

Simon Ghiotto: Goedendag en welkom bij Itinera Talks, de podcast van de beleidsdenktank Itinera over politiek en beleid.

Mijn naam is Simon Ghiotto, fellow van Itinera en uw gastheer voor deze podcast. Vandaag ben ik hier samen met Désirée Vandenberghe om preventie in de gezondheidszorg te bespreken. Désirée is visiting fellow van Itinera en doctoreert aan de UGent onder Johan Albrecht, stichtend lid van Itinera. Ze werken samen rond de kosten van chronische aandoeningen en de opbrengsten van preventie.

Laat ons weten wat je denkt op Twitter en Facebook met #ItineraTalks.

Désirée, bedankt dat je erbij bent. Wat mij opviel in de werken rond preventie, is dat we eerst en vooral anders moeten gaan nadenken over gezond zijn. Met de mentaliteit gericht op simpelweg de afwezigheid van ziektebeelden komen we er niet, klopt dat?

Désirée Vandenberghe: Ja, absoluut. Gezond zijn is veel meer dan gewoon niet ziek zijn, het is veel meer dan de afwezigheid van ziekte. Dat is eigenlijk geen nieuw idee, geen nieuw concept, want dat is eigenlijk ook al decennialang de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie. En die verwijst eigenlijk naar gezondheid als een samenspel van fysiek welzijn, mentaal welzijn en sociaal welzijn. Dus die moeten alle drie aanwezig zijn en niet enkel dus de afwezigheid van ziekte. Nu, je krijgt wel een beetje het idee dat het gewoon niet ziek zijn is als je kijkt naar ons gezondheidssysteem en ook onze interacties daarmee. Want als we een griepje hebben, dan gaan we naar de huisarts. Als we een gebroken been hebben, gaan we naar het ziekenhuis. Met rugpijn gaan we naar de kinesist. Zij stellen het probleem vast. Ze lossen het op en hopelijk zijn we een aantal dagen later beter. Dus ons gezondheidssysteem is het wel nog zeer sterk gefocust op gewoon dat ziek zijn en dat oplossen en veel minder op het algemeen welzijn, een gezonde levensstijl en eigenlijk de mogelijkheid hebben om ook ziektes af te weren.

Simon Ghiotto: Dus de aanbevelingen internationaal bestaan al, maar ze percoleren nog niet voldoende in het Belgisch beleid en de Belgische maatschappij?

Désirée Vandenberghe: Inderdaad ja.

Simon Ghiotto: We horen al jaren, zelfs decennia, over de nood aan en de baten van preventie. Wordt er dan vandaag niet al op ingezet?

Désirée Vandenberghe: Ja, dus in België bedraagt vandaag de hoeveelheid van ons gezondheidsbudget die naar preventie gaat 2,5%. Dus daarmee doet België het niet heel slecht in vergelijking met buurlanden. Het Europees gemiddelde ligt op rond de 3%.

Simon Ghiotto: Dat is regio's, gemeenschappen, federaal, alles samen?

Désirée Vandenberghe: Ja, dat is alles samen. Dus Nederland investeert bijvoorbeeld iets meer, Frankrijk investeert iets minder. Dus we doen het zeker niet beter dan het Europees gemiddelde, maar we zijn ook niet achteraan in de klas. Maar in dat preventiebudget zit heel veel in en dat is misschien wel nuttig om eens aan te halen wat daar precies allemaal mee gedaan wordt. Dus als mensen denken aan preventie denken ze misschien vooral aan het voorkomen van ziekten. Dus dat gebeurt alleen als je nog niet ziek bent. Maar preventie is

eigenlijk veel meer dan dat. Je kan ook preventie hebben terwijl je ziek bent of zelfs nadat je ziek bent geweest. Dus als we kijken naar de eerste fase van preventie, die gebeurt eigenlijk wanneer ziektes zich ontwikkelen of wanneer je in contact komt met risicofactoren, je omgeving. En primaire preventie, die eerste fase van preventie probeert daarop in te pikken. Bijvoorbeeld antirookmaatregelen zijn een element van primaire preventie. Dus we proberen eigenlijk risicofactoren zoveel mogelijk te verminderen, zodat je later niet ziek wordt.

Simon Ghiotto: Zijn dat dan ook bijvoorbeeld de vaccins?

