



Omdat gezondheid een recht is

Visietekst



geneeskunde 
voor het volk

Omdat gezondheid een recht is

Visietekst



geneeskunde 
voor het volk

Voorwoord

Beste gezondheidswerker,
Beste patiënt,
Beste lezer,

Laat mij u meenemen in drie herkenbare verhalen van onze patiënten.

Abdel is vrachtwagenchauffeur. Hij werkt bij een takendienst en rijdt dagelijks onze wegen op en af om de vrachtwagens te depanneren die ons eten, onze meubels en onze goederen rondbrengen. Zonder Abdel en al zijn collega's geen gevulde rekken in onze winkels. Abdel is 52 als zijn rug het opgeeft: kapotgewerkt, versleten. De invaliditeit wordt zijn bestemming. Als enige kostwinner in een gezin van zes, betekent dat tellen en nog eens tellen om het einde van de maand te halen. Zijn werkgever? Die ontslaat Abdel en neemt gewoon iemand anders in dienst. Hij draagt geen enkele verantwoordelijkheid, geen opzegvergoeding, niets. Na 28 jaar dienst. Zoiets zou niet mogen gebeuren. Abdel is niet de enige. We doen een eindeloopbaanstudie om aan te tonen dat langer werken niet kan.

Rosa is 93. Kranig als ze is, blijft ze in haar eigen appartement wonen. Vorige week barstte ze tijdens een huisbezoek in tranen uit. Het lukt niet meer. Rosa verplaatst zich moeilijker en moeilijker en de verhuis naar een rusthuis dringt zich op. De tranen rollen over haar wangen. Er zijn financiële zorgen: kan ik dat betalen met mijn pensioen van 856 euro? Zullen mijn kinderen daar voor moeten opdraaien? De tranen gaan ook over angst. Angst om geen kwaliteit van leven meer te hebben. Angst om tegen 17 u. in bed te moeten omdat er onvoldoende personeel is. Angst om geen lekker eten meer te krijgen. Onaanvaardbaar. Rosa is niet de enige. We starten een petitie voor meer investeringen in de zorg.

Laura is 23 en heeft een auto-immuunziekte. Die ziekte veroorzaakt pijnlijke ontstekingen in de liezen en oksels. Ze slaapt niet, ze kan haar werk als poetsvrouw niet naar behoren doen zonder helse pijn te lijden. De dermatoloog schrijft medicatie voor. Dure medicatie, maar het werkt. De ontstekingen nemen af. Gelukkig komt de sociale zekerheid tussen. Tot blijkt dat Laura een hogere dosis nodig heeft dan de meeste patiënten. Haar artsen doen alles om de firma stalen te ontfutselen, maar het blijft elke keer opnieuw bang afwachten of er voldoende zal zijn zonder dat Laura haar maandloon grotendeels aan medicatie moet spenderen. Laura is niet de enige. We voeren actie voor betaalbare medicatie.

Werk dat ziek maakt, te dure zorg door commercialisering, onbetaalbare medicatie... Het zijn maar enkele van de uitdagingen die voor ons liggen. Hiertegenover zetten wij als Geneeskunde voor het Volk een visietekst vol inspirerende analyses en vernieuwende ideeën. In hoofdstuk 1 bekijken we de sociale determinanten van gezondheid. Met andere woorden: waarom worden mensen ziek? Hoe verplichten we werkgevers om meer verantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun werknemers te nemen? Hoe beïnvloeden huisvesting, klimaat, het besparingsbeleid... onze gezondheid? Hoe maken we van gezondheid een basisrecht? In hoofdstuk 2 nemen we onze gezondheidszorg onder de loep. Hoe kunnen we niet alleen zieke mensen genezen, maar ook voorkomen dat mensen ziek worden? En hoe kan dat op een betaalbare manier voor iedereen? Werkdruk, hoge facturen, ongelijkheid... wat ligt aan de basis van al die problemen? In hoofdstuk 3 staan we aan de wieg van een heus Salk-instituut voor onderzoek naar en ontwikkeling van geneesmiddelen. Hoe kunnen we medicatie ontwikkelen op basis van de noden van de bevolking? U leest het allemaal.

In 2009 verscheen onze vorige visietekst, Recht op gezondheid in een gezonde maatschappij. De voorstelling van die visietekst was een van de eerste activiteiten waar ik als jonge, net aangeworven verpleegkundige naartoe ging. Een moment van inspiratie voor mij en vele anderen. De visie van Geneeskunde voor het Volk is wat ons verbindt in engagement voor een betere gezondheidszorg en een betere wereld. Die visie is wat ons het meest beschermt tegen het gure weer van deze tijd, tegen de stress van de vele uitdagingen die voor ons liggen.

We zijn dertien jaar later en de wereld stond niet stil. Niet alleen werden we allemaal genadeloos ouder, veel erger is dat de ongelijkheid blijft toenemen, dat de zorg duurder wordt, dat het aandeel van geneesmiddelenkosten in onze sociale zekerheid stijgt, dat regering na regering preventie blijft verwaarlozen... Gelukkig stond ook Geneeskunde voor het Volk niet stil. Meer en meer gezondheidswerkers, meer disciplines dan ooit, vinden hun plaats in onze praktijken. Zowel het medisch-multidisciplinair centrum als het actiecentrum ontwikkelden sterk. Van de inwerking van eerstelijnspsychologen, over het opvolgen van chronisch zieken door verpleegkundigen, tot een sterke triage door het onthaal. Van de strijd tegen de besparingen op wijkgezondheidscentra, over bussen met patiënten die de Nederlandse grens oversteken om goedkopere medicatie te halen, naar protestacties tegen de jacht op langdurig zieken... Deze visietekst is een oefening om het grotere geheel te bekijken. Al in 2020 besloten we om er werk van te maken. Geen mooiere gelegenheid dan ons vijftigjarig bestaan, toch?

En toen, in maart 2020, stond de wereld even stil. Een virus beheerste ons leven, ons werk, onze maatschappij. Als zorgsector hebben we alle hoeken van de kamer gezien. We vochten tegen een onbekende. En toch was het opnieuw de visie die ons rechthield en richting gaf. Onze visie op arbeid en gezondheid stuurde ons naar de bedrijven om te helpen met testen. We maakten een protocol om syndicalisten te ondersteunen in de strijd voor een veilige werkplek. Vanuit onze visie op gezondheidszorg zetten we lokale contactopsporing op de kaart, en hielpen we rusthuizen uit de nood met materiaal, testen en personeel. Vanuit onze visie op medicatie namen we het initiatief voor de Europese campagne No Profit on Pandemic, die de patenten van de farmaceutische industrie op het vaccin wil breken. Corona gaf nog een extra schok aan een model dat al op losse schroeven stond. Hét moment om onze ambitieuze en vernieuwende ideeën in de kijker te zetten.

Deze tekst is niet het product van één geniale geest. Zoals dat gaat bij Geneeskunde voor het Volk, is het een uitzonderlijke samenwerking geweest. Tientallen collega's en vrijwilligers werkten mee: informatie opzoeken, schrijven, nalezen, herschrijven, corrigeren, vertalen, foto's zoeken, figuren maken... Na de eerste versie discussieerden we met alle teams en verschillende experts over onze ideeën, waarna de tekst in zijn definitieve en fel verbeterde versie werd gegoten. Ik wil dan ook iedereen die meewerkte van harte bedanken. Vanaf nu is het een kwestie van de tekst zo veel mogelijk te verspreiden.

Geneeskunde voor het Volk zou Geneeskunde voor het Volk niet zijn als het bij ideeën bleef. Al zijn de ideeën nog zo goed, de praktijk is de toetssteen voor ons dagelijks werk. Onze 25 000 patiënten, 220 medewerkers en honderden vrijwilligers gaan in gesprek over hun gezondheid, hun woon- en werkomstandigheden, het recht op toegankelijk zorg en medicatie. Dagelijks stromen de verhalen binnen in onze praktijken. Verhalen zoals die van Abdel, Rosa en Laura.

Met die verhalen gaan we aan de slag: we bespreken ze op de teamvergaderingen, we analyseren de maatschappelijke oorzaken van de ziektes, we doen verder onderzoek en wetenschappelijk studiewerk, we zoeken inspirerende buitenlandse voorbeelden en daarmee gaan we terug naar de patiënten.

Zo spreekt Abdel op een infoavond over arbeid en gezondheid en tekent Rosa onze petitie voor investeringen in ouderenzorg. Laura en haar familie komen naar een actie voor goedkopere medicamenten. Samen stappen we naar de pers en vertellen onze verhalen op sociale media. Onze dokters en medewerkers die verkozen zijn nemen ze mee naar het parlement en de gemeenteraad. We werken samen met de PVDA om de thema's op de politieke agenda te plaatsen, op straat en in de raad. We organiseren patiënten om op te komen voor het recht op gezondheid.

Heel dat proces noemen we empowerment. In het laatste hoofdstuk van deze visietekst leggen we uit hoe we dat in de elf praktijken van Geneeskunde voor het Volk aanpakken. Dat stuk is nieuw ten opzichte van onze vorige visietekst. Maar het is wat ons Geneeskunde voor het Volk maakt. De wereld begrijpen, om hem te veranderen.

Geneeskunde voor het Volk werkt zo al vijftig jaar aan het recht op gezondheid; als medisch centrum én als actiecentrum, één en ondeelbaar. De eerste generatie artsen en medewerkers van Geneeskunde voor het Volk besloot om geen eigen carrière uit te bouwen, maar om met heel hun hart, hoofd en handen aan een andere maatschappij te bouwen. De huidige generatie artsen, verpleegkundigen, onthaalmedewerkers... zijn van plan om daar nog vele jaren bij te doen. Tot iedereen recht heeft op gezondheid.

De uitdagingen blijven groot. Zonder geld naar de huisarts, het systeem van de wijkgezondheidscentra uitbreiden, buitensporig hoge specialistenlonen, de werkdruk in de zorg, de dodende patenten breken... Het is niet abnormaal om je af te vragen of dat allemaal wel mogelijk is. Kan je een systeem zo radicaal veranderen? Sinds de jaren 80 zien we dat het idee van het neoliberalisme dat de vrije markt altijd beter werkt, overheerst. Je ziet het niet alleen bij poli-

tici, maar bijvoorbeeld ook in de directie van ziekenhuizen, waar financiële managers worden binnengehaald om het ziekenhuisbedrijf te runnen. Door de besparingen na de crisis van 2008 kwam dat alles nog in een stroomversnelling.

Corona was een schokgolf voor de wereld en schokken doen de wereld kantelen. Dat kan twee richtingen uitgaan: naar de kant van nog meer liberale logica of naar de kant van een meer sociale, publieke logica. Hoe graag wil men ons doen geloven dat er geen alternatief is voor het huidige, neoliberale beleid? Maar de opbouw van de sociale zekerheid na de Tweede Wereldoorlog toont aan dat het wel kan. Onder druk van onderuit kwam er een meer sociale logica. Ook nu beslissen wij in welke richting we duwen. Twee jaar geleden namen we afscheid van Dirk Van Duppen, kiwidokter en voorzitter van Geneeskunde voor het Volk. Hij liet ons zeker de hoop op een betere wereld na.

