



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

Een gezonde levensstijl, we wensen het ons allemaal en elkaar toe met de eindejaarsfeesten, maar hoe zorgen we ervoor?

Mijn naam is Simon Ghiotto, fellow van Itinera en uw gastheer voor deze podcast. Samen met Johan Albrecht hebben we het vandaag over preventie in de gezondheidszorg naar aanleiding van zijn nieuwste boek 'Investeer in een gezonde levensstijl, op weg naar een activerend preventiebeleid'. Johan is econoom, professor aan de Universiteit Gent en senior fellow van Itinera. Laat ons weten wat je denkt op Twitter en Facebook met #ItineraTalks.

Dag Johan, bedankt dat je er bent met nog steeds een ruime tafel tussen ons.

Johan Albrecht: Dag Simon.

Simon Ghiotto: Je bent econoom. Vanwaar de interesse in de gezondheid en preventie in de gezondheidszorg?

Johan Albrecht: Wel, ik denk dat iedereen een beetje geïnteresseerd is in de eigen gezondheid, dat is één element. Maar natuurlijk, de evolutie van bijvoorbeeld de uitgaven in de gezondheidszorg brengt ons bij heel veel economische kwesties. We weten ook dat in de toekomst door de vergrijzing de kosten rond chronische aandoeningen aanzienlijk gaan toenemen. In ons budgettair landschap is het eigenlijk niet wenselijk, moeten we zeker en vast zoeken naar opties om deze kosten te kunnen drukken. Dan komt er onmiddellijk een preventiebeleid om de hoek kijken, omdat je, dankzij betere keuzes inzake levensstijl, een groot deel van de chronische aandoeningen effectief kan voorkomen, wat dus ook financieel-economische baten met zich mee kan brengen.

Simon Ghiotto: Je bent in je onderzoek vooral gericht op chronische aandoeningen, iets wat we ook al eerder besproken hebben in de podcast met Désirée Vandenberghe. Vanwaar die focus op die chronische aandoeningen? Gaat preventie niet veel breder dan dat?

Johan Albrecht: Ja, preventie gaat natuurlijk zeer ruim. Dat werkt ook rond kinderziekten en noem maar op. Dat is natuurlijk een zeer ruim dossier. Maar die chronische aandoeningen, dat zijn de klassieke levensstijlziekten. Denk aan diabetes type 2, denk aan hart- en vaataandoeningen. We hebben ook in het boek en voorgaand rekenoefeningen gemaakt naar de kostprijs van de grote groepen van chronische aandoeningen. Die kosten ongeveer een derde van de totale uitgaven aan gezondheidszorg. Dat is een hele belangrijke brok geld. Als we daarvan een deel zouden kunnen vermijden door een meer activerend preventiebeleid, heb je belangrijke economische winsten. Maar heel belangrijk is ook dat mensen met die chronische aandoeningen veel minder economisch actief zijn, dikwijls maar deeltijds aan de



slag zijn of veel dagen afwezig zijn als gevolg van ziekte en eerder op pensioen gaan. Dus je hebt ook belangrijke indirecte economische kosten aan die chronische aandoeningen. Die zijn ook becijferd geweest. In Europa wordt geraamd dat de optelsom van de indirecte economische kosten voor diabetes type 2, hart- en vaataandoeningen, kankercategorieën en chronische ademhalingsproblemen oploopt tot 2.2% van het Europese bbp. Het zijn enorme bedragen die jaarlijks ergens verloren gaan als gevolg van de factuur van die chronische aandoeningen. U weet ook dat in dit land veel gepraat wordt over activeren van de niet-actieven. Wel, veel van die niet-actieven zijn mensen met chronische aandoeningen, die omwille van hun gezondheidssituatie niet zo gemakkelijk flexibel inzetbaar zijn in de arbeidsmarkt. Dus je hebt veel economische baten te plukken bij een sterker en meer effectief preventiebeleid.

Simon Ghiotto: Wat de niet-actieven betreft weet ik dat er, voor de coronacrisis tenminste, meer langdurig zieken waren dan er werklozen waren op de arbeidsmarkt, maar die baten van preventie, kan je daar een cijfer opplakken in Belgische context dan? Hoeveel besteden we momenteel aan die vier chronische aandoeningen en hoeveel zouden we realistisch kunnen besparen met een performant preventiebeleid?

Johan Albrecht: Dat is natuurlijk een beetje futurologie, omdat we nog altijd dat performante preventiebeleid niet in de markt hebben kunnen loslaten blijkbaar.