Désirée Vandenberghe: Vaccins vallen daar ook onder, maar dan voor infectieziektes, minder voor chronische ziektes. Dan in een tweede fase van preventie gaat het eigenlijk over het vroegtijdig opsporen. Dus dan willen we voorkomen dat een ziekte zich in een zeer ver stadium bevindt eens we het opmerken. Daaronder valt bijvoorbeeld de screenings. Denk aan screening voor borstkanker, dat zijn zaken die onder die secundaire, die tweede fase van preventie vallen. En dan hebben we ook nog een laatste fase, een tertiaire fase. En dat is eigenlijk tijdens die ziekte of zelfs na je ziekte, om opnieuw te voorkomen dat die die ziekte heel veel schade berokkent. Dus we de kwaliteit van leven voor de patiënt zo hoog mogelijk houden of als je genezen bent, willen we ervoor zorgen dat je niet opnieuw hervalt in ziekte.

Simon Ghiotto: Dus als ik het goed versta, een, voorkomen, twee, vroeg detecteren en drie, beheersen?

Désirée Vandenberghe: Ja, inderdaad. Dat valt eigenlijk allemaal onder die 2,5% van het gezondheidsbudget, dus dat is wel heel wat die daarmee betaald moet worden.

Simon Ghiotto: In je onderzoek focus je vooral op chronische aandoeningen. Waarom precies?

Désirée Vandenberghe: Inderdaad. Die focus op chronische aandoeningen heeft eigenlijk twee redenen. Eerst, chronische aandoeningen noemen we ook wel niet-overdraagbare aandoeningen of niet-overdraagbare ziekten en dat dekt de lading eigenlijk van wat ze zijn, dus alle ziekten die niet overdraagbaar zijn van mens op mens. Er zijn dus twee redenen waarom onze interesse daarnaar uitgaat. Ten eerste is dat de grote kost die die ziekten veroorzaken voor onze maatschappij. Alle chronische ziekten samen veroorzaken eigenlijk negen op tien van alle sterfgevallen in België en een op drie van de Belgen lijdt aan een chronische ziekte.

Simon Ghiotto: Welke zijn dat dan vooral?

Désirée Vandenberghe: In ons onderzoek focussen we inderdaad op de vier belangrijkste chronische ziekten en dat zijn kanker, hart- en vaatziekten, chronische ademhalingsziekten zoals astma en type 2 diabetes. Die veroorzaken dus het grootste deel van die sterfgevallen.

Simon Ghiotto: Wat is het kostenplaatje van die voornaamste chronische aandoeningen?

Désirée Vandenberghe: Als we kijken naar het budget van gezondheidszorg die naar die vier chronische aandoeningen gaat, dan belanden we op ongeveer 30% van het totale budget.

Simon Ghiotto: Hoeveel is dat dan in Euro's?

Désirée Vandenberghe: Dat komt ongeveer neer op tien tot vijftien miljard.

Simon Ghiotto: Maar de kost gaat natuurlijk veel verder dan enkel de strikte gezondheidszorgkosten?

Désirée Vandenberghe: Inderdaad. Dus naast die gezondheidskosten is er ook een verlies aan welvaart, is er een verlies aan productiviteit, omdat die patiënten uiteraard niet kunnen gaan werken. Dat verlies komt ongeveer uit op 2% van het bbp. Dat is ongeveer acht miljard Euro.

Simon Ghiotto: Je hebt een aantal voorbeelden gegeven van chronische aandoeningen, maar versta ik het dan goed dat obesitas hier niet onder valt?

Désirée Vandenberghe: Inderdaad. Obesitas hebben wij niet meegenomen in onze rekenoefening. Daar zijn eigenlijk verschillende opvattingen over, over de interpretatie van obesitas als chronische ziekte. Wij hebben ervoor gekozen om eigenlijk de lijn te volgen die obesitas niet classificeert als chronische ziekte op zich. Waarom hebben wij dat gedaan of volgen wij die lijn? Obesitas is eigenlijk ook een zeer belangrijke risicofactor voor verdere chronische ziekten. Dat wil zeggen dat het eigenlijk een soort van intermediaire factor is, een soort noodsignaal waarop een chronische ziekte volgt. Dus als we die zouden meenemen in onze kostenberekening, lopen we het risico dat we heel veel dubbeltellingen doen. Want stel dat een persoon met obesitas naar de dokter gaat met een probleem rond hart- en vaatziekten, is dat dan een patiënt met een kost voor obesitas of een kost voor hart- en vaatziekten? Dus om die dubbeltelling of om die verwarring te vermijden, nemen wij obesitas niet mee in die berekening.