Ik hou van de hoop,
die het tegenovergestelde is van de angst.
De angst roept op tot passiviteit, lethargie,
ze jaagt je bevend onder je bed.
De hoop leert je op te staan en te zingen,
misschien eerst nog schuchter
zoals een zwaluw,
maar van langsom vastberadener

(uit: Zo verliep de tijd die me toegemeten was)

Ben je gezondheidswerker en wil je mee die hoop koesteren? Dan is Geneeskunde voor het Volk de plek waar je thuishoort. De maatschappij veranderen, dat is immers een immens werk. Dat gaat alleen maar als we samen opkomen voor de rechten van iedereen. Alleen in je spreekkamer genees je ziektes, samen in actie genees je ook de hele maatschappij.



Veel leesplezier,

Janneke Ronse

1 april 2022

Voorzitster van Geneeskunde voor het Volk

Inhoud

Hoofdstuk 1:

Gezondheid, een kwestie van sociaal onrecht bestrijden

1. Onze gezondheid wordt bepaald door de omstandigheden waarin we wonen en werken	10
2. Een systeem dat gezondheid ondermijnt	16
3. Een andere maatschappij is mogelijk	34
Eindnoten hoofdstuk 1	37

Hoofdstuk 2:

Gezondheidszorg

1. Gezondheid is geen koopwaar	41
2. Gezondheidszorg als basisrecht	55
Eindnoten hoofdstuk 2	76

Hoofdstuk 3:

Geneesmiddelen

1. Twintig jaar strijd voor het recht op geneesmiddelen	80
2. Patiënten en de sociale zekerheid betalen zich blauw	86
3. Het farma-businessmodel verhindert maatschappelijke vooruitgang	91
4. De remedie: maak van essentiële geneesmiddelen en vaccins een publiek goed	96
Eindnoten hoofdstuk 3	103

Hoofdstuk 4:

Empowerment

1. De strategie om verandering te bekomen	106
2. Empowerment van individu tot collectief	113
3. Gezondheidswerkers en empowerment: van hulpverlener tot gezondheidsactivist	119
Eindnoten hoofdstuk 4	124

Hoofdstuk 1

Gezondheid, een kwestie van sociaal onrecht bestrijden



- 1. Onze gezondheid wordt bepaald door de omstandigheden waarin we wonen en werken**
- 2. Een systeem dat gezondheid ondermijnt**
- 3. Een andere maatschappij is mogelijk**

1. Onze gezondheid wordt bepaald door de omstandigheden waarin we wonen en werken



“Waarom mensen behandelen zonder te veranderen wat hen ziek maakt?”

Michael Marmot – Voorzitter van de WHO-Commissie voor Sociale Determinanten van Volksgezondheid, 2008¹

In deze visietekst gaan we op zoek naar de omstandigheden die mensen ziek maken. Een havenarbeider met een pijnlijke rug of een poetsvrouw met chronische polsklachten geven we natuurlijk een pijnstillertje, en indien nodig schrijven we een paar dagen ziekteverlof voor. Maar wat lossen we hier structureel mee op? Wat als zij daarna gewoon opnieuw zware lasten moeten verplaatsen, met de drillboor aan de slag moeten, ganse dagen dweilen moeten uitwringen en emmers versleuren? Vaak kunnen we als gezondheidswerker de problemen van onze patiënten onmogelijk oplossen binnen de vier muren van onze spreekkamer.





“Toon me uw longen, en ik zeg u waar u woont”

De strijd tegen de Lange Wapperbrug in Antwerpen begon in onze groepspraktijk in Deurne. We stelden vast dat zes kleuters op tien een puffer nodig hadden, terwijl dat in een landelijke gemeente een veertigtal kilometer verder maar één op tien was. In het wetenschappelijke tijdschrift The Lancet vonden we de verklaring voor dit verschil: kinderen die dicht bij een snelweg wonen, hebben slechtere longen, wees onderzoek uit. Diezelfde week nog hoorden we van de plannen voor de bouw van een Lange Wapperbrug die de Antwerpse ring boven de dichtbevolkte woonwijken in onze buurt zou laten razen. Een ramp voor de volksgezondheid, wisten we toen. We stelden een wetenschappelijk onderbouwd dossier op en gingen samen met patiënten, actiegroepen en het middenveld aan de slag.

Het werd een lange strijd, die meer dan tien jaar duurde. Een strijd waar dokter Dirk Van Duppen mooi op terugblijkt in zijn boek Zo verliep de tijd die me toegemeten was. Met acties en infoavonden schudden we zo veel mogelijk mensen wakker over de effecten van luchtverontreiniging en geluidsoverlast op onze gezondheid. Het was een strijd van David tegen Goliath. Tegenover ons stond de machtige lobby van de betonboeren, die tuk was op een bijzonder lucratieve miljoenendeal. Maar tegenover de macht van het geld en de betonlobby, hebben wij de macht van het aantal. We sensibiliseerden, mobiliseerden en organiseerden, in alle wijken van de stad. Samen met de burgerbewegingen Ademloos en stRaten-Generaal haalden we meer dan 50 000 handtekeningen op om de stad te verplichten een volksraadpleging te organiseren. Daar werd de Lange Wapperbrug weggestemd. De burgemeester Patrick Janssens moest op zijn stappen terugkeren. Er volgden nog jaren van gehakketak, juridische en politieke spelletjes, informatieavonden en betogingen. Uiteindelijk komt een veel beter alternatief op tafel: de overkapping van de ring. Het blijft een strijd om dat project te realiseren, maar de bal is aan het rollen gebracht.

Sofie Blancke
huisarts GVHV Deurne

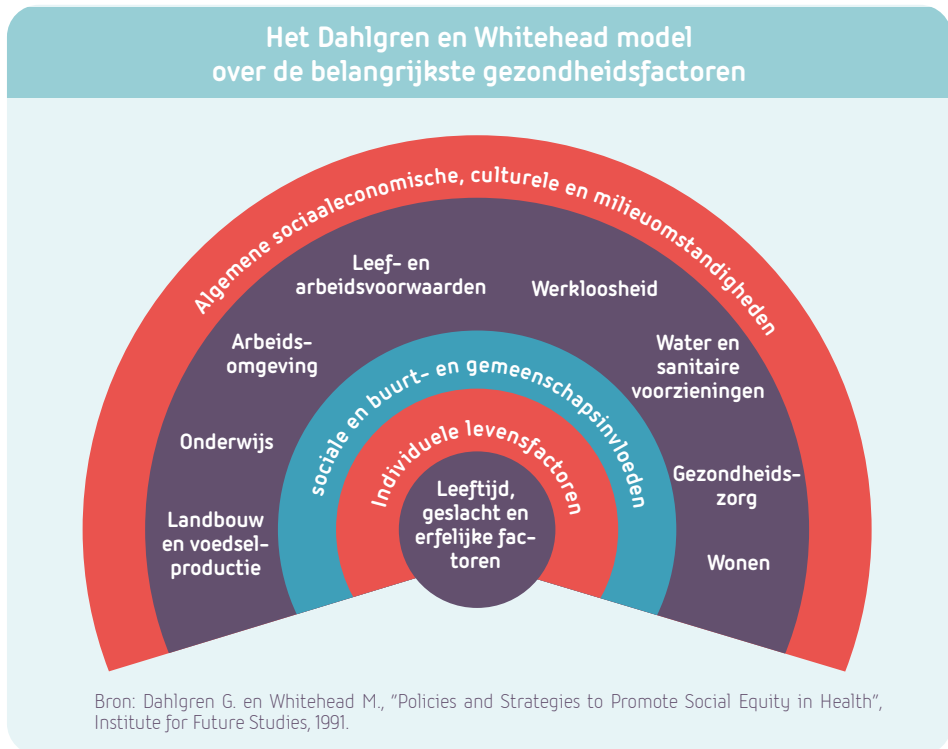


De sociale determinanten van gezondheid

Gezondheid wordt voor het grootste deel bepaald door de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, werken en ouder worden. Allemaal factoren die buiten de gezondheidssector liggen. Dat zijn de “sociale determinanten van gezondheid”.

De onderzoekers Margaret Whitehead en Göran Dahlgren deden onderzoek naar de verschillende factoren die onze gezondheid bepalen, en besloten dat ze die in verschillende ‘lagen’ konden schikken. Dat wordt weergegeven in het ‘regenboogschema’ dat ze uitwerkten.² In het centrum vinden we factoren terug waar we zelf weinig kunnen aan veranderen: de leeftijd, het geslacht, erfelijke factoren... Dan komt in een tweede laag een aantal factoren die te maken hebben met

ons individueel gedrag. Denk dan aan roken, voedingsgewoonten of sporten. Vervolgens zijn er factoren die verband houden met onze directe omgeving: de buurt waar we wonen bijvoorbeeld. En uiteindelijk vinden we in de buitenste cirkel met de meer algemene sociaal-economische omstandigheden waarin we leven (waar we werken, in welke omstandigheden we wonen, het gezinsinkomen...).



Het zijn trouwens de factoren in de buitenste laag die de grootste invloed hebben. Biologische en erfelijke factoren spelen eigenlijk maar een kleine rol. Canadese onderzoekers schatten dat de biologische factoren voor zo'n 15% onze gezondheid bepalen, de directe omgeving voor zo'n 10% en het gezondheidssysteem voor 25%. Volgens hen wordt onze gezondheid maar liefst voor de helft bepaald door sociale en economische factoren.³

Dezelfde vaststelling blijkt ook uit de geschiedenis. Ingrepen in de sociale determinanten waren vaak belangrijker dan bepaalde behandelingen. Denk aan de manier waarop een verwoestende longziekte als tbc teruggedrongen werd. De grootste daling van het aantal overlijdens deed zich voor op het einde van de 19de eeuw, lang voor er een behandeling beschikbaar was. De arbeidersbeweging kon toen betere leefomstandigheden afdwingen, de gezondere voeding en betere behuizing deden de sterfte door tbc afnemen.⁴

Niet iedereen is gelijk voor ziekte



“Van alle ongelijkheden zijn gezondheidsverschillen het meest schokkend en onmenselijk.”

Martin Luther King – Amerikaanse burgerrechtenactivist

Dat die sociale en economische factoren zo belangrijk zijn voor de algemene gezondheidstoestand is eigenlijk gemakkelijk te begrijpen als je de gezondheidstoestand vergelijkt over de hele wereld. Een kind dat in Europa geboren wordt, heeft een goede kans om 77 jaar te worden; als het in Afrika geboren wordt, dan daalt de levensverwachting tot 60 jaar.⁵ Gezondheid is niet voor iedereen gelijk.

Dat is trouwens niet alleen een fenomeen van arme landen. Ook in ons land zijn er grote ongelijkheden. Zo zal een inwoner van Dour, een kleine gemeente in Henegouwen, gemiddeld 76 jaar oud worden. Dat is acht jaar minder dan iemand die tachtig kilometer verderop geboren is, in Sint-Martens-Latem, een welgestelde gemeente aan de rand van Gent. Daar is de levensverwachting 84 jaar.⁶ In een land dat een zakdoek groot is, zijn de verschillen in levensverwachting enorm. De oorzaak? De omstandigheden waarin wij geboren worden, leven en opgroeien zijn ongelijk.