Simon Ghiotto: Noem het geen gok, maar een op onderzoek gebaseerde professionele inschatting?

Johan Albrecht: Die vier grote groepen van de chronische aandoeningen kostten de afgelopen jaren ongeveer een vijftien miljard euro per jaar. Maar daar zit bijvoorbeeld niet de aparte factuur van obesitas in. Een paar studies nemen ook zwaarlijvigheid mee op onder de chronische aandoeningen. Dat hebben wij niet gedaan omdat er een belangrijke correlatie is tussen natuurlijk zwaarlijvigheid en diabetes type 2 en ook hart- en vaataandoeningen. Je hebt ook studies die zeggen dat je depressies moet meenemen bij de chronische aandoeningen, omdat mensen dikwijls zeer langdurig chronisch depressief zijn, wat ook een belangrijke medische en economische factuur met zich meebrengt. Dus die vijftien miljard is een beperking op hoe je kijkt naar chronische aandoeningen. Mochten we nu een zeer performant preventiebeleid hebben, kan je hiervan wel een deel terugdringen. We weten ook uit de wetenschappelijke literatuur dat ongeveer 70 tot 80% van die chronische aandoeningen zou kunnen worden vermeden dankzij een gezonde levensstijl. Maar natuurlijk is dat theorie. Je kan nooit iedereen motiveren tot een andere levensstijl. Dat vraagt veel extra inspanningen. Maar als je toch een groot deel van dit potentieel effectief zou kunnen benutten, spreken we wel over jaarlijks een besparingspotentieel van een paar miljard.



Simon Ghiotto: Ik heb altijd al gehoord van het belang van preventie. Je moet voldoende bewegen, niet roken, niet te veel of te vaak alcohol drinken. Toch blijkt het nodig om dat te herhalen. Zien we de preventie van het verleden in de cijfers?

Johan Albrecht: Dat is een moeilijke vraag omdat je heel veel cijfers hebt. Als je kijkt naar het percentage van onze bevolking met overgewicht, zit dat historisch hoog. We vinden nu ook meer en meer overgewicht bij jongeren. Die cijfers wijzen toch wel op een nog niet krachtig genoeg preventiebeleid. Er is zeker marge voor verbetering. Nu, u zegt terecht, we weten natuurlijk al heel veel, u heeft niet verwezen naar het vooral veel groenten en fruit eten, dat is ook een heel belangrijk element. Maar dat is informatie die circuleert. Je hebt ook heel veel mensen die dan de vraag stellen naar gezonder eten, maar die niet goed kunnen koken. Hoe moeten ze dit dan gaan aanpakken? Wie gaat hen het juiste voorbeeld geven? U kan dan zeggen om naar YouTube te gaan, je vindt daar enorm veel kookdemo's, dat is allemaal zeer leuk om te bekijken, maar niet iedereen springt onmiddellijk tot actie bij het bekijken van een paar filmpjes. We weten uit een paar onderzoeken, onder andere in Frankrijk, waar men echt heeft gekeken naar wat is nu nodig om onder andere mensen met obesitas te begeleiden naar een betere levensstijl? Wel, het begint letterlijk bij een soort coach die bij u thuis in de keuken en de koelkast komt kijken en dan met u nagaat wat je momenteel eet. Is dat gezond of minder gezond? Dan zoekt die met u naar alternatieven. Die mensen gaan met deze mensen naar de supermarkt en tonen waar de producten liggen die je wel eens zou moeten overwegen. Ze gaan mee in de keuken aan de slag, geven echt kookdemonstraties in de keuken zelf, doen dat een paar keer, volgen mensen op en dan zie je wel dat als je echt die mensen zo begeleidt, het gedrag wel structureel kan bijgestuurd worden. Maar natuurlijk is dit een zeer dure interventie. Dit is helemaal niet nodig voor mensen die zelf goed kunnen koken, die alle informatie zelf kunnen vinden, die trekken hun plan. Maar je hebt een deel van de bevolking dat echt wel heel directe ondersteuning nodig heeft. We weten niet echt goed hoe omvangrijk deze groep is. We weten wel bijvoorbeeld dat een deel van de bevolking volgens het Kenniscentrum Gezondheidseconomie gezondheidsongeleterd is. Dat betekent dat zij niet goed kunnen inschatten hoe het gaat met de eigen gezondheidssituatie. Zij kunnen ook niet goed communiceren met zorgverstrekkers. Ze hebben ook dikwijls problemen om behandelingen juist uit te voeren. Volgens dat centrum is 30 tot 40% van de bevolking onvoldoende gezondheidsgeletterd.

