlijk beleid uit te bouwen in de sector (2). Het resultaat van de niet-gecoördineerde groei is een hells lappendeken waarin patiënten én zorgverleners hun weg nog amper terugvinden.

Knelpunt 6: gebrek aan eenheid in de sector

Ten slotte moeten hulpverleners ook de hand in eigen boezem durven te steken. De GGZ-professionals zijn algemeen gedreven en menen het goed, maar ondanks de heersende vergadercultuur – altijd gericht op unanieme consensus – is er toch verdeeldheid op verschillende fronten. De strijd tussen therapiestromingen is enigszins geluwd, maar therapeuten staan op hun therapeutische vrijheid en begrijpen onvoldoende dat er in evidence-based werken en richtlijnen ook plaats is voor klinische ervaring en eigen inbreng. Zorgkwaliteit is belangrijk, maar vrijheidsgraden evenzeer; onze hokjes en het lappendeken kwamen al aan bod en komen ook hier terug om de hoek kijken.

De GGZ is sterk in spreken en argumenteren, maar haar stem is niet eenduidig, waardoor de zorg en sector zich niet kunnen profileren zoals het hoort, en de pr (public relations) zwak is. En dat sluit weer naadloos aan bij het eerste knelpunt: op die manier wordt helaas een ‘ideale’ uitgangspositie gecreëerd om door beleidsmakers miskend te worden (en blijven).

Panta rei

De opgetekende knelpunten kunnen de indruk wekken dat de situatie voor de GGZ uitzichtloos is. Maar niets is minder waar.

In 2019 verzamelden professionals, zorgorganisaties, ervaringsdeskundigen, mantelzorgers, koepels en sympathisanten zich in de eerste Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg. De inspanningen van verschillende stakeholders, maar zeker ook het noodprogramma dat de Staten-Generaal lanceerde, alsook de impact van de coronamaatregelen, hebben er zeker toe bijgedragen dat geestelijke gezondheid de laatste jaren en zeker het afgelopen jaar met enige regelmaat op de politieke agenda kwam te staan (29).

In juli 2020 keurde het federaal parlement een resolutie goed waarin bepaald is dat de middelen voor GGZ uitgebreid zullen worden en rond dezelfde tijd werd er een jaarlijkse injectie van 200 miljoen euro goedgekeurd (30, 31). Er wordt bovendien een staatshervorming voorbereid, met o.m. gezondheidszorg als inzet en er is een protocolakkoord tussen de federale overheid en de deelstaten om de GGZ meer systematisch uit te bouwen.

Misschien is dat alles het begin van meer eenheid en meer mogelijkheden. Anderzijds ontslaan meer middelen ons niet van de verantwoordelijkheid om er goed mee om te gaan; het is duidelijk dat het creëren van bijkomende capaciteit niet zaligmakend zal zijn. Maar – zo stelde het KCE terecht – voor een beleid zijn goede gegevens noodzakelijk (2).

De sleutel voor een efficiënte en kwaliteitsvolle zorg? Gegevens!

Ondernemers die niet weten hoe de markt eruit ziet betreffende vraag en aanbod en die geen zicht hebben op hun financiële situatie zouden we wellicht als onverstandig inschatten. Nochtans is dat precies de situatie waarin de GGZ zich vandaag bevindt. Er is onvoldoende zicht op welke vragen er zijn (accurate epidemiologische gegevens), hoe mensen nu met psychische problemen omgaan (het huidige zorggebruik) en financiële transparantie ontbreekt.

Voor een solide businessplan moet men de boekhouding op orde brengen en de markt bestuderen. Zo is er ook nood aan een GGZ-businessplan. De noorderburen hebben daartoe o.m. de Nemesisstudie voor: een longitudinaal onderzoek naar het voorkomen, ontstaan, beloop en de gevolgen van psychische aandoeningen met een hele reeks kwaliteitsindicatoren, die ze baseren op juiste, beschikbare data (32, 33). In België blijft het vandaag veelal beperkt tot enkele verspreide academische initiatieven.