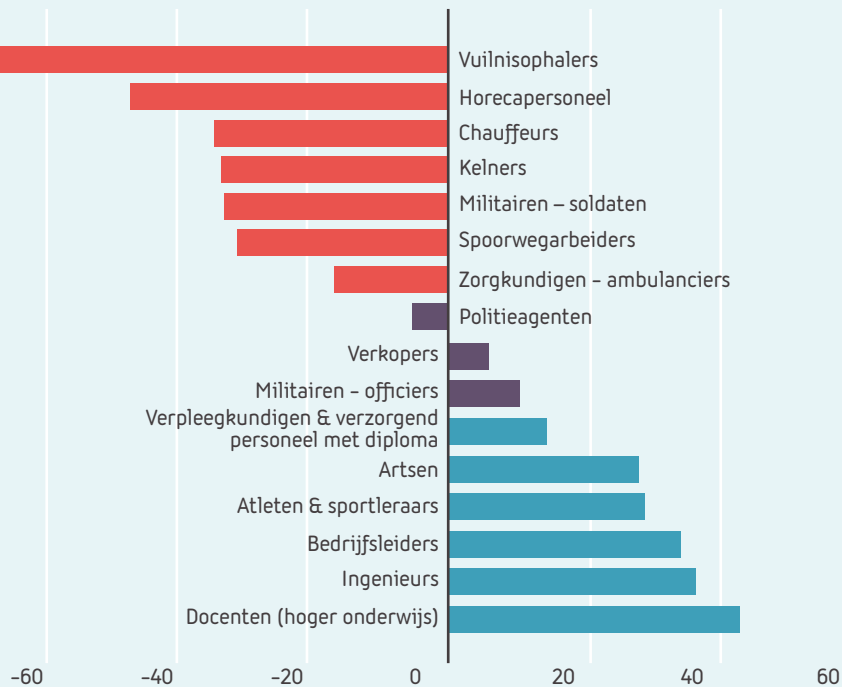
Wist je bijvoorbeeld dat je levensverwachting beïnvloed wordt door het werk dat je doet? Sommige beroepen, zoals verplegend personeel, ambulanciers, spoorwegpersoneel en chauffeurs in het openbaar vervoer, sterven ‘sneller’ dan anderen. Onderstaande grafiek toont de oversterfte beroepsgroep, dat wil zeggen een daling van de levensverwachting voor die groep in vergelijking met het gemiddelde.

Wat opvallend is: bij de verschillen in de grafiek gaat het allemaal om mensen met een job. Wanneer we het hebben over sociale determinanten, gaat het dus niet alleen om een probleem van de armsten. Bij gezondheidsongelijkheid hebben experts het vaak over een ‘kloof’, maar de reële situatie lijkt meer op een trap. Een trap waarbij op elke trede de gezondheid een beetje beter is dan op de voorgaande. De Britse onderzoeker Michael Marmot spreekt van een ‘sociale gradiënt’. Ook wie een job en een inkomen heeft, heeft het dus minder goed dan de CEO’s en rijke renteniers.

Het inzicht over de rol van sociale determinanten van gezondheid maakt de gezondheidsongelijkheden tussen mensen en landen des te meer onaanvaardbaar, omdat ze grotendeels te vermijden zijn. Je genen of je leeftijd: daar kan je niet echt iets aan doen. De sociale determinanten van gezondheid, dat is iets helemaal anders: die worden bepaald door politieke en economische beslissingen.

De gezondheid verbeteren is dus een kwestie van sociale rechtvaardigheid, meer dan van betere gezondheidszorg, en al helemaal geen kwestie van individuele verantwoordelijkheid. 'Social injustice is killing people on a grand scale', luidde de conclusie van de Wereldgezondheidsorganisatie in 2008. Die conclusie is vandaag nog even geldig. Om daar iets aan te doen moeten we het probleem bij de wortel aanpakken en dus 'the causes of the causes' van sociale ongelijkheid aanpakken.

Bepaalde beroepen leiden tot een hogere of lagere kans op overlijden



■ Significante oversterfte ■ Significante ondersterfte
■ Niet-significante afwijking van het gemiddelde

Bron: Joël Girès, "Le travail c'est la santé ? (pas pour tout le monde)", L'Observatoire belge des inégalités, 14 december 2020. (<https://inegalites.be/Le-travail-c-est-la-sante-pas-pour>)

| Oversterfte/Ondersterfte = de procentuele stijging of daling van de kans op overlijden



Gezondheid, een collectieve verantwoordelijkheid, geen individuele

In onze praktijk begeleid ik een jonge patiënt met een zeer verstoorde diabetes en morbide obesitas. De jongeman heeft zijn eetgewoontes al radicaal veranderd en zijn nieuwe medicatie slaat ook aan. Maar we botsen op een zware hindernis: zijn arbeidsvoorwaarden hebben desastreuze gevolgen voor zijn gezondheid. Hij is bakker van opleiding en werkt in de nachtploeg van een grote supermarktketen, elke nacht van 3 uur tot 10 uur. Hij verslept dagelijks verschillende tonnen aan materiaal, van zakken bloem tot kneedmachines. Hij slaapt gemiddeld twee cycli van twee uur, dus zo'n vier à vijf uur per dag. Zijn slaaptekort leidt tot chronische vermoeidheid en belet hem te sporten. Het maakt het ook moeilijk om gewicht te verliezen. Hij zou kunnen overstappen naar een dagrooster, maar daardoor zou hij een groot deel van zijn loon verliezen. Dat is financieel niet haalbaar. Zijn gezin heeft de premies voor nachtwerk nodig om de eindjes aan elkaar te knopen.

Bij gezondheidsproblemen wijst het beleid al te vaak met een beschuldigende vinger naar het individu. Bewegen mensen wel genoeg, eten ze wel gezond? Dit is niet alleen culpabiliserend, het is ook inefficiënt. Eten, drinken, roken en bewegen zijn niet zomaar individuele keuzes. Achter de grote gezondheidsproblemen van overgewicht en rookverslaving schuilen een industrie, met massa's reclame voor ongezonde voeding, een invloedrijke tabakslobby, en een economisch systeem dat mensen in een ratrace duwt. Vertel maar eens aan gezinnen met flexibele werkuren, nacht- en ploegenwerk en lage lonen dat ze tijd moeten vrijmaken om samen gezond te koken.

Mélissa Dettleux
diabetesverpleegkundige GVHV Seraing



2. Een systeem dat gezondheid ondermijnt

Onze gezondheid wordt dus grotendeels bepaald door de omstandigheden waarin we opgroeien, werken en wonen. Met die omstandigheden is het tegenwoordig erg slecht gesteld. Nog nooit was onze maatschappij zo moe en zo ziek. Alle indicatoren van ons welzijn staan op donkerrood. Meer mensen hebben last van pijn en hinder en leven met angst en/of depressie. En het is vooral bij de groep jongeren (van 16 tot 24 jaar) dat het algemeen welzijn de voorbije jaren een dalende trend vertoont.⁷

Die negatieve trend is ook te zien als we kijken naar de verschillen in levensverwachting. In 2001 leefde een man met een goed diploma op zak en een goed inkomen zes jaar langer dan een lager geschoolde. Tien jaar later was dat verschil opgelopen tot tien jaar. Bij vrouwen was dat verschil gestegen van negen tot dertien jaar.⁸ De economische crisis en de golf van besparingen hakken zwaar in en versterken de sociale gezondheidsongelijkheden.

De vraag is dan waarom dat zo is. Op wereldvlak stelt Oxfam vast dat we in een wereld leven "waar al meer dan veertig jaar de rijkste 1% dubbel zo veel verdient dan de armste helft van de wereldbevolking."⁹ Er moet een mechanisme zijn in onze maatschappij dat die ongelijkheid veroorzaakt en in stand houdt. Psycholoog Paul Verhaeghe verwoordde het treffend: "Het gevoel van 'op' te zijn, is de grote gelijkmaker aan het worden (...). Als zo veel mensen dezelfde klachten ontwikkelen, in amper één generatie, kun je niet langer van individuele problemen spreken. Dan heb je met iets anders te maken."¹⁰ In de komende paragrafen beschrijven we hoe het kapitalistisch systeem via verschillende mechanismen onze gezondheid ondermijnt.



Geneeskunde voor het Volk en Marx

Wat heeft een organisatie van gezondheidscentra te maken met een 200 jaar oude filosoof? Het marxisme helpt ons om beter te begrijpen hoe de omstandigheden waarin we leven een invloed hebben op de gezondheid. Om te beginnen door je te stimuleren telkens een systeemanalyse te maken wanneer je geconfronteerd wordt met maatschappelijke problemen in je kabinet. "Marxisme is van groot belang voor de geneeskunde," schreef Richard Horton, hoofdredacteur van het medisch tijdschrift The Lancet.¹¹ Het was Karl Marx die voor de eerste maal onderzocht hoe het kapitalisme als economisch systeem juist in elkaar zit. En diezelfde mechanismen zien we vandaag nog altijd terugkomen: van de vervuiling van het milieu, over de privatisering van gezondheidszorg, tot de woekerwinsten die multinationals maken door middel van peperdure medicatie.

Hoe zit dat dan juist in elkaar? In het kapitalisme moeten bedrijven zo veel mogelijk winst maken, om te kunnen overleven in de concurrentiestrijd. Dat kan maar op één manier. Door zoveel mogelijk te produceren voor zo weinig mogelijk geld. Dat gaat ten koste van mens en milieu.

Het zijn de arbeid van de mens en de natuur die de bron zijn van alle rijkdom. Het kapitalistisch systeem duwt bedrijven naar meer uitbuiting van arbeiders en uitputting van de planeet, want dat is de enige manier om meer winst te maken. En dat is nefast voor onze gezondheid. Denk maar aan het langer werken, flexibele uren, outsourcen, lage lonen, preciaire contracten... Maar ook het blijven oppompen van fossiele brandstoffen, gewoon omdat die winst opleveren, tegen alle waarschuwingen van de klimaatopwarming in. Ondertussen gaan kapitaalinvesteerders continu op zoek naar nieuwe markten om nog groter te worden, met privatisering als gevolg.

Daarom is het belangrijk om als gezondheidswerker ook te kijken naar de maatschappelijke positie van patiënten. Het marxisme maakt een onderscheid tussen klassen, op basis van je plaats in het economisch proces. En die klasse bepaalt voor een belangrijk deel welke gevolgen maatschappelijke veranderingen hebben op je gezondheid.¹² De werkende klasse omvat alle arbeiders en bedienden die hun loon verdienen door de arbeid die ze leveren. Het is de strijd van die werkende mensen voor hun belangen die de motor van vooruitgang is voor vele sociale verworvenheden.

2.1 Een systeem dat de werkende mens uitbuit

Huishoudhulpen met kapot gewerkte ruggen, kassiers en caissières met moe gescande polsen, arbeiders van een autofabriek met nekpijn, of bejaarden- en kinderverzorgers die 'op' zijn en voor lange tijd uitvallen met een burn-out: aan hen hoeven we niet uit te leggen dat het werk een invloed heeft op hun gezondheid.