Simon Ghiotto: Voor obesitas, maar ook bijvoorbeeld voor die diabetes type 2 horen we geregeld dat sommigen simpelweg meer aanleg hebben. Wat primeert volgens jouw onderzoek, is het de levensstijl of de genen?

Désirée Vandenberghe: Eigenlijk een tweede deel van de interesse in chronische ziektes komt van dat nurture deel, dus het feit dat chronische ziekten voor een zeer grote mate voorkomen kunnen worden. Dus daar zien we eigenlijk een zeer groot belang van die levensstijl. De schattingen lopen relatief ver uiteen, maar er zijn een aantal studies die aantonen dat tot 70 of 80% van de chronische ziektes voorkomen kunnen worden door aanpassingen in levensstijl of dus door een gezonde levensstijl te volgen. Wat valt daar dan onder? Dat zijn eigenlijk vier factoren. Dus een gezond voedingspatroon, voldoende beweging, niet roken en geen tot zeer matig alcoholgebruik. Daar zien we eigenlijk dat levensstijl een zeer belangrijke invloed uitoefent. Nu natuurlijk, iedereen wordt ook geboren met een deel genetisch materiaal en dat gaat ook een effect hebben op je risico. Maar een derde element dat we zeker niet over het hoofd mogen zien, is dat die niet losstaan van elkaar. Dus je levensstijl en je genen, je nurture en je nature staan niet los van elkaar. Je levensstijl heeft ook heel veel invloed op je genen. Dat wordt dan epigenetica genoemd, gelijk alles bovenop je genen, letterlijk gezegd.

Simon Ghiotto: Is het dan de genen of de uiting van hoe die genen naar boven komen?

Désirée Vandenberghe: Ja, het is de uiting van je genen. Dus heel simpel gezegd, je levensstijl zorgt er eigenlijk voor dat bepaalde genen aan en uit worden gezet. Dat heeft dan uiteindelijk een invloed op je risico voor chronische ziektes.

Simon Ghiotto: Alles wat rond preventie en levensstijl gaat, durft soms ook weleens samen te gaan met een belerend vingertje. We moeten meer gaan lopen, we mogen niet te veel drinken, we mogen niet roken. Dan hoor je soms de kritiek dat er aan victim blaming wordt gedaan in het kader van preventie als levensstijl. Wat denk je daarvan?

Désirée Vandenberghe: Dat is zeker een moeilijke kwestie. Het gaat er eigenlijk een beetje over van in welke mate draag je zelf verantwoordelijkheid voor je levensstijl en voor je gezondheidsstatus. Dat is best wel een dunne lijn die bewandeld moet worden. Zoals ik al zei, speelt levensstijl een belangrijke rol en uiteindelijk ben jij nog altijd de persoon die beslist hoe je leeft, hoe je levensstijl eruitziet. Dat kan eigenlijk enkel jijzelf veranderen. Maar anderzijds ben je natuurlijk ook in heel sterke mate beïnvloed door je omgeving. Waar je wordt geboren, het onderwijs dat je hebt gekregen. Je omgeving heeft ook een zeer sterke invloed op je gewoontes en op de levensstijl die je aanneemt. Het is heel moeilijk om te zeggen dat je er zelf volledig verantwoordelijk voor bent, maar daar moeten we dus een soort evenwicht vinden tussen verantwoordelijkheid voor jezelf opnemen, maar tegelijk in het verhaal meenemen dat er een omgeving is die een zeer belangrijke rol speelt.

Simon Ghiotto: Uiteindelijk komt het voor een groot deel neer op wie de baten van een investering kan genieten of de kosten van die kost- en termijngratificatie moet dragen. We hebben een stevige publieke gezondheidszorg en dat is maar goed ook, maar dat betekent eveneens dat wie gezond of ongezond leeft, de kosten daarvan deels kan afwentelen op de gemeenschap. Binnen de gemeenschap, georganiseerd als een overheid met verschillende niveaus en verschillende domeinen, een huis met vele kamers, bevindt preventie zich bij de gemeenschappen, maar gezondheidszorg is federaal. In de kostenberekening hou je rekening met verlies en productiviteit, maar zover ik weet is de werkgever, degene die de vruchten van die productiviteit draagt, bijna afwezig in het gezondheidsverhaal in België. Hoe kunnen we zowel op publiek als op individueel niveau de kosten en baten van preventie meer laten samenkomen?