Je hebt dan nog eens een deel van de bevolking dat waarschijnlijk ook functioneel beperkingen heeft om zich te kunnen organiseren en noem maar op. Er is echt wel nood aan meer actieve ondersteuning van een deel van de doelgroep in onze maatschappij.

Simon Ghiotto: Gaat het dan over bepaalde bevolkingsgroepen of over bepaalde inkomensniveaus of andere vormen van sociaaleconomische statussen?

Johan Albrecht: Ja, dat is natuurlijk vooral inkomensafhankelijk. Bijvoorbeeld, we weten ook dat er een belangrijke kloof is in levensverwachting. Je hebt the longevity gap en dan voor



België bijvoorbeeld mensen met hoge inkomens en dus ook hoge opleidingsniveaus die gemiddeld zes jaar ouder worden dan mensen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomensniveau. Mensen die dus bepaalde keuzes maken die de levensverwachting niet ten goede komen, hebben ook veel andere problemen en dat maakt hun ook, denk ik, meer kwetsbaar en maakt het ook minder gemakkelijk voor de mensen om zich te herorganiseren. Uiteindelijk zie je toch wel dat directe ondersteuning bieden aan vooral mensen met lagere inkomens een gezondheidsproject is, maar in mijn ogen ook een sociaal belangrijk project.

Simon Ghiotto: Je sprak daarnet over de langdurig arbeidsongeschikten omwille van langdurige ziektes en allerhande chronische aandoeningen. Is het dan het inkomen dat de gezondheid beïnvloedt of de gezondheid die het inkomen beïnvloedt? Of beide?

Johan Albrecht: Alle twee denk ik. Als u niet echt vitaal genoeg bent, dan dalen uw kansen op de arbeidsmarkt heel sterk, kom je waarschijnlijk terecht in tijdelijke jobs of kan je helemaal niet gaan werken, blijf je dus thuis, heb je een laag inkomen en dat laag inkomen biedt u veel minder mogelijkheden om uw levensstijl naar wens in te vullen. Dan ga je ook waarschijnlijk zoeken naar goedkopere voedingsproducten en dat zijn niet altijd de meest gezonde. Dus uiteindelijk heb je een dynamiek die bij sommigen zeer onwenselijke resultaten met zich meebrengt.

Simon Ghiotto: Dus preventie kan die vicieuze cirkel dan doorbreken?

Johan Albrecht: Kan daar hopelijk een deel van doorbreken. Niet vergeten dat wie bijvoorbeeld al tien jaar thuiszit wegens gezondheidscomplicaties en dan begeleid wordt naar een betere levensstijl, gaat die natuurlijk gezondheidsbaten kunnen genieten, maar het is best mogelijk dat eens je dan terug sterk genoeg bent om naar de arbeidsmarkt te gaan, uw kennisniveau ontoereikend is voor de jobs van vandaag. Dus gewoonweg mensen vitaliseren met een betere levensstijl is enorm belangrijk, maar natuurlijk, als je heel lang thuis bent, heb je ook scholing nodig om terug gemakkelijk in die arbeidsmarkt geïntegreerd te geraken. Of je zou zeggen dat je alleen mikt op jobs zonder enig scholingsniveau. Daar kan natuurlijk iedereen op mikken, bij wijze van spreken. Maar dus het is complexer dan dat. Je moet ook het menselijk kapitaal, de brains, via goed preventiebeleid op peil houden, denk ik.

Simon Ghiotto: Ik ben momenteel bezig met een project rond levenslang leren, dus ik zal dat zeker niet tegenspreken.

Het valt me op dat je spreekt over preventie en levensstijl niet enkel in het voorkomen, maar ook in het genezen en terugdringen van gezondheidsproblemen?

Johan Albrecht: Ja.

Simon Ghiotto: Ik dacht dat preventie gericht was op de lange termijn?