Mensen brengen een groot deel van hun tijd door op het werk. Het is logisch dat het werk een grote impact heeft op de gezondheid. Werken kan voldoening geven en mogelijk maken dat men talenten kan ontplooiën. Het laat mensen toe om bij te dragen aan de maatschappij. Maar werken kan de gezondheid ook schaden. Meer dan de helft van de werkende mensen die ziek zijn, vindt dat hun ziekte deels te wijten is aan hun werksituatie.¹³ Hoe komt het dat zo veel mensen in onze maatschappij hun gezondheid bedreigd zien door hun job?

Wat zeker is, is dat onze werkomgeving er niet gezonder op wordt. Het Europees onderzoekscentrum Eurofound vergelijkt om de vijf jaar de blootstelling van werknemers aan risico's op het werk. Daaruit blijkt dat de intensiteit van het werk, de mentale en fysieke belasting, in stijgende lijn gaat. België is een van de landen met de snelste stijging van de intensiteit op het werk. Ook andere gezondheidsrisico's op het werk verergeren, zoals blootstelling aan repetitieve bewegingen of werken in oncomfortabele houdingen. En ook wat betreft de omgevingsrisico's (blootstelling aan giftige stoffen, lawaai, temperatuur...) is er in België een vrij ongunstige evolutie in vergelijking met de buurlanden.¹⁴ Hoog tijd dus om het tij te keren.

Ze draaien ons zot



"In die tien jaar dat ik daar werkte, is het enorm veranderd. We moesten dubbel zo veel zetels maken op dezelfde tijd, met minder volk. Ze stonden met een chronometer naast ons."

Getuigenis van een vijftigjarige bandwerkster¹⁵

Waarom worden zo veel mensen ziek op het werk? Naar een verklaring moeten we niet lang zoeken: er wordt alsmaar meer van werknemers verwacht. Elke handeling wordt gechronometreerd. Arbeiders van Volvo krijgen exact 71 seconden voor de volgende auto op de band passeert. Zorgpersoneel krijgt 10 minuten om een bejaarde wakker te maken, te wassen en aan tafel te zetten. Die tijdsdruk treedt in conflict met wat men in de rugschool als correcte houding krijgt aangeleerd. Het veroorzaakt allerlei nieuwe ziektes, zoals RSI's, een verzamel-



naam die dokters geven aan alle klachten die te maken hebben met het gedurende lange tijd herhaaldelijk uitvoeren van dezelfde, soms kleine en op zich niet inspannende bewegingen. Het werk hakt in op de gezondheid. Niet alleen hoe zwaar het werk fysiek is, speelt een rol, maar ook het opgedreven werkritme, de repetitieve handelingen, de onaangepaste werktijden en de constante tijdsdruk.

PVDA-arbeidsexpert Kim De Witte maakte in 2021 een messcherpe analyse van de huidige arbeidsmarkt. Ze draaien ons zot is de toepasselijke titel van het boek. De verzameling getuigenissen en de vele wetenschappelijke studies in het boek hebben de verdienste de vinger op de wonde te leggen: de werkstress. Overal is het 'meer-doen-met-minder-mensen', flexibeler zijn, langer werken. Burn-outs swingen de pan uit.

'Werk is geen gezondheidskuur', is het veelzeggende besluit van een grootschalige ABVV-enquête Modern Times uit 2017. Maar liefst 8 op de 10 werknemers geeft daarin aan dat hun lichamelijke en/of mentale gezondheid negatief beïnvloed wordt door de manier waarop het werk vandaag is georganiseerd. De meest voorkomende klachten in hun studie zijn stress, slaapstoornissen, burn-out en prikkelbaarheid.¹⁶

Stress en burn-out worden de stoflong van de 21ste eeuw. Toen wij vijftig jaar geleden de eerste groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk oprichtten, waren het de longen van arbeiders die te lijden hadden onder de chemische blootstelling aan asbest en hadden patiënten te kampen met de stille vijand van de loodvergiftiging. Giftige stoffen en arbeidsongevallen zijn nog altijd een probleem maar daarbovenop hebben we nu te kampen met een epidemie van mentale problemen en fysieke overbelasting door het werk.



De gezondheid van werknemers en werkneemsters uit de dienstenchequesector

Alexandra, een jonge vrouw van 32 jaar en mama van twee jonge kinderen is bij mij op consultatie gekomen. "Ik ben op, dokter," valt ze met de deur in huis. "Ik heb ondraaglijke pijn aan mijn linkerschouder en aan de pols. Ik kan niet meer werken, en wanneer ik thuis kom, moet ik nog ook nog eens het huishouden voor mijn rekening nemen." Ze legt me uit dat ze voor een groot dienstenchequebedrijf werkt, dat ze schoonmaakt bij mensen thuis. Haar dagtaak: schrobben, boenen, op haar knieën vloeren poetsen, zich tientallen keren bukken om een emmer water op te tillen, dweilen uitwringen, de ramen van links naar rechts lappen waarbij ze altijd dezelfde beweging herhaalt, verschillende uren na elkaar rechtstaan. Ik begrijp beter waar die pijn vandaan komt en dat die alleen maar erger zal worden wanneer ze zo'n zwaar beroep blijft uitoefenen.

We bespreken haar dossier op de medische vergadering. Mijn collega's herkennen het verhaal en hebben zelf een of twee patiënten die in de sector werken en te kampen hebben met wat wij in dokterstaal 'musculoskeletale aandoeningen' noemen. Het gaat vaak om tendinitis van de schouder of de elleboog, een geknelde zenuw in de pols die pijn en tintelingen in de vingers veroorzaakt, rugpijn...

Ik beslis om mijn masterproef te doen over musculoskeletale aandoeningen in de dienstensector. We krijgen veel getuigenissen van patiënten die in de sector werken en hun verhaal kwijt willen over hoe hun job hun gezondheid schaadt. We identificeren verschillende factoren: de lage lonen, de angst om zich ziek te laten verklaren en daardoor klanten te verliezen, de angst om te ontdekken dat ze niet meer zouden kunnen werken en het enige inkomen van hun gezin verliezen (velen van hen zijn alleenstaande vrouwen met kinderen) enz. Doorheen het onderzoek begrijpt het team van de groepspraktijk snel dat we, om een einde te maken aan de pijn van de patiëntes, hen vooral op alle mogelijke manieren moeten steunen in hun strijd voor betere arbeidsvoorwaarden en betere lonen.

Elisa Munoz Gomez
huisarts GVHV La Louvière



Ook de druk om constant te moeten jongleren met werkuren en de tientallen sollicitaties voor een nieuwe job wegen zwaar door. Onzekerheid over de job of stress om twee deeltijdse jobs of interimopdrachten te combineren, voor velen is het dagelijkse kost. In de uitzendsector bijvoorbeeld wordt nog altijd met dagcontracten gewerkt. Pas enkele uren voordien weten mensen of ze de volgende dag nog een job hebben.

Werken met flexibele contracten hangt samen met een slechtere mentale gezondheid, negatieve stress, psychisch lijden, angst, depressieve klachten, gebruik van antidepressiva en een langere duur van depressie-gerelateerde arbeidsongeschiktheid. In de industrie en in de bouwsector gaan precaire en instabiele jobs gepaard met meer en zwaardere arbeidsongevallen en musculoskeletale klachten.¹⁷

Het jobverlies en de jobonzekerheid die voortkomen uit de golf van herstructureringen en faillissementen na de financieel-economische crisis van 2008 wegen mentaal heel zwaar door. Het maakt mensen uit de lagere sociale klassen zelfs vatbaarder voor zelfdoding, bewijst onderzoek.¹⁸

Ze doen ons harder, langer en flexibeler werken. Het is de concurrentie en de drang naar meer winst die voortdurend in die richting pusht, ook als dat ten koste gaat van het welzijn en de gezondheid van de werkers. Op verschillende manieren zoekt ons economisch systeem naar nog hogere winstvoeten. Door ervoor te zorgen dat mensen sneller werken, door mensen tijdelijke contracten en flexi-jobs te geven zodat je ze alleen moet inzetten wanneer het echt nodig is,

of door mensen langer te laten werken. Alle drie deze strategieën hebben negatieve gevolgen voor de gezondheid. Onder het kapitalisme staat het evenwicht tussen werk en gezondheid fundamenteel onder spanning.

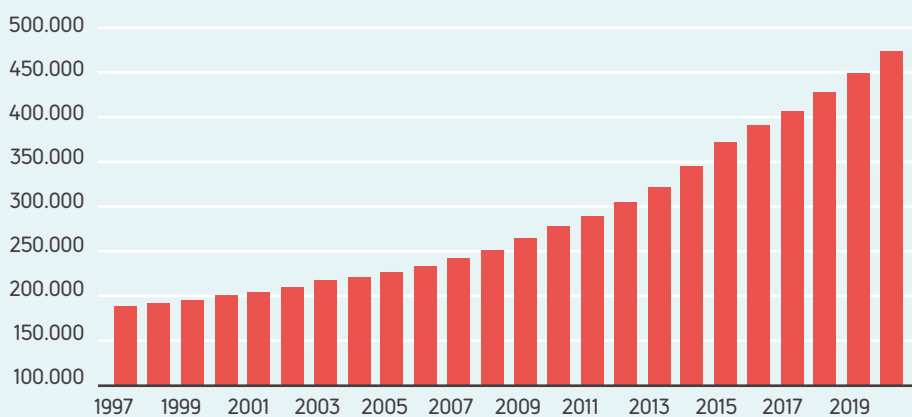
Alarmerende cijfers

Ondertussen staan alle alarmsignalen rond arbeid en gezondheid op rood. Om te beginnen de burn-outepidemie. Niet minder dan één op drie van de werknemers kampt met overmatige stress op het werk.¹⁹ In iets meer dan twee jaar tijd is het aantal werknemers dat arbeidsongeschikt is door burn-out met 162% gestegen, van 3713 eind 2017 tot 9708 in juni 2020. Een zorgwekkende evolutie is dat ook alsmear meer jongere werknemers geconfronteerd worden met psychische problemen.

In de gezondheidszorg worden we allemaal geconfronteerd met de explosieve toename van het probleem. Hoogleraar psychologie Paul Verhaeghe beschreef het bij zijn pensioen na bijna veertig jaar praktijkvoering helder en duidelijk: "De oorzaak van zware psychische problemen is sinds 1990 radicaal verschoven, van het gezin naar de werkvloer."²⁰

Maar de toenemende werkstress heeft ook andere gezondheidseffecten. We zien bijvoorbeeld dat het aantal zware arbeidsongevallen toeneemt.²¹ Hoewel er minder arbeidsongevallen aangegeven worden, is het proportioneel aandeel ongevallen met zware gevolgen hoger dan ooit. Ook de aanvragen voor beroepsziekten gaan in stijgende lijn. Dan gaat het onder meer om spier- en gewrichtsaandoeningen zoals een tenniselleboog of een carpaletunnelsyndroom die duidelijk gelinkt zijn aan de werksituatie.