Désirée Vandenberghe: Ja, er zijn inderdaad een heel aantal problemen wat betreft het systeem van onze gezondheidszorg. Het is een beetje eigen aan gezondheid dat er een probleem is tussen kosten en baten, of een moeilijke afstemming. Want vandaag ga je eigenlijk investeren, je maakt een kost, je moet vandaag gaan sporten, je moet vandaag wat discipline hebben wat betreft je voeding.

Simon Ghiotto: De klassieke nieuwjaarsvoornemens dus.

Désirée Vandenberghe: Ja. Maar die baten heb je pas in de toekomst. Dus die baten merk je pas een aantal jaar later of zelfs in de latere fase van je leven. Dus er zit eigenlijk een heel lange tijdspanne tussen kost en baat. Daarbovenop komt ook nog een groot element van onzekerheid, want het is niet omdat je morgen gaat sporten of omdat je vandaag gezond eet of altijd gezond eet, dat je 0% kans hebt om ooit kanker te krijgen. Dus er zit ook nog een grote mate van onzekerheid. Die elementen gaan natuurlijk je gedrag gaan beïnvloeden. Wat moet een goed preventiebeleid of wat moeten goede preventiemaatregelen gaan doen? Die

moeten die kost en die baat zo dicht mogelijk bij elkaar brengen. Dus eigenlijk zowel in de tijd, maar ook wat betreft de verschillende niveaus. Daar zien we inderdaad in ons land, maar ook in veel andere Europese landen uiteindelijk, toch nog wel grote problemen, zaken die niet correct afgestemd zijn. Je haalt het zelf al aan, dus we zitten met onze federale en regionale overheden die andere bevoegdheden hebben wat betreft gezondheidszorg, dus op regionaal niveau worden eigenlijk alle preventiemaatregelen genomen, daar wordt de investering gedaan in preventie, maar op federaal vlak worden de algemene gezondheidsbudgetten beheerd. Dus dat wil zeggen dat als er baten zijn van die preventie die zich gaan uitdrukken als lagere uitgaven in de gezondheidszorg, minder ziekenhuisbezoeken bijvoorbeeld, komen die baten eigenlijk terecht op federaal niveau. Dus daar zitten we bijvoorbeeld al met een probleem in afstemming. Hetzelfde op het niveau van de gezondheidsprofessionals zelf dan, bijvoorbeeld de huisartsen. Die hebben eigenlijk redelijk weinig incentive om echt diep in te gaan op die preventie. Die hebben daar ook vaak de tijd niet voor, die zitten al met zeer veel bezoeken van, laten we zeggen, gewone patiënten. Dus daar is niet echt een verdienmodel voor hen om zeer veel tijd te gaan spenderen aan die preventie. En dan, ten slotte, wij, de individuen en ook wij als werkgever of als werknemer hebben eigenlijk dan dat probleem van we willen vandaag wel iets doen voor onze gezondheid, maar pas op lange termijn hebben we eigenlijk de baten.

Simon Ghiotto: Wat moet er dan concreet gebeuren?

Désirée Vandenberghe: In mijn visie zijn er eigenlijk twee elementen die vandaag in ons land nog beter uitgewerkt moeten worden. Ten eerste is dat een verdienmodel voor de sector in het algemeen, zoals ik al zei, voor de huisartsen en ook voor individuen, dat het eigenlijk loont, ook op kortere termijn, om te gaan investeren in preventie. Dat kan gaan over een beloning voor individuen die zich engageren in een gezondheidsproject of een gezondheidsplan of een andere manier van remuneratie voor de huisartsen bijvoorbeeld. Een ander element waar vandaag ook nog meer op ingezet moet worden, is dat we iets meer kijken naar wat werkt er nu eigenlijk echt binnen preventie en daar meer te gaan investeren. We zien dat veel van de algemene onderwijscampagnes hier en daar wel wat kennis verspreiden, maar die zetten vaak niet echt aan tot het echt activeren van de burger. Bepaalde onderzoeken tonen aan dat intensievere programma's, dus waarbij je eigenlijk een aantal wekenlang soort van lessen of workshops volgt die eigenlijk tonen wat is gezond leven en hoe kan je dat in je eigen leven implementeren, wel een effect lijken te hebben en wel beter in staat zijn om echt gedrag te gaan veranderen. Dus die twee elementen, een verdienmodel creëren en gaan investeren en verder onderzoeken wat echt werkt, zijn twee zaken waar nog extra nood aan is.