Johan Albrecht: Ja, preventie slaat letterlijk op het voorkomen van bepaalde complicaties. Maar een gezonde levensstijl heeft een enorm krachtig potentieel curatief, genezend. Dat weten we eigenlijk al heel lang. Ik heb ook in het boek ernaar verwezen, maar al dertig jaar terug weten we dat kiezen voor een gezond voedingspatroon met vooral groenten en fruit, zo weinig mogelijk verwerkte producten, zo weinig mogelijk vlees, weinig alcohol en noem maar op, onder andere aderverkalking kan terugduwen. Je kan ook door zo een voedingspatroon uw cholesterol verlagen, de bloeddruk verlagen en noem maar op. Dat weten we eigenlijk al dertig jaar of langer. Natuurlijk, deze boodschap is niet algemeen bekend. Veel mensen denken dat je door gezonder eten misschien een beetje lichter zal worden en dat is positief, maar ze onderkennen het potentieel van die levensstijl om ook de afhankelijkheid van medicatie echt te gaan verminderen. Je hebt een paar heel bekende programma's onder andere in de VS, waar mensen met diabetes worden begeleid naar een betere levensstijl met onder andere een ander voedingspatroon. Conclusie is dat bij ongeveer een derde van de deelnemers na verloop van tijd alle medicatie achterwege kan gelaten worden. Dus je bent echt vrij van medicatie. Je bent ook ondertussen een beetje lichter geworden, je bent ook meer vitaal. Anders gaan leven betekent niet gewoonweg een klein beetje gezonder worden, dat betekent dikwijls letterlijk uw afhankelijkheid van producten die voor uw lichaam eigenlijk vreemd zijn effectief sterk kunnen verminderen, wat toch wel ook voor het budget van de gezondheidszorg een heel belangrijke plus is. Dat betekent dus ook lagere gezondheidszorguitgaven voor deze patiënten in remissie, heet dat dan. Dus uiteindelijk worden we ook als belastingbetaler beter van de keuze voor een gezond levenspatroon. Dat geeft ook financiële winst.

Simon Ghiotto: We hebben het nu al gehad over de kostprijs en de economische baten. We hebben het al gehad over gezondheid en de gezondheidsbaten, maar in je boek spreek je ook over de milieubaten van een preventiebeleid.

Johan Albrecht: Wel, ik verwijs wel in het boek naar de Lancet EAT Commission, een zeer belangrijke studie die is verschenen in 2018, waar men de oefening heeft gemaakt van hoe de druk op ons ecosysteem evolueert als de wereldbevolking, die enorm gaat toenemen de komende dertig jaar, zou blijven eten zoals die vandaag eet. Wij in het Westen eten enorm veel vleesproducten, relatief gezien. Vleesproducten hebben een enorme ecologische voetafdruk omwille van natuurlijk de energie-intensiteit van de productie van dierlijke producten. Je moet dieren voederen over langere periodes en die veevoerders zijn ook energie-intensief geproduceerd. Je hebt ook enorm veel waterverbruik met de productie van vlees, plus de mestproblematiek waardoor onder andere stikstof overal verzeild geraakt met alle gevolgen van dien. Dus als we zouden het voedingspatroon bijsturen, mensen begeleiden naar een meer gezond voedingspatroon, komt dat altijd neer op minder vlees eten en natuurlijk veel meer groenten en fruit en volkoren graanproducten eten. Die laatste categorie van producten is ecologisch veel minder belastend. Dus als we in termen van voedingspatroon zo een transitie zouden mogelijk kunnen maken, heb je ten eerste die gezondheidsvoordelen, maar heb je ook die ecologische baten naast die economische baten. Dus je kan eigenlijk als



wereldbevolking veel duurzamer omgaan met voeding en ook het ecosysteem beschermen door net te kiezen voor de meer gezonde voedingspatronen. De EAT-Lancet Commission werkt dat zeer overtuigend uit en concludeert eigenlijk dat zeer ambitieuze klimaatdoelstellingen alleen te halen zijn dankzij onder andere die voedingstransitie. Met alleen hernieuwbare energie bijvoorbeeld komen we er helemaal niet. We moeten ook anders gaan nadenken over voeding, landbouw, productie van voedingsmiddelen en al wat daarrond hangt.

Simon Ghiotto: Preventie bespaart geld, maakt ons gezonder, spaart en redt het milieu. We weten welke vormen van preventie wanneer zullen werken. Waarom doen we het dan niet?