Evolutie van het aantal langdurig zieke werknemers in België, 1997-2020



Bron: Opgevraagd door GVHV bij het RIZIV

Ondertussen is in ons land een half miljoen mensen langdurig ziek. Velen onder hen zijn ouder dan 55. De hoge werkdruk maakt het immers voor heel veel werknemers gewoon onmogelijk om het langer vol te houden. Toch verplichtten opeenvolgende regeringen ons om langer te werken. De wettelijke pensioenleeftijd werd opgetrokken tot 67 jaar en een groot deel van de mogelijkheden om vroeger of gedeeltelijk uit te stappen, worden geschrapt of uitgehold. Samen met de vakbonden waarschuwden we dat deze maatregelen het aantal langdurig zieken zou doen toenemen. We kregen jammer genoeg gelijk: voor elke bruggepensioneerde die er sinds 2012 minder is, kwam er minstens één langdurig zieke bij.²² Eind 2021 was ons land op weg naar het recordaantal van een half miljoen langdurig zieken, mensen die meer dan een jaar afwezig blijven van hun job.

Zieke arbeidsomstandigheden gezond maken



"Burn-out kan worden beschouwd als een (normale) reactie op een pathologische context."

Hoge Gezondheidsraad - Advies 'Burn-out en werk', 2017

Er moet iets fundamenteel veranderen in de manier waarop we naar arbeid en gezondheid kijken. Het is niet normaal dat mensen hun loopbaan eindigen als invalide of langdurig zieke. Mensen hebben het recht om het bedrijf, waar ze de beste jaren van hun leven aan geven, 's avonds even gezond te verlaten als wanneer ze 's morgens de poort binnenstappen. Dat kan door de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de werknemers bij het bedrijf te leggen.

Het beleid van de voorbije jaren gaat juist de omgekeerde richting in. Wanneer de stijging van het aantal langdurig zieken ter sprake komt, wordt met een beschuldigende vinger gewezen naar de zieke werknemers. Iedereen die ziek uitvalt, moet een re-integratietraject volgen. Een traject met vragenlijsten die je soms nog zieker maken dan je al bent.²⁴ In de praktijk is trouwens van re-integratie weinig sprake. Werkgevers zijn verantwoordelijk voor aangepast werk, maar dat wordt amper gecontroleerd. Op het eind van zo'n traject worden twee op drie zieke werknemers gewoon ontslagen.²⁵

We moeten de logica omkeren. Waar het werk de mensen ziek maakt, moeten de arbeidsomstandigheden aangepakt worden. Zo moet elk geval van burn-out of RSI beschouwd worden als een signaal dat de andere werknemers ook een risico lopen. In plaats van alleen in te zetten op een snelle genezing (en werkhervatting) van de zieke moeten we meer naar de verantwoordelijkheid van de werkgever kijken. Zo voorkomen we dat collega's van de (langdurig) zieke ook uitvallen. Dat is het probleem aanpakken bij de oorzaak in plaats van alleen aan symptoombestrijding doen.

Concrete maatregelen zouden ons al een heel eind op weg helpen:

- **Door te erkennen dat de echte experts van gezonde werkomstandigheden de werknemers zelf zijn.** We kunnen hen meer zeggenschap geven door de comités voor preventie en bescherming op het werk te democratiseren. De vertegenwoordigers van de werknemers moeten er centraal staan en de nodige tijd en middelen krijgen om de arbeidsomstandigheden te bestuderen en te verbeteren. In plaats van alleen vrijblijvende adviezen te geven zouden ze meer beslissingsmacht moeten krijgen in het bedrijf.
- **Door werkgevers ook financieel te responsabiliseren voor werknemers die ziek uitval-**
len. Ze zouden gewaarborgd loon moeten uitbetalen gedurende minsten twee maanden. Dit idee werd al twee keer voorgesteld in het federaal regeerakkoord, evenveel keer slaagde de werkgeversorganisatie VBO erin de regering van mening te doen veranderen. Laat bedrijven gedurende langere tijd bijdragen aan het inkomen van langdurig zieke werknemers. In sommige buurlanden is dat al zo.²⁶ Dat stimuleert hen om te zorgen voor aangepaste werkomstandigheden en jobinvullingen voor re-integratie.
- **Door mensen te helpen om te werken zonder hen te dwingen.** Re-integratietrajecten mogen niet langer gekoppeld worden aan ontslag. Werkgevers zouden verplicht moeten zijn om een bepaald percentage²⁷ aangepaste werkposten te voorzien. Langdurig zieken zouden in overleg met de arbeidsgeneesheer en de vertegenwoordigers van het CPBW een aangepaste werkpost moeten kunnen kiezen.
- **Door werkgevers te motiveren om aan preventie te doen.** Burn-out moet erkend worden als beroepsziekte en ook de erkenning van andere ziekten moet beter zodat bedrijven verantwoordelijk worden voor de preventie ervan. Ook de uitkeringen voor beroepsziekten moeten worden opgetrokken tot minstens de gemiddelden in andere Europese landen, dankzij de bijdragen van de werkgevers.

Een structureel probleem vraagt om structurele oplossingen, op bedrijfsniveau en op maatschappelijk niveau. We hebben de mogelijkheid om werk opnieuw gezond te maken. Zo veel jongeren zijn op zoek naar werk, waarom mensen dan langer laten werken? De werkdruk moet flink naar beneden. Een collectieve arbeidsduurvermindering door de 30-urenweek in te voeren, is een concreet antwoord op de epidemie van overwerk en overbezette agenda's. Met een volwaardig pensioen op 65, vervroegd pensioen vanaf 60 en landingsbanen vanaf 55 jaar zorgen we ervoor dat werken ook voor oudere werknemers haalbaar blijft.

Het voorbeeld van burn-out toont de keuze aan waarvoor we staan. In haar advies over burn-out en werk benadrukt de Hoge Gezondheidsraad net als velen dat de oorzaken en de oplossingen voor ziekte op het werk niet langer op individueel niveau gezocht mogen worden. Integendeel: "Burn-out kan worden beschouwd als een (normale) reactie op een pathologische

CPBW : een maandelijks vergadering waarin werkgeversafgevaardigden en verkozen werknemersafgevaardigden overleggen over hoe het welzijn van de werknemers op het werk.

context. (...) Burn-out voorkomen of behandelen moet (...) verlopen via een wijziging van het maatschappijmodel, in plaats van alleen te steunen op aanpassingsoplossingen, medicatie of psychologiseren.”²⁸



In welke mate laat de gezondheid van werknemers tussen 55 en 67 jaar het hen nog toe om te werken?

Die vraag stelden we ons met Geneeskunde voor het Volk in de aanloop naar de grote pensioenbetoging van mei 2018, toen tienduizenden mensen op straat kwamen tegen de pensioenplannen van de zogenaamde Zweedse regering. Die wilde ons via een puntensysteem allemaal langer laten werken in ruil voor minder pensioen. Wij zien elke dag in de praktijk hoe de gezondheid van heel veel mensen het gewoon niet toelaat om tot de wettelijke pensioenleeftijd te werken, laat staan tot hun 67ste. We steunen de sociale strijd van de vakbonden en wilden dit onderbouwen met harde cijfers. We deden een onderzoek bij meer dan drieduizend patiënten. Daaruit bleek dat vanaf de leeftijd van 55 jaar een kwart van werknemers al volledig arbeidsongeschikt is en een ander kwart door hun gezondheid gedeeltelijk arbeidsongeschikt is en dus aangepast werk nodig heeft. Op 65 is zelfs één op twee werknemers volledig arbeidsongeschikt. Onze studie bewijst dat langer werken, al dan niet met aangepast werk, niet doenlijk is voor een groot deel van de werknemers. De sociale strijd, met twee grote betogingen en tal van lokale acties, wist de regering terug te dringen. Het puntenpensioen lag in scherven op de grond en is niet meer op de regeringstafel geraakt.²³

Karel Van Bever

huisarts GVHV Zelzate



2.2 Een systeem dat vervuilt

Heel wat ziekmakende stoffen in de grond, het water en in de lucht

Je kan geen krant openslaan, of er staat wel een verhaal in over ziekmakende stoffen die in onze grond, ons water of onze lucht worden gepompt en die een gevaar vormen voor de volksgezondheid. Denk maar aan de inwoners van Zwijndrecht of Linkeroever die rond de chemiefabriek van 3M wonen: eind oktober 2021 kregen 800 van hen te horen dat ze té hoge PFOS-waarden in hun bloed hebben, een niet-afbreekbare, mogelijk kankerverwekkende en immuunverstorende chemische stof. In Moretusburg, de Hobokense wijk naast het metaalverwerkend bedrijf Umi-

core, worden veel te hoge loodwaarden aangetroffen in het bloed van werknemers en kinderen die in de buurt wonen. In Mons maakten ze dan weer kennis met de 'broyeurs à métaux', als de grootste uitstoters in Europa van PCB's – giftige en moeilijk afbreekbare stoffen die zich ophopen in het vetweefsel. Het zijn concrete voorbeelden van multinationals die alleen oog hebben voor hun kortetermijnwinst, dit volledig ten koste van de gezondheid van de werknemers, de buurtbewoners en de planeet.

Voorbeeld één. Luchtvervuiling vormt een wereldwijde bedreiging voor de volksgezondheid.

De hoeveelheid vervuilende stoffen in de lucht, zoals fijnstof, stikstofdioxide of koolstofdioxide,

is zo hoog dat de Wereldgezondheidsorganisatie het heeft over een 'noodtoestand voor de volksgezondheid'. Luchtvervuiling door de verbranding van aardolie, steenkool en andere fossiele brandstoffen was in 2018 verantwoordelijk voor 8,7 miljoen doden.²⁹

Luchtvervuiling is ook één van die factoren die de sociale ongelijkheid versterkt. In Brussel werd recent onderzocht hoe het zit met de luchtkwaliteit in de verschillende wijken. Daarbij bleek dat in arme wijken de lucht vier à vijf keer meer vervuild is dan in rijke wijken. Je kan de kaart van de luchtvervuiling bijna naadloos leggen op die van de sociaal-economische achtergrond van elke wijk.³⁰

Voorbeeld twee. Klimaatverandering, code rood voor een gezonde toekomst.

De verwoestende overstromingen in de Vesdervalei in de zomer van 2021 maakten de gevolgen van klimaatverandering pijnlijk duidelijk. Tientallen mensen kwamen om het leven, duizenden huizen werden verwoest, hele gemeenschappen werden ontwricht.³¹ Het is de massale uitstoot van CO₂ sinds de industriële revolutie, vooral door de verbranding van fossiele brandstoffen, die de aarde doet opwarmen. In heel de wereld ondervinden mensen alsmear meer de gevolgen hiervan voor hun gezondheid.³² Het toonaangevende medisch tijdschrift The Lancet noemde klimaatverandering de belangrijkste bedreiging voor de volksgezondheid in de 21ste eeuw.³³

Maar ook de klimaatverandering treft niet iedereen op dezelfde manier. Aan de ene kant omdat een kleine groep verantwoordelijk is voor het probleem. In België stoten vijf multinationals bijna evenveel uit als alle gezinnen samen.³⁴ Op wereldniveau is een honderdtal multinationals verantwoordelijk voor bijna driekwart van de uitstoot tot nu toe.³⁵

Aan de andere kant zijn het de gewone mensen die de grootste gevolgen dragen. Van de werkende bevolking die in het zog van de industrie langs de waterlopen is gaan wonen en die vandaag het eerste slachtoffer is van de overstromingen, tot de boeren en arbeiders in het Zuiden die op de vlucht moeten voor droogte of overstromingen.