Zo zullen vanuit de Leerstoel Public mental health (Universiteit Antwerpen) de elektronische patiëntendossiers van verschillende zorgorganisaties weldra aan elkaar worden gekoppeld – uiteraard

met respect voor alle geldende juridische en ethische bepalingen – waardoor kan worden bestudeerd wie welk soort zorg geniet, en vooral wie niet. Zulke gegevens van de eerste (bv. Intego) tot en met de derde lijn in combinatie met de bevindingen van een periodiek en systematisch bevolkingsonderzoek zouden het (lokale) zorgaanbod primair moeten vormgeven en bijsturen. Op die manier kan de aangeboden zorg beter toegespitst worden op de noden van de populatie met gerichtere behandelingen en zelfs gerichtere preventie. Daarbij is het belangrijk om de zorg te moduleren op de lokale noden. Dat vraagt niet enkel om sterke, actuele cijfers op het niveau van een zorgregio, maar ook om de flexibiliteit om middelen in te zetten zodat het bij de lokale situatie passend optimale en nodige aanbod gecreëerd kan worden .

Het is tijd om de volledige puzzel te leggen, de losse stukjes bij elkaar te brengen en de blanco stukjes met gebundelde krachten waarheidsgetrouw in te kleuren. Wil men de pandemie afzwakken, de zorg verbeteren en de schaarse middelen zo efficiënt mogelijk inzetten, is men dat verplicht aan de patiënten. Misschien kan een gespecialiseerd kenniscentrum inzake geestelijke gezondheid(szorg) daarbij helpen.

De prevalentie en complexiteit van psychische klachten en stoornissen rechtvaardigen alleszins een dergelijk initiatief. Op basis van bestaande registraties en nieuwe verzamelde gegevens zou dat instituut het grote publiek, specifieke doelgroepen, zorgprofessionals en beleidsmakers – eenduidiger en vollediger dan vandaag het geval is – kunnen informeren over de noden inzake geestelijke gezondheid en de beste (tijdige) aanpak (ter voorkoming) van psychische problemen. Tegen psychische problemen zijn mondkmaskers en handalcohol helaas niet doeltreffend. Een ploeg van 11 miljoen waarschijnlijk wel.

Besluit

De huidige geestelijke gezondheidszorg in België kan ondanks de aanwezigheid van betrokken en geëngageerde professionals een stuk beter. Gegevens over de noden en het zorggebruik moeten daarin

sturend zijn en de vrijgemaakte middelen moeten ook deels daartoe worden aangewend zodat er in de toekomst efficiënter gewerkt kan worden . Losse initiatieven kunnen het best gebundeld worden en vanuit een eigen kenniscentrum kan er eventueel ingezet worden op meer gerichte preventie, zorgrichtlijnen en het bouwen van bruggen tussen alle drijvende schotten die er vandaag zijn.

Mededeling

De Leerstoel Public mental health wordt gefinancierd door een vrije gift van de 5 psychiatrische ziekenhuizen (OPZ Geel, ZNA Stuivenberg, UPC Duffel, Bethanië en Multiversum) en 3 Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ van GZA Sint-Vincentius, AZ Heilig Hartziekenhuis Lier en AZ KLINA) uit de provincie Antwerpen.

Verder geen belangenconflict gemeld.

Abstract

That other pandemic: insights and suggestions for a better public mental health (care)

Like Covid-19, mental health problems threaten to undermine our society and the personal well-being of many – perhaps more dormant, but not less destructively.

Many people suffer from mental health problems and high suicide rates, skyrocketing psychopharmaceutical use and endless waiting times suggest that the quality of care today – despite the efforts of dedicated professionals – is sub-optimal. These staggering figures make the rollout of a larger plan to prevent, early identify and promptly treat mental health problems an urgent matter.

This article focuses on how we can intervene in the mental wellbeing of our population: what bottlenecks underlie the current situation, what societal changes need to be made, and what data can contribute in the matter.

Literatuur

1. Torfs M, Maeseneer WD. België overschrijdt trieste kaap van 20.000 doden door Corona: wat vertellen de cijfers ons? Brussel: VRT nieuws, 2021.
Beschikbaar via: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2021/01/06/belgie-overschrijdt-trieste-kaap-van-20-000-doden-door-corona-w>
2. Mistiaen P, Cornelis P, Detollenaere J, et al. Organisation of mental health care for adults in Belgium. Brussel: KCE reports, 2019.
3. Stichting tegen Kanker. Kanker in cijfers 2020. Brussel: Stichting tegen Kanker, 2020.
Beschikbaar via: <https://www.kanker.be/alles-over-kanker/kanker-cijfers>
4. van Landschoot R, van Heeringen K, Portzky G. Epidemiologisch rapport 2019 van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Gent: VLESP.
5. Rens E, Smith P, Nicaise P, Lorant V, Van den Broeck K. Mental distress and its contributing factors among young people during the first wave of Covid-19: a Belgian survey study. Front Psychiatry 2021, 12.
6. Illegems J, Van Den Eede F, De Nys A, et al. Mentaal welzijn na hospitalisatie voor Covid-19. Tijdschrift voor Geneeskunde 2020; 76: 1008-1018.
7. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries 2013; 347: f5239.

8. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - rapport 2019. Contract No.: KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32. Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019.
9. De Donder E. Factsheet psychoactieve medicatie. Brussel: VAD, 2019.
10. Rens E, Glazemakers I, Gezondheidszorg Wwvds-GvdG, Van den Broeck K. Wachten op psychische hulp: de lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Antwerpen: Leerstoel Public health, 2020.
11. ThomasPattyn ???
Beschikbaar via: <https://twitter.com/ThomasPattyn/status/1313345719944859649>
12. Itinera Institute. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Brussel: Itinera Institute, 2013.
13. OECD/EU. Health at a glance: Europe 2018 - State of health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2018.
14. World Health Organization (WHO). Mental health atlas 2005 - Country profiles. Geneva - Copenhagen: WHO, 2005.
15. World Health Organization (WHO). Mental health atlas 2011 - Country profiles. Geneva - Copenhagen: WHO, 2011.
16. De Haec E. De interprofessionele aanpak van cardiovasculaire preventie bij EPA-patiënten. Antwerp: University of Antwerp, unpublished - in prep.
17. KCE. Somatich health care of persons with severe mental illness residing in a psychiatric setting. Brussels: KCE, unpublished - in prep.
18. Peeters D, Van Den Eede F, Geerts P-J, et al. De consultatie-liaisonpsychiatrie in de Belgische ziekenhuizen van de eenentwintigste eeuw: quo vadis? Tijdschrift voor Geneeskunde 2020; 76: 321-330.

19. Bruffaerts R, Cools B, De Prijcker M, et al. Ambitieuus op weg naar een duurzaam beleid voor Vlaamse CGG binnen de ambulante GGZ, 2020-2040. Leuven - Brussel: CGG, ZorgnetIcuro, KU Leuven, 2020.
20. Gezondheidszorg S-GvdG. Johan over financiële drempels: een opname is voor mijn persoonlijk budget interessanter. Gent: Staten Generaal - Forum Geestelijke Gezondheid, 2021.
Beschikbaar via: <https://www.statengeneraalggz.be/2019/01/05/ingrid-sachet>
21. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies 2015; 45: 11-27.
22. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2010; 71: 2150-2161.
23. Rens E, Dom G, Remmen R, Michielsens J, Van den Broeck KJ. Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. Int J Equity Health 2020; 19: 1-10.
24. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Iltis J. Discrimination in health care against people with mental illness. Int Rev Psychiatry 2007; 19: 113-122.
25. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. Psychiatry Res 2014; 218: 35-38.
26. Catthoor K. 13 reasons why: wetenschappelijke en klinische evidentie voor de catastrofale mortaliteitscijfers bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Tijdschrift Klinische Psychologie 2019; 49.
27. Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. Br J Psychiatry 2007; 190: 172-173.
28. Boffin N, Bossuyt N, Declercq T, Vanthomme K, Van Casteren V. Incidence, patient characteristics and treatment initiated for GP-diagnosed depression in general practice: results of a 1-year nationwide surveillance study. Fam Pract 2012; 29: 678-687.

29. Gezondheidszorg S-GvdG. Noodprogramma. Eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen. Gent: Staten Generaal - Forum Geestelijke Gezondheid, 2019.
30. Van Hoof E. Voorstel van resolutie voor laagdrempelige en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg in (post-)coronatijden. In: Volksvertegenwoordigers BKv, editor. Brussel: Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2020.
31. Volksvertegenwoordigers BKv. Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken van de plenumvergadering. Brussel: Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2020.
32. Trimbosinstituut. Psychische aandoeningen van Nederlanders: NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos, 2021. Beschikbaar via: <https://www.trimbos.nl/kennis/feiten-cijfers-ggz-nederland/nemesis-2-algemene-bevolking>
33. Zorginstituut Nederland. Aanleverinstructie kwaliteitsgegevens. Instructies per sector voor het aanleveren van wettelijk verplichte indicatoren aan Zorginstituut Nederland. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2021. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/aanleverinstructie-kwaliteitsgegevens>