Johan Albrecht: Wel, velen doen het natuurlijk wel, zijn ermee bezig. Maar een deel van de bevolking is niet genoeg geprikkeld om aan de slag te gaan en zou ook echt niet weten hoe eraan te beginnen. Ik heb al verwezen naar de mensen met een beperkt opleidingsniveau of met lagere inkomens die echt concrete coaching zouden moeten krijgen. Maar iedereen heeft natuurlijk twijfels, omdat er ook over gezondheid heel veel tegenstrijdige informatie circuleert. Het ene boek zegt van zo te eten, het andere boek zegt helemaal anders te eten. Je hebt ook heel veel verwarring rond wat nu echt het optimale voedingspatroon is. Dingen zoals het matigen van alcoholgebruik kan je op honderd manieren interpreteren. We hebben recent een verlaging gezien van de maximale hoeveelheden die nog altijd gezond zijn wat betreft alcohol. Maar je kan dat op heel veel manieren interpreteren. Je hebt onzekerheid, je hebt twijfels en dat is natuurlijk niet de juiste basis. We weten zeer goed wat wel werkt, maar niet iedereen vindt de weg in deze grote onzekerheid. Ik denk dat voor vele mensen die misschien door twijfels verlamd zijn, die echte ondersteuning heel belangrijk is.

Simon Ghiotto: Hoe kunnen we dan preventie doen werken en renderen voor mens en maatschappij?

Johan Albrecht: Wel, ik benadruk ondersteuning in het boek, omdat volgens mij de evolutie naar een activerend preventiebeleid niet zomaar vanzelf gebeurt. We weten ook uit de literatuur dat, als je mensen die geïnteresseerd zijn in een betere levensstijl samenbrengt, als je die informatie geeft over wat ze zelf kunnen gaan doen inzake bijvoorbeeld voeding, beweging, stressbeheersing en noem maar op, als mensen met gelijkgestemden kunnen nadenken erover, kunnen discussiëren, informatie krijgen van deskundigen en die informatie ook thuis omzetten in de praktijk en een beetje begeleid worden om die verandering ook thuis door te voeren, dan weten we dat een groot deel van de deelnemers aan dat soort groepsessies effectief de levensstijl structureel kan veranderen. Je hebt daar cijfers over, dat bestaat eigenlijk al heel lang, zo een groepsessies. Het standaardformaat is het volgende: gedurende pakweg zes tot acht weken volg je ongeveer achttien sessies van anderhalf uur, je krijgt informatie over het belang van levensstijlkeuzes, je krijgt ook praktische informatie, af en toe met kooklessen en noem en zo. De mensen gaan ook onderling in discussie. Het zijn vrij kleine groepjes van pakweg twintig deelnemers met een gelijke interesse. Je creëert



hierdoor ook een dynamiek onder de deelnemers, die elkaar ondersteunen en stimuleren om echt wel vast te houden en door te bijten. Finaal zijn die programma's laagdrempelig, behoorlijk effectief en echt activerend. Je moet het niet alleen doen. Je moet niet alleen zelf via websites of een paar boeken aan de slag gaan. Men denkt ook in die programma's goed na over alle barrières die je echt ontmoet bij de keuze voor een andere levensstijl. Bijvoorbeeld als uw partner helemaal niet meegaat in dat verhaal, welke houding moet je dan aannemen? In veel van die programma's richt men zich ook naar de partner of naar de kinderen van de mensen die echt willen die levensstijl gaan veranderen. Dat betekent heel simpel dat er af en toe eens een evenementje is met een maaltijd voor heel het gezin om te proeven van de andere gerechten om op die oppositie die er is binnen het gezin zelf te kunnen anticiperen. Dus die praktische barrières echt bespreken en daarop anticiperen is een heel belangrijk element, want de meeste mensen leven niet alleen, moeten heel veel van hun keuzes met anderen doorpraten, beargumenteren en noem maar op. Je moet er ook klaar voor zijn. Dat vraagt ook een zekere weerbaarheid en dat kan je ook aanleren in dat soort programma's.

Simon Ghiotto: Ik doe thuis de boodschappen en ik kook, dus dan denk ik dat de tegenspraak van de partner misschien iets minder pertinent zal zijn.

Johan Albrecht: Behalve als de partner niet wil eten, Simon. Dan heb je natuurlijk een zeer duidelijke boodschap.

Simon Ghiotto: In je boek bespreek je ook een model waarin we die ondersteuning kunnen voorzien. Want zo een groepsessies zijn natuurlijk meestal niet gratis, je hebt deskundigen nodig om die sessies te begeleiden en je stelt het individueel gezondheidsbudget voor.

Johan Albrecht: Ja.

Simon Ghiotto: Wat houdt dat precies in en hoe gaat dat in zijn werk?