Change the system, not the climate



“Er woedt een oorlog tussen het klimaat en het kapitalistisch systeem.”

Naomi Klein – Canadese journaliste en activiste, auteur van ‘This Changes Everything. Capitalism vs the Climate.’



“Het is absoluut noodzakelijk om versneld actie te ondernemen en de gezondheid van mens en planeet boven alles te stellen,” klinkt het dwingende advies van de wetenschappers. Dat vraagt om een systeemverandering. Want de klimaatcrisis is een systeemcrisis, een crisis van het kapitalisme zelf, zoals Naomi Klein uitvoerig aantoont in haar boek *This Changes Everything*. Wat de noodzakelijke radicale ecologische transitie vandaag in de weg staat, is zeker geen technologische kwestie. De technologie om onze maatschappij klimaatneutraal te maken, bestaat of is volop in ontwikkeling.

We kunnen vandaag perfect proper produceren zonder de gezondheid van werknemers, buurtbewoners én de planeet te schaden. Maar dat vraagt om investeringen en in het kapitalisme geldt nu eenmaal de ijzeren wet van de maximale winst. De aandeelhouders en CEO's van de grote multinationals zwaaien de plak en zij kiezen voor wat voor hen op korte termijn het meeste winst oplevert, niet voor de belangen van de wereldbevolking en het klimaat op lange termijn. Als de laatste druppel olie voldoende geld oplevert, zullen de multinationals niet aarzelen om die uit de grond te pompen. Maar zoals Naomi Klein schrijft: de wetten van een economisch systeem kan je veranderen, de wetten van de natuur niet.

2.3. Een systeem dat openbare diensten op de markt gooit

Wonen, eten, zich verwarmen, een plaats in een crèche vinden voor een redelijk budget, aan sport kunnen doen, met vakantie kunnen gaan, in een aangename wijk wonen met veel groen... het zijn zaken die essentieel zijn in ons dagelijks leven en zo belangrijk voor onze fysieke en mentale gezondheid. Het is dus ook normaal dat we er als samenleving voor zorgen dat ze voor iedereen mogelijk zijn. Dat is de bedoeling van onze openbare diensten.

Maar in werkelijkheid zien we dat er alsmear meer bespaard wordt op die publieke dienstverlening. De bevolking wordt meer en meer overgelaten aan de grillen van de vrije markt. Gevolg is dat alles alsmear duurder wordt en ook de kwaliteit er alsmear meer op achteruitgaat.

Met het harde besparingsbeleid spreidde de politiek het bedje voor de privatisering van publieke diensten. De Amerikaanse wetenschapper en politieke denker Noam Chomsky beschreef die techniek ooit heel helder: als politici een sector willen privatiseren, dan zorgen ze er eerst voor dat die minder middelen krijgt. Daardoor daalt de kwaliteit en worden de gebruikers boos, waarna diezelfde politici zeggen dat alleen een privatisering redding kan brengen.

De evolutie die Chomsky beschrijft, zien we op verschillende domeinen. De toegang tot sociale rechten wordt niet langer gegarandeerd door sterke publieke diensten, maar wordt meer en meer overgelaten aan de wetten van vraag en aanbod op een private markt. Net zoals gezondheid een koopwaar wordt op de markt, zien we hetzelfde voor ons recht op wonen, vervoer, energie, gezonde voeding en ga zo maar door.





Besparingen zijn dodelijk

"De kosten van het besparingsbeleid kunnen berekend worden in mensenlevens."

David Stuckler – Britse professor volksgezondheid en overheidsbeleid

Tijdens het harde besparingsbeleid dat volgde op de financiële crisis van 2008 konden we heel goed zien wat de gevolgen waren voor onze gezondheid. De overheden hadden miljarden dollars gestort in de bodemloze putten van banken en financiële instellingen en dat geld werd achteraf gezocht bij gewone mensen. Overal werd gesnoeid in publieke dienstverlening en werd het mes gezet in de sociale bescherming.

In Griekenland, dat zo'n beetje het lugubere laboratorium was voor het besparingsbeleid werd het budget voor gezondheidszorg gehalveerd. Het resultaat is onder meer dat één op drie kankerpatiënten geen geld heeft om regelmatig een dokter te zien. Ook in de rest van de wereld zijn de gevolgen desastreus. In Europa en Noord-Amerika leidde het besparingsbeleid tot meer dan tienduizend extra zelfdodingen en tot een miljoen extra depressies. Je job of zelfs je huis verliezen en torenhoge schulden meedragen: dat kruipt letterlijk en figuurlijk onder de huid en veroorzaakt ernstige gezondheidsproblemen.

"Als het Europees besparingsbeleid deel zou uitmaken van een klinisch onderzoek, men zou het onderzoek stopzetten," klinkt het besluit van onderzoeker David Stuckler. "Het bewijs voor dodelijke bijwerkingen is overweldigend. (...) Een recessie doet pijn, maar deze besparingen zijn dodelijk."³⁶

Voorbeeld één. Home sweet home... Het onmogelijke recht op huisvesting.

Het recht op wonen staat dan misschien wel in de Grondwet, een degelijke en betaalbare woningen vinden wordt meer en meer een mission impossible. De oorzaak? Het recht op wonen wordt aan de markt overgelaten en hangt af van de wetten van vraag en aanbod. Het is de private sector, meestal grote immobiëlgroepen en woonbaronnen, die beslist welke woningen gebouwd worden en tegen welke prijs je erin kan wonen. Met als unieke drijfveer: zo veel mogelijk winst maken. Gezinnen worden zo niet gehuisvest op basis van hun noden, wel van hun koopkracht. De overheden investeren bijna niet meer: er worden minder en minder publieke of sociale woningen gebouwd en de bestaande zijn vaak in slechte staat, vooral wat isolatie betreft. Het resultaat is dat alsmaar meer mensen verplicht zijn te kiezen: tussen een woning die niet voldoet,³⁷ of een te groot deel van hun inkomen aan huisvesting te spenderen, waardoor ze zich in de schulden steken of moeten afzien van andere, soms levensnoodzakelijke uitgaven..



Woningen in slechte gezondheid

Een patiënte komt regelmatig op consultatie voor huidproblemen, waar ook haar man en hun kinderen last van hebben. In onze zoektocht naar de oorzaken hiervan botsen we al snel op de woonomstandigheden. Ze woont in een appartement in een grote sociale woonblok met meer dan vijftig gezinnen. We gaan met ons team ter plaatse. We zien de vochtproblemen op de muren, zeker in de slaapkamers. Van een van de muren sijpelt het water naar beneden en zie je sporen van vocht, precies naast het bed van hun kind van veertien. In de andere kamer staat het bed van hun kind van een jaar en twee maanden vlak onder een enorme schimmelplek. Het gezin doet alles wat kan om de woning te onderhouden en ervoor te zorgen dat het vocht verdwijnt: poetsen, goed ventileren, de muren opnieuw schilderen, maar niets helpt.

De gemeente is op de hoogte, maar reageert niet. Erger nog, ze antwoordt de bewoners dat het hun schuld is. Dat ze onvoldoende verluchten. Het gebouw moet worden afgebroken, maar wanneer lijkt niemand te weten. In afwachting laat men gezinnen leven in onwaardige omstandigheden met een mogelijk risico voor hun gezondheid. We beslissen met ons team om de schimmels te laten analyseren en na te gaan of er een verband vastgesteld kan worden met de huidproblemen van het gezin. Onze sociaal assistent neemt ook contact op met andere patiënten die in hetzelfde gebouw wonen en verschillende gezinnen slaan de handen in elkaar. Ze laten alle burens een enquête invullen om de problemen in kaart te brengen. Zo wordt langzaam maar zeker een collectief gevormd dat bij de gemeente eist dat de nodige werken worden uitgevoerd.

Patricia Polanco
coördinator GVHV Molenbeek



Voorbeeld twee: over ongezonde voeding.

Toegang tot een gezond voedingspatroon is een van de belangrijkste sociale determinanten van gezondheid. Gezonde voeding is essentieel om gezond te blijven en helpt niet-overdraagbare ziekten zoals diabetes, kanker, hartziekten en beroerte te voorkomen. Nochtans is de realiteit op dit vlak in ons land niet zo rooskleurig. Het Belgisch voedingspatroon wordt gekenmerkt door een excessieve consumptie van rood vlees, bereid vlees en gesuikerde dranken, en door een onvoldoende consumptie van fruit, groenten, noten en zaden, melk, eieren en vis. In 2018 consumeerde slechts 12,7% van de bevolking van zes jaar en ouder de dagelijks aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit (minimaal vijf porties). Daarentegen dronk 20,4% van de bevolking dagelijks suikerhoudende dranken.³⁸

De manier waarop we ons vandaag voeden is veel veranderd in de laatste decennia en die evolutie valt samen met de commercialisering van de landbouw en de voedselmarkt. De hele

voedselproductie – van landbouw tot verkoop – kwam alsmaar meer in handen van industriële multinationals.³⁹ Voedselproductie werd onderdeel van de internationale concurrentiestrijd. In dat gevecht zijn de wetten simpel: wie het goedkoopste en best verkoopbare product aflevert, wint. Maar wat het best verkoopt, is niet noodzakelijk het gezondste.

Gezonde voeding is vaak trouwens duur en moeilijk bereikbaar. Vandaar ook de sociale verschillen in voedingspatronen. Onder mannen en vrouwen met een hogere opleiding zijn er drie keer zo veel mensen die voldoende groenten en fruit eten dan onder de mensen met het laagste opleidingsniveau.

Winst maken gaat niet samen met de gezondheid garanderen

De vermarkting van de voedingsindustrie is een van de oorzaken waarom er binnen de sociale determinanten van gezondheid een nieuw onderzoeksveld ontstond: de commerciële determinanten van gezondheid. Want de commerciële belangen van grote multinationals hebben duidelijk een toenemende invloed op de volksgezondheid. Zij zijn het die mensen voedingspatronen opdringen met bewerkte, ongezonde voedingsmiddelen. Zij zijn het die speculeren op de woonmarkt en de prijzen de lucht in stuwen. De consensus groeit dat we die impact op gezondheid absoluut moeten benoemen.

Toch blijven veel beleidsmakers een pleidooi houden om nog meer openbare diensten te privatiseren. Watervoorziening, treinen en bussen... Ook al tonen voorbeelden uit het buitenland vaak aan dat dat geen goed idee is. In onze kapitalistische economie zullen investeerders namelijk altijd op zoek gaan naar nieuwe markten om hun winstmarges te kunnen vergroten. De bescherming van onze openbare diensten is met andere woorden een belangrijk gevecht voor het recht op gezondheid.

2.4. Een systeem dat mensen tegen elkaar opzet

Discriminatie maakt ons ziek

In onze praktijken krijgen we ook vaak mensen over de vloer die ziek worden, niet wegens de stijgende werkdruk of de schadelijke gevolgen van milieuvervuiling, maar wel doordat ze geconfronteerd worden met discriminatie. Discriminatie is er nog op heel veel vlakken in onze maatschappij. En dat heeft een grote impact op de fysieke en mentale gezondheid.