Simon Ghiotto: Preventie vergt ook een transversaal beleid. We hebben nu gesproken over het FOD Sociale Zekerheid, waar gezondheidszorg onder valt en Departement Welzijn dat instaat voor preventie, maar het zou breder moeten gaan dan dat. Met de klimaatbetogingen en de klimaattoppen werd er veel gesproken over een carbon tax, een koolstofbelasting, een belasting op uitstoot, idealiter gekoppeld aan een Border Tax Adjustment, om import ook mee in het bad te nemen. Maar in je onderzoek kijk je niet enkel naar het effect daarvan op klimaat- en energiebeleid, maar ook wat dat zou betekenen voor onze gezondheid. Hoe gaat dat dan in zijn werk?

Désirée Vandenberghe: Er is een zeer sterke link tussen milieu en gezondheid en ons idee was om die link ook beter in kaart te brengen. Dus bepaalde beleidsmaatregelen voor milieu hebben ook een effect op gezondheid. Als dat een positief effect is, vinden wij dat dat ook in rekening moet genomen worden en natuurlijk ook als dat een negatief effect is. Dus hoe hebben wij dat benaderd? Eigenlijk door de lens van twee sectoren. Wij hebben een hypothetisch scenario waarin we zeggen dat we een koolstofbelasting gaan invoeren in België in twee sectoren, de energiesector en de voedingssector. In die twee sectoren bekijken we dan de gezondheidsvoordelen. Dus ten eerste, in de energiesector, wat gebeurt er? Je voert een koolstofbelasting in, die gaat een effect hebben op verschuiving van brandstofgebruik en ook in transport. Wij berekenen dan de gezondheidsbaten door middel van de daling in fijn stof, die eigenlijk gebeurt door de verschuiving in brandstof. Een daling in fijn stof heeft dan als gevolg een daling in risico op chronische ziekten en zo berekenen we de besparingen daarvan. Ten tweede, in de voedingssector doen we eigenlijk hetzelfde. Daar gebeurt er eigenlijk ook een verschuiving door die koolstofbelasting, maar dat is een verschuiving tussen voedingsproducten. Dus vleesproducten zullen relatief duurder worden dan bijvoorbeeld groenten, omdat vleesproducten met koolstof intensiever zijn om te produceren. Op die manier zien wij eigenlijk een verschuiving naar een meer gebalanceerd dieet, dus iets minder vlees en iets meer groenten, fruit, vezels enzovoort. Op die manier zien we opnieuw een daling in risico op chronische ziekten en opnieuw een besparing in ons gezondheidsbudget.

Simon Ghiotto: Je simuleert in het onderzoek een carbon tax voor de energie- en de voedingssector, maar valt energie niet al onder het ETS, het European Emissions Trading System? Als er al een koolstofprijs volgt uit de ETS, waarom moet er dan nog een carbon tax bij? Of vervangen die elkaar? Of als ze elkaar niet vervangen, riskeren we dan niet de energiefactuur nog te verzwaren voor de burger?

Désirée Vandenberghe: Inderdaad, in onze paper was het dus eigenlijk een hypothetisch scenario. Het is zo dat inderdaad dus dat het Emissions Trading System dat nu bestaat ook door het systeem van emissiehandel een koolstofprijs creëert. Een andere manier om een koolstofprijs in de markt te brengen, is door simpelweg een koolstofbelasting in te voeren, wat wij dus doen. Nu, de reden dat wij in ons werk hebben gewerkt met een hypothetische koolstofbelasting is eigenlijk omdat dat systeem van emissiehandel eigenlijk enkel toegepast is op een aantal sectoren en op een aantal types emissies. Bijvoorbeeld de voedingssector zit daar dus niet in en ook bepaalde delen van de energiesector ook niet. Een tweede reden is omdat de prijs die tot stand komt met die emissiehandel eigenlijk redelijk laag was of lager dan verwacht was toen dat die werd ingevoerd. Dat is mede door de financiële crisis. Er was minder vraag naar die emissierechten, dus de prijs die op koolstofemissies werd geplaatst, was dus ook een stuk lager dan verwacht. In onze paper gaan wij eigenlijk zelf een prijs bepalen op basis van andere studies. Dus er is eigenlijk geen element van onzekerheid over wat die prijs van koolstof precies is.