Johan Albrecht: Inderdaad, groepsessies worden meestal helemaal niet gratis aangeboden en natuurlijk, voor bepaalde deelnemers is zo een groepsessie nog altijd te abstract en bepaalde deelnemers hebben echt meer persoonlijke ondersteuning nodig. Dan gaat de factuur nog veel hoger zijn. Wat stel ik voor? Om te voorkomen dat een deel van de bevolking nooit kan deelnemen aan groepsessies of nooit individuele ondersteuning kan aankopen, stel ik voor om mensen met chronische aandoeningen die zeer gemotiveerd zijn kenbaar te maken bij de huisarts. Als die huisarts zegt: je zou echt je levensstijl moeten bijsturen, wil je dat overwegen, kan je u engageren tot het begin van een verandering? Als die mensen uitgesproken ja antwoorden op die vraag, lijkt het mij logisch om hen een budget te geven waarmee ze zich kunnen inschrijven voor bijvoorbeeld groepsessies of sessies bij een of ander interdisciplinair centrum van gezondheidszorg, of echt specifieke hulp gaan zoeken bij bijvoorbeeld mensen die hun goed kunnen bijstaan bij de herorganisatie van de keuken en



ITINERA TALKS

dat soort zaken. Dit kost allemaal geld en niet iedereen heeft voldoende geld beschikbaar, dus indien de huisarts overtuigd is dat die persoon met chronische aandoeningen echt gemotiveerd is, kan die persoon een budget toegewezen krijgen om in de markt te kijken naar wat hem zou kunnen ondersteunen. Hij moet natuurlijk hiervoor ook advies krijgen over wat wordt aangeboden in de omgeving en wie te contacteren. Hij kan dan zelf met dat budget een keuze maken. Dat budget moet ruim genoeg zijn om, indien nodig, ook echt maatwerk voor bepaalde profielen te kunnen compenseren. Het individuele gezondheidsbudget wordt niet zomaar aan iedereen toegekend. We moeten zeer pragmatisch zijn. Een deel van de doelgroep is helemaal niet geïnteresseerd in een levensstijlverandering. Je moet die mensen ook niet gaan dwingen om tegen hun zin groepssessies te volgen. Je moet dat echt alleen maar overwegen bij zij die die kenbaar maken voldoende geïnteresseerd en gemotiveerd te zijn. Die mensen moeten dan, vind ik, toch een ondersteuning krijgen, anders komt er niet altijd veel van terecht en gaan ook die baten niet worden gerealiseerd.

Simon Ghiotto: Wat mij enigszins wel verbaasde bij uw voorstel van het individueel gezondheidsbudget, was dat het niet ging om een virtuele portefeuille aan rechten waarmee ze bepaalde diensten kunnen inkopen, maar het gaat echt over cash die ze krijgen en waar ze de overschot zelf van mogen houden. Creëer je dan niet het risico van een vorm van moral hazard, waarbij het goedkoopste programma wordt gekozen, niet noodzakelijk het meest effectieve, om dan de baten zelf te mogen houden?

Johan Albrecht: Wel, je moet weten wat je wil bereiken. In mijn ogen is het heel belangrijk dat er op termijn veel bijkomend aanbod komt in deze preventiemarkt. Momenteel, als je geluk hebt en je woont in een stad, dan kan je in zo een stad al misschien deelnemen aan bestaande groepssessies. Als je echt geluk hebt, want dat wordt niet overal aangeboden, heb je waarschijnlijk in die stad een paar interdisciplinaire zorgcentra, waar je een beroep kan doen op een diëtist, op iemand die u helpt te stoppen met roken, waar ook een kinesist actief is en iemand die u kan helpen om stressbeheersing te proberen toe te passen. Maar het aanbod is vandaag beperkt. We hebben in ons land enorm veel mensen met chronische aandoeningen, er zijn grote verschillen tussen die mensen, er is waarschijnlijk niet echt een unieke formule die bij iedereen het beste resultaat geeft. Ik denk dat bijkomend aanbod, innovatie en ondernemerschap in deze markt heel belangrijk is. Op lange termijn zou het ideaal zijn mocht echt per doelgroep er heel veel aanbod zijn met verschillen, met als doel mensen echt te laten kiezen wat optimaal bij hen aansluit. Hiervoor moet je mensen een budget geven om zelf een keuze te maken. Wat u zegt, is eigenlijk: je hebt bijvoorbeeld in een bepaalde regio twee aanbieders, programma a en programma b met een zekere prijs, kies dan als patiënt uit ofwel a en b en that is it. Dat kan natuurlijk ook werken, maar dan lok je geen echte innovatie uit. Je kan alleen maar kiezen tussen a en b. Als die programma's volgeboekt worden, draait de winkel goed, maar misschien zijn die programma's niet het meest performant voor iedereen. Dus heb je meer variatie nodig in die programma's. Dat kan je alleen maar uitlokken als je echt toetreding in die markt mogelijk maakt en aan die mensen een budget geeft waarmee ze ook kunnen ingaan op extra nieuw aanbod in deze markt.