Voorbeeld één. De gezondheidskloof tussen vrouw en man

In de gezondheidszorg zien we bijna dagelijks vrouwen op consultatie die het slachtoffer zijn van seksisme, seksueel geweld, grensoverschrijdend gedrag, intrafamiliaal geweld en talloze andere vormen van ongelijkheid en discriminatie. Een op drie vrouwen wereldwijd krijgt in



haar leven te maken met seksueel geweld. In België worden naar schatting 100 vrouwen per dag verkracht. Maar slecht acht worden er aangegeven. Vrouwenorganisaties trekken al jaren aan de alarmbel omdat onze regering ondanks de immense omvang van het probleem nog altijd bitter weinig onderneemt.⁴⁰ Het gevolg? Het geweld kan blijven tieren; in 2021 telden de feministische organisaties op het eind van het jaar 21 femicides.

Geweld en grensoverschrijdend gedrag is niet de enige oorzaak van ongelijkheden in gezondheid tussen vrouwen en mannen. Het onrecht zit ingebakken in onze maatschappij. We zien bijvoorbeeld dat het aantal langdurige zieken dubbel zo snel toeneemt bij vrouwen dan bij mannen. Dat komt omdat vrouwen nog steeds het overgrote deel van de zorgtaken thuis op zich moeten nemen en dus veel meer blootgesteld worden aan de ratrace. En daarbovenop werken vrouwen proportioneel nog altijd veel meer met preciaire arbeidssituaties in vergelijking met mannen. Flexibele uren, tijdelijke contracten... De loonkloof tussen vrouwen en mannen is 22,3%, het gemiddelde pensioen bij vrouwen in ons land is erbarmelijk laag.⁴¹ Een op de twee vrouwen met pensioen moet rondkomen met een inkomen onder armoedegrens.

En wat met de gezondheidszorg zelf? Hulpverleners in de zorg hebben vermoedelijk vaak nog te weinig aandacht voor de gezondheidsgevolgen van die structurele genderdiscriminatie in onze maatschappij. Bij vrouwen lopen beroertes en hartfalen bijvoorbeeld vaker fataal af.⁴² Dezelfde symptomen worden niet op dezelfde manier aangepakt: een vrouwelijke patiënt met een beklemmend gevoel op de borst bijvoorbeeld, krijgt sneller kalmeermiddelen of angstremmers voorgeschreven, terwijl een man sneller wordt doorverwezen naar de hartspecialist.

Voorbeeld twee. Racisme en gezondheid

Uit wetenschappelijke studies blijkt dat discriminatie op grond van nationaliteit, afkomst of huidskleur oorzaak is van depressies, angst en psychologische stress. Het gaat gepaard met hogere risico's op hoge bloeddruk en zwaarlijvigheid, hart- en vaatziekten, tot en met borstkanker en vroegtijdige mortaliteit.⁴³ Wanneer iemand regelmatig met racisme geconfronteerd wordt, brengt dit een permanente stress met zich mee, angstig wachtend op de volgende ge-

| Femicide = een moord op een vrouw omdat ze vrouw is

legenheid dat het opnieuw opduikt. Slachtoffers van racisme riskeren zich ook het negatieve gevoel van onderdrukking en minderwaardig eigen te maken. Ook hier speelt de invloed van de sociale determinanten op de gezondheid van mensen met een migratieachtergrond: ze worden sneller doorverwezen naar het beroeps- of bijzonder onderwijs, ze worden vaker uitgesloten op de private huurmarkt of de arbeidsmarkt en hebben dus veel moeilijker toegang tot een kwaliteitsvolle en degelijke baan of woning die de gezondheid niet in gevaar brengt.



'Misschien verdien ik deze racistische opmerkingen wel?'

Een jongeman komt op consultatie. Pas na lang twijfelen zette hij de stap naar een psycholoog. Hij is vaak gespannen, wordt snel kwaad, slaapt slecht, trekt zich terug. Aarzelend vertelt hij over problemen op het werk. Hij heeft een goede job, zijn droomjob zelfs. Maar de aanhoudende racistische opmerkingen van zijn collega's komen hard binnen. Maar hij twijfelt of het niet aan hemzelf ligt. "Misschien overdrijf ik," "misschien verdien ik dat wel?"

We gaan eerst samen op zoek naar manieren om de stress te doen afnemen. Maar in onze gesprekken gaan we ook dieper in op de maatschappelijke factoren. We spreken over de mechanismen achter structureel racisme en de schade die het aanricht. Over de impact op je stresssysteem, zelfbeeld en vertrouwen in anderen. Over discriminatiewetgeving en de mogelijkheden om klacht in te dienen. Alsmear meer zie ik de man opnieuw opbloeien. Zijn verhaal wordt deel van een groter plaatje. Hij beseft dat hij niet alleen is en dat het niet zijn schuld is. Zijn onzekerheid maakt plaats voor gedrevenheid. Uiteindelijk nemen we samen contact op met het gelijkheidscentrum UNIA en beloof ik hem uit te nodigen voor de eerstvolgende antiracismebejeging.

Vaak is het niet het individu dat ziek is, maar is het de samenleving die toe is aan een herstelkuur. In de psychologie wordt de impact van de sociaal-economische omgeving maar al te vaak uit het oog verloren. De aandacht gaat vooral naar de mogelijkheden die mensen hebben om met stress of problemen om te gaan (denk aan termen zoals coping, veerkracht...). Men legt de oorzaak met andere woorden bij het individu. Nochtans is er meer dan voldoende bewijs dat de omgeving een doorslaggevende rol speelt bij het ontstaan van psychologische problemen.

Rody Verhage
psycholoog GVHV Hoboken






Verdeel en heers

In onze maatschappij heeft verdeeldheid en discriminatie twee wortels. Enerzijds is discriminatie geworteld in de winstzucht van de bedrijven. Het komt hen goed uit dat er onder de werkende mensen ook tweederangs- en derderangsburgers zijn. Iemand die gediscrimineerd wordt en in onzekerheid leeft, heeft vaak geen andere keuze dan een preciaire job of een laag loon te aanvaarden om toch maar rond te komen. Zonder die onderlinge verdeeldheid onder de werkers zouden er geen 'wegwerpjobs' zijn. En die slecht betaalde, hyperflexibele jobs zijn zeer belangrijk om de winsten tot het uiterste te drijven.



Anderzijds heeft de heersende klasse er ook baat bij dat de werkende klasse onderling verdeeld is. Want zolang wij het onder elkaar uitvechten en naar onze buur kijken als oorzaak van onze sociale problemen, kijken we niet naar hen die aan de top van onze samenleving de rijkdom opstapelen. De heersende klasse wil vermijden dat de werkende klasse zich organiseert als één blok, om samen op te komen voor hun sociale rechten. Apart zijn alle vingers breekbaar, samen vormen ze een vuist. En daarom proberen ze ons tegen elkaar op te zetten.

3. Een andere maatschappij is mogelijk



“Een andere wereld is niet alleen mogelijk, ze komt eraan. Op een stille dag kan ik haar horen ademen.”

Arundhati Roy – Indiase schrijfster en activiste

We begonnen dit hoofdstuk met de vaststelling dat we dikwijls mensen genezen om hen dan terug te sturen naar de omstandigheden die hen ziek gemaakt hebben. Die omstandigheden wortelen in het economisch systeem dat onze samenleving overheerst, het kapitalisme. In dat systeem worden mens en natuur uitgebuit voor de winst. Bovendien breekt dat systeem onze openbare diensten verder af in functie van de markt, en zet het mensen op tegen elkaar. In die omstandigheden is het onmogelijk om het recht op gezondheid voor iedereen te garanderen. Dat kan alleen in een gezonde maatschappij.

Een gezonde maatschappij, dat betekent dat gezondheid altijd op de eerste plaats komt. Dat gezondheid altijd voorgaat op winst, of het nu gaat om een goede woning, gezonde voeding, waardig werk, of nog andere sociale determinanten. Experts in gezondheid en preventie noemen het de ‘Health in All Policies’-benadering⁴⁴: overheden zouden onze gezondheid voorop moeten stellen in alle beleidsdomeinen. Volgens de analyse die we hierboven in dit hoofdstuk maakten, is dat onmogelijk binnen het kader van het huidige kapitalistisch systeem.

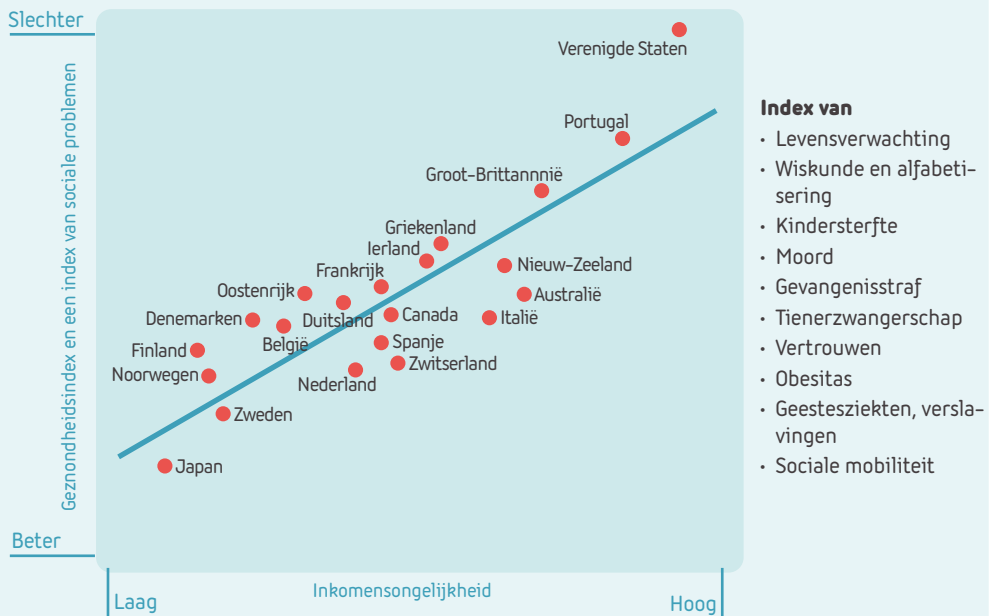
Een ander systeem is mogelijk. In het socialisme nemen de werkende mensen zelf het heft in handen. Belangrijke sectoren van de economie komen in het bezit van de gemeenschap. De economie wordt niet langer bepaald door de concurrentiestrijd en de drang naar meer winst, maar door de behoeften van de bevolking en de draagkracht van de aarde. Eerst de mensen, niet de winst. Zo kunnen we de basisrechten van iedereen garanderen.