Simon Ghiotto: Als we dan terugkeren naar de preventie, de apps en wearables, de Fitbit en dergelijke bestaan al langer, maar het lijkt wel alsof ze recent een versnelling hoger zijn geschakeld. De stappenteller is vrijwel een standaard functie geworden op de gsm en er zijn zelfs apps die zich willen laten terugbetalen door de sociale zekerheid. Lijkt jou dat een beloftevolle piste of meer gerommel in de marge? Want je hebt zelf toch ook gewerkt rond nudging in de preventie?

Désirée Vandenberghe: Ja. Dus die wearables en die apps en de technologische snufjes zijn zeker een interessante piste die nu bewandeld wordt. Het effect van heel veel van die zaken op gedragsverandering of voor preventie moet nog verder onderzocht worden, maar het is zeker interessant. Zoals je zelf aangeeft, zo een app of zo een wearable kan een duwtje in de goede richting geven. Dus een zogenaamde nudge. Bijvoorbeeld als het tijd is om eventjes te gaan wandelen of om een glas water te drinken, dan gaat die wearable of je gsm trillen. Dus je krijgt een soort van herinnering, dus een nudge, dat het tijd is om dat te gaan doen. En het speelt ook in op de beloningen. Als je bijvoorbeeld, zoals waar Fitbit mee gestart was, met die tienduizend stappen, tienduizend stappen hebt behaald, je hebt een prestatie verricht, je hebt een doel behaald, dat is een soort van gamification die die apps gaan invoeren, ze maken er elke dag een spel van om een bepaald doel te behalen. Daarmee brengen ze dus eigenlijk de baat van je inspanning dichterbij de kost. Dus op die manier kunnen ze wel een interessant effect hebben wat betreft preventie. Maar ik denk dat er wel een beetje mee opgelet moet worden, want wie gaat die wearable kopen of wie gaat daar interesse in hebben? Dat zijn vaak al mensen die geïnteresseerd zijn in gezondheid of mensen die al beslist hebben dat ze iets willen doen aan hun gezondheid. Voor hen kan dat zeker een interessant middel zijn, maar dan hebben we nu natuurlijk nog de mensen die zich eigenlijk niet bewust zijn van het feit dat hun huidige levensstijl misschien niet gezond is, dat ze risico lopen op een chronische ziekte. Door zo een wearable en door de mensen die zich niet bewust zijn van die kennis daarin niet mee te nemen, creëren we natuurlijk nog een iets grotere gezondheidsongelijkheid en die is in ons land al redelijk groot. Ook in de andere landen van Europa is er al redelijk wat gezondheidsongelijkheid. Dus ik denk dat we er wel over moeten waken dat we ook die groep, die zich niet bewust is van die kennis, die dat onderwijs niet heeft gehad, meenemen in het verhaal van gezondheid en van preventie.

Simon Ghiotto: Preventie, kort gezegd een investering die rendeert voor mens en maatschappij. Heb je nog een laatste boodschap voor de luisteraars?

Désirée Vandenberghe: Ja, het komt er eigenlijk op neer dat er vandaag de dag nog steeds een groot onbenut potentieel is voor preventie van chronische ziektes en dan vooral wat betreft eigenlijk de preventie omtrent levensstijl. Wat hebben we daar vandaag eigenlijk nog voor nodig? Wat mist er vandaag nog? Dat is enerzijds een verdienmodel, dus voor alle spelers in de markt, dat het nut heeft, dat het baat heeft voor hen om daarin te investeren. En ten tweede is het ook belangrijk dat we natuurlijk dan investeren in preventiemaatregelen die ook effectief werken, die ook effectief mensen kunnen activeren.

Simon Ghiotto: Bedankt Désirée en ook aan onze luisteraars bedankt om er weer bij te zijn. Abonneer je op de podcast en blijf op de hoogte van politiek, beleid en Itinera. Laat ons weten wat je denkt met #ItineraTalks.