Uiteindelijk moeten we op termijn heel die preventiemarkt doen verruimen. Met meer vraag te creëren naar preventieondersteuning komt er ook meer aanbod. Dan komt er innovatie, zeker nu met de nieuwe technologische golf, en kan je ook de technologieën gaan inzetten. We kunnen ook data verzamelen over welke interventie goed werkt en voor welk patiëntprofiel? Als je maar twee aanbieders hebt, heb je niet genoeg variatie in je datapunten, vind ik. Als je op termijn kan gaan naar twintig mogelijke programma's en weet hoeveel mensen in die programma's instromen dan kan je zien hoe hun gezondheidsstatus evolueert. Zo heb je een andere manier om data te kunnen genereren. Waarschijnlijk kunnen wij op termijn echt vrij gericht voorspellen welke behandeling het meest effectief is voor welk profiel, omdat in het verleden mensen met een gelijkaardig profiel ook dat traject op deze manier hebben bewandeld. Ik wil dus vooral een markt uitlokken. Ik wil niet met een mechanisme een bestaande nichemarkt alleen maar doen groeien. Ik wil vooral op termijn innovatie zien in deze markt, maatwerk, datacreatie, data-analyse. Dat gaat volgens mij op lange termijn de effectiviteit enorm ten goede komen.

Simon Ghiotto: Hoe vermijden we dan dat het innoverende aanbod in die markt grotendeels bestaat uit charlatans die de markten overspoelen en waardoor de burger door het bos de bomen niet meer ziet?

Johan Albrecht: Alles begint bij het engagement van de patiënt bij de huisarts. Die huisarts gaat toch die patiënt in de komende jaren terugzien. Als die huisarts merkt dat mijnheer x een programma daar volgt met prachtige resultaten, dan valideert dat de kwaliteit van dat programma. Dan gaat die huisarts bij andere patiënten ook zeggen van als je op zoek bent naar een programma, gegeven de situatie, overweeg zeker eens het aanbod bij deze aanbieder. Indien mijnheer x terecht komt bij een charlatan, gaat er geen positieve kentering zijn en gaat de huisarts dit ook opmerken. Indien ook andere patiënten terechtkomen bij de charlatan in kwestie, gaat de huisarts merken dat het collectief afloopt op een sisser, dus dat aanbod is allesbehalve performant. Daar klopt iets niet mee. Als ook andere artsen dat gaan zien, kan je gemakkelijk via uw datasysteem een soort rood licht laten afgaan wat betreft deze aanbieder. Dus alles vertrekt van uw data. Je krijgt als huisarts die patiënt voor u. Die zegt dat hij zich wil laten begeleiden en die krijgt een budget. Als dan x maand later er helemaal niets verandert of die patiënt zegt dat het een zeer sjofele opleiding is, dat is gewoonweg een beetje vrijblijvende praat, bij wijze van spreken, we gaan daarmee helemaal niet aan de slag, dat zijn natuurlijk sterke indicaties om een rood licht te geven. Dan moet je een soort beslissingsregel inbouwen in uw datasysteem, van te veel rode lichten betekent dat deze aanbieder niet meer mensen mag aantrekken of die moet geweerd worden door het aanbod.

Simon Ghiotto: Maar het is dan enkel een ex-postbeoordeling, geen ex-antecriteria waaraan moet worden voldaan?

Johan Albrecht: Nee. Je kan wel ex ante een zekere screening doen. Bijvoorbeeld de persoon die het aanbiedt moet ten eerste een minimale expertise hebben en moet het ook logistiek



kunnen waarmaken. Als je zegt dat je groepssessies gaat aanbieden voor twintig mensen in mijn living, dan lijkt dat een beetje bizar. Er moet een zekere elementaire ex-antescreening zijn, maar je moet elke innovator ergens een kans in de markt geven. Dus je moet ook mensen laten beter worden in de tijd. Ik zou niet te vlug een programma dat misschien in de eerste weken of eerste maanden niet echt sterk overkomt weren. dat kan ook verbeterd worden met feedback van de deelnemers, dus je moet die mensen wel een zekere periode geven. Dat is nu eenmaal innoveren en ondernemen. Je kan moeilijk verwachten dat iemand vanaf morgen de perfectie in de markt zet en dat dat voor iedereen op de optimale manier werkt. Dat lijkt mij een klein beetje naïef. Maar natuurlijk moet je kwaliteit proberen te garanderen. Het informatiesysteem rond dit gebeuren gaat dat mogelijk maken, omdat je echt gaat registreren hoe de chronische patiënten ingestroomd zijn in het programma, hoe bijvoorbeeld hun bloedwaarden evolueren het komende jaar? Dan heb je onmiddellijk een heel kwantitatieve meting van de impact van het programma. Als er gewoonweg niets gebeurt bij alle patiënten die bij charlatan x gaan, is het zeer duidelijk dat dat programma uit het aanbod moet worden geweerd.

Simon Ghiotto: Ik kan me ook wel inbeelden dat er bepaalde mensen zullen zijn die zo een individueel gezondheidsbudget, zeker als mensen het resterende geld zelf mogen houden, zouden gaan zien als het belonen van een ongezonde levensstijl in het verleden. Wat is jouw repliek daarop?

Johan Albrecht: Twee replieken eigenlijk. De eerste repliek is dat vandaag ook iedereen die heel zijn leven ongezond leeft beloond wordt, omdat de medische factuur voor de maatschappij is. Dat is ook een beloning voor een niet optimale levensstijl. Dat vinden we allemaal normaal. Tweede punt is dat als je een budget toekent aan mensen, er altijd de vrees is dat er bij een deel misbruik zal gemaakt worden van zo een formule. Dat is best mogelijk, maar dat hangt ook een klein beetje af van uw mensbeeld. Je mag ook vertrouwen geven, denk ik, af en toe, aan mensen, zeker aan mensen met chronische gezondheidsproblemen. Een deel daarvan is echt wel zoekende, is vragende partij naar ondersteuning. Dat kan af en toe tegenvallen, die mensen kunnen afhaken om diverse redenen, prima, maar ik zou er niet van uitgaan dat onze bevolking vooral uit mensen bestaat die gewoonweg omwille van een potentieel rendement van een paar euro's hun tijd gaan steken in tegen hun zin het volgen van een programma waar ze toch niets mee gaan doen. Dat lijkt mij een beetje vergezocht. Ik verwijs graag naar een titel van een interessant boek van Rutger Bregman 'De meeste mensen deugen'. Als je iets in de markt zet, gaan de meeste mensen daar heel waarschijnlijk op de correcte manier mee om. Je hebt altijd een klein percentage rand seekers, noem maar op, maar dat is geen argument, denk ik, om elke vorm van ondersteuning a priori te elimineren.

Simon Ghiotto: Dank u wel Johan. Heb je nog een laatste boodschap voor onze luisteraars?

Johan Albrecht: Elke zoektocht naar verbetering is nooit afgerond. Je kan altijd veel bijleren over wat de baat kan zijn van het zoeken naar betere levensstijlopties. Maar heel belangrijk



is dus wel dat onze maatschappij collectief alleen maar beter kan worden van anders om te gaan met gezondheid. We moeten echt wel gezondheid meer centraal plaatsen in het kijken naar onze organisatie van wat heet gezondheidszorgen. Nu zijn we vooral bezig met het beheren van chronische aandoeningen. Dat is dikwijls noodzakelijk, maar gewoonweg het voorkomen van die chronische aandoeningen is ook enorm belangrijk vanuit economisch oogpunt. Ik heb verwezen naar de hoge indirecte economische kost van chronische aandoeningen. Je hebt meer vitaliteit in uw economie dankzij een gezondere levensstijl. Dus finaal kunnen we eigenlijk niet verliezen door te experimenteren met nieuwe varianten om het preventiebeleid meer activerend te kunnen organiseren.

Simon Ghiotto: Dat lijkt mij een bijzonder mooie noot om mee te eindigen.

Ik was Simon Ghiotto en samen met Johan Albrecht hadden we het vandaag over preventie in de gezondheidszorg. Het boek 'Investeer in een gezonde levensstijl' is te verkrijgen in de boekhandel en op onze website. Als het onderwerp je boeide en je luisterde tot hier, dus ik vermoed van wel, luister dan zeker ook naar onze podcast met Désirée Vandenberghe over hetzelfde thema. Haar onderzoek ligt mee aan de basis van dit boek.

Abonneer je op de podcast en blijf op de hoogte van politiek, beleid en Itinera. Laat ons weten wat je denkt met #ItineraTalks.