Gelijkheid is goed voor de gezondheid

Aan de hand van een hoop wetenschappelijk bewijsmateriaal toonden de Britse sociaal-epidemiologen Richard Wilkinson en Kate Pickett in hun bestseller *The Spirit Level* hoe sociale ongelijkheid een samenleving letterlijk ziek maakt. Hoe groter de inkomensongelijkheden in een samenleving, hoe meer risico je loopt om geconfronteerd te worden met een hele reeks gezondheids- en sociale problemen. In een ongelijke samenleving is er een lagere levensverwachting, een hogere kindersterfte, meer geestelijke gezondheidsproblemen, een hoger druggebruik en meer obesitas. Een voorbeeld: in een land als Japan wordt minder dan één op tien geconfronteerd met geestelijke gezondheidsproblemen, in een zeer ongelijke samenleving als de VS is dat één op vier. Ongelijke samenlevingen worden ook geconfronteerd met meer geweld, sluiten naar verhouding mensen vaker op in de gevangenis, ervaren een lager niveau van wederzijds vertrouwen en het gemeenschapsleven is er zwakker. Niet alleen de armsten zijn hier het slachtoffer van: alle sociale lagen van de bevolking lijden onder een hoge graad van ongelijkheid.⁴⁵

Maatschappelijke- en gezondheidsproblemen zijn erger in meer ongelijke landen



Bron: Wilkinson R. en Pickett K., "The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better.", 5 March 2009. (<https://equalitytrust.org.uk/resources/the-spirit-level>)

De keuze voor een andere maatschappij, het socialisme, vormt de basis voor de samenwerking tussen Geneeskunde voor het Volk en de PVDA. De PVDA verbindt mensen uit alle lagen van de bevolking die willen gaan voor zo'n paradigmawissel. Het voorstel van de partij voor een Socialisme 2.0 werkt concreet uit hoe zo'n socialistisch alternatief er zou kunnen uitzien, vandaag in Europa in de 21e eeuw, en hoe zo'n grote omwenteling mogelijk kan worden.⁴⁶

Als we ons economisch systeem fundamenteel willen veranderen, dan is het essentieel dat de strijd van de werkende klasse een centrale rol krijgt in het gevecht voor een andere maatschappij. Maar om die verandering mogelijk te maken, is het cruciaal dat er een brede verbinding komt van alle progressieve bewegingen in onze samenleving. Arbeid & gezondheid is dus een prioritair thema voor Geneeskunde voor het Volk. En tegelijk zijn onze praktijken en onze medewerkers ook actief op veel andere thema's - van milieu over wonen tot racisme en seksisme. Ons doel is op die manier die andere wereld telkens opnieuw een tikkeltje dichterbij te brengen.



Eindnoten

- 1 Michael Marmot was de voorzitter van de Commissie voor Sociale Determinanten van Gezondheid (CSDH) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). CSDH, "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission on social determinants of health", WHO, augustus 2008.
- 2 Göran Dahlgren and Margaret Whitehead, "The Dahlgren-Whitehead Model of Health Determinants: 30 Years on and Still Chasing Rainbows", Public Health, oktober 2021.
- 3 Deze cijfers komen uit A. Sengupta et al., "The Struggle for Health", Rosa Luxemburg Stiftung, februari 2018. Ze verwijzen naar onderzoek van het Canadian Institute for Advanced Research.
- 4 Het doctoraat van de Gentse historica Isabelle Devos ging over de evolutie van ziekte en sterfte in ons land van de 18e tot de 20e eeuw en de onderliggende mechanismen die daarin een rol speelden. I. Devos, "Allemaal bestjes. Mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw", UGent, 2006.
- 5 WHO, "Life expectancy increased by 5 years since 2000, but health inequalities persist", World Health Statistics, mei 2016; Observatoire des inégalités, "Les inégalités d'espérance de vie dans le monde se réduisent", maart 2018.
- 6 "Hier leven Belgen het langst", De Standaard, juli 2015.
- 7 Conclusies van het Federaal Planbureau, dat op vraag van de regering elk jaar een analyse maakt van een aantal parameters die de levenskwaliteit in ons land in kaart moeten brengen. "Financiële crisis hakte in op gezondheid Belg", De Standaard, 6 februari 2020.
- 8 Onderzoek van demograaf Patrick Deboosere (VUB) bracht deze ongelijkheid tussen man en vrouw en tussen opgeleid en niet-opgeleid naar boven: F. Renard et al., "Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011 : a census-based study", Archives of Public Health, 2019.
- 9 World Inequality Report 2018 geciteerd in het Oxfam-rapport "The inequality virus".
- 10 Volgens een rapport van The London School of Economics uit 2006 zou één op de zes Britten een depressie of een chronische angststoornis hebben. W. Van Driessche, "Stress is de stoflong van de 21ste eeuw", De Tijd, 2014.
- 11 R. Horton, "Offline: Medicine and Marx", The Lancet, november 2017.
- 12 De bekende marxist, bioloog en professor volksgezondheid in Harvard Richard Levins schreef over het belang hiervan: "De wetenschappelijke literatuur zegt dat de armen en onderdrukten kwetsbaarder zijn voor vrijwel alle ziekterisico's. Onderzoekers hebben het over inkomensverschillen en over het opleidingsniveau van de moeders, en zelfs over de sociaal-economische status. Maar ze hebben het niet over klassen. Nochtans is klasse de beste voorspeller als het gaat over de levensverwachting, over beperkingen door ouderdom, of over frequente van hartaanvallen." Bron: www.monthlyreview.org/2000/09/01/is-capitalism-a-disease/
- 13 De CM ondervroeg de werknemers om te horen wat volgens hen de oorzaak van ziekte-uitval is. Meer dan de helft van de 4350 ondervraagden meent dat hun ziekte deels te wijten is aan omstandigheden op het werk: hoge werkdruk, fysiek zwaar werk, slechte relaties met leidinggevenden. Voor meer info, zie CM-info 284, 'Arbeidsongeschiktheid. Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor tijdens en na de ongeschiktheid', juni 2021.
- 14 Gebaseerd op verschillende rapporten van Eurofound: www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/trends-in-job-quality-in-europe en www.eurofound.europa.eu/publications/report/2015/working-conditions/convergence-and-divergence-of-job-quality-in-europe-1995-2010
- 15 Masterproef van Huisarts in Opleiding Aicha Van Haeren en Liesbeth Veelaert. Gepubliceerd in Huisarts Nu www.huisartsnu.be/2018/nr4/masterthesis/waarom-stijgt-het-aantal-langdurig-zieke-werknemers-focusgroepenonderzoek
- 16 Het hele dossier staat op de website van ABVV www.abvv.be/sites/abvv/files/documents/20182/277952/Persdossier+modern+times/f10fbala-46b2-4afd-9c3e-bdf1a06fe98c
- 17 Masterproef van Huisarts in Opleiding Heleen Aerts, "Gezondheidseffecten van werken met een niet-vast contract. Een bespreking van de literatuur en ervaringen van patiënten.", KULeuven, 2015.
- 18 Masterproef Huisartsen in Opleiding Susan van der Wielen en Filip Vanderoot, "Economische crisis & Gezondheid: de invloed van confrontatie met ontslag op bio-, psycho-, sociaal vlak", KULeuven, 2011.
- 19 Het militantenmagazine van de vakbond ACV, Vakbeweging, publiceerde in april 2021 een dossier 'Mentaal welzijn op de werkvloer: dansen op een slappe koord!' De cijfers beschrijven hoe het aantal werknemers dat op het werk lijdt aan stress, burn-out, pesterijen, geweld enz. de laatste jaren explosief gestegen is. In 2019 ervoer meer dan 1 op de 3 werknemers (36,8%) in Vlaanderen problematisch veel stress op het werk. In 2012 was dat 30%. (www.hetacv.be/nieuws-algemene-pagina/2021/04/16/acv-blijft-ijveren-voor-preventie-psychosociale-risico's-op-het-werk)
- 20 K. Sokol, "Psycholoog Paul Verhaeghe aan vooravond van pensioen: 'Oorzaak psychische problemen verschoven van gezin naar werkvloer', VRT NWS, september 2021.
- 21 FEDRIS, "Rapport statistique 2019 - Maladies professionnelles", 2020; FEDRIS, "Rapport statistique 2020 - Accidents du travail - Secteur privé", 2021.
- 22 Uit cijfers die de PVDA opvroeg bij de RVA en het RIZIV bleek dat tussen 2012 en 2019 het aantal bruggepensioneerden met 57 984 eenheden daalde, maar over diezelfde periode kwamen er exact 73 688 oudere langdurig zieken bij (55-plussers). (www.pvda.be/studie_pvda_toont_verband_tussen_toename_langdurig_zieken_en_afbraak_brugpensioen)
- 23 Als in 2020 duidelijk wordt dat de federale Vivaldi-regering op nieuwe maatregelen broeit om ons (nog) langer te laten werken, doen we een nieuw, grootschalig onderzoek bij al onze patiënten tussen 55 en 65 jaar. We leren dat de helft van de werknemers niet tot de pensioenleeftijd kan doorwerken, laat staan tot hun 67ste

- 24 R. Verhage, "Dit is Vivaldi: streng voor de langdurig zieken maar mild voor de bedrijven", De Wereld Morgen, oktober 2021.
- 25 Ze worden door de arbeidsgeneesheer 'definitief ongeschikt' verklaard, waardoor de werkgever 'medische overmacht' kan invoeren en de werknemer bij het huisvuil kan zetten, zonder ontslagvergoeding en zonder behoud van collectieve sociale rechten. De vakbonden noemen het terecht een 'ontslagmachine'.
Cijfers van het ACV (J. Matyn, "Christelijke vakbond ACV: "Twee op de drie werknemers worden na langdurige ziekte ontslagen"", VRT NWS, november 2019), die daarna in onderzoek van de KU Leuven en de ULB bevestigd werden: L. Godderis et al., "Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk", KULeuven & ULB, oktober 2020.
- 26 In Nederland moet de werkgever zieke werknemers twee jaar lang minstens 70% van het normale loon betalen.
- 27 Zoals bijvoorbeeld 5% in Frankrijk
- 28 Hoge Gezondheidsraad – Advies 'Burn-out en werk', 2017
- 29 Bron: www.seas.harvard.edu/news/2021/02/deaths-fossil-fuel-emissions-higher-previously-thought
- 30 Bij het onderzoek CurieuzenAir Brussel werd de blootstelling van de bevolking aan luchtvervuiling in Brussel in kaart gebracht. Drieduizend burgers, scholen, bedrijven en instellingen hebben in oktober 2021 met een eenvoudige maar betrouwbare meetopstelling aan hun raam de concentraties stikstofdioxide (NO2) in hun straat gemeten. www.bruzz.be/vidoeereeks/vrijdag-18-maart-2022/VIDEO-sociale-kloof-achter-curieuzenair-de-lucht-hier-goed-maar-je
- 31 GVHV-voorzitter Janneke Ronse beschreef de medische gevolgen van de overstromingen meer in detail voor de website van PVDA. (www.pvda.be/overstromingen_de_medische_nood_blijft_hoog)
- 32 In het artikel 'Code red for a healthy future' brengen tientallen vooraanstaande onderzoekers heel precies in kaart hoe klimaatverandering de gezondheid beïnvloedt.
Bron: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01787-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01787-6/fulltext)
- 33 Sinds 2015 brengt The Lancet een jaarlijks rapport uit over de impact van klimaatverandering op de volksgezondheid en publiceert de verschillende artikels. Die zijn terug te vinden op hun website www.thelancet.com/countdown-health-climate
- 34 Studiedienst van de PVDA, "5 multinationals stoten een vijfde van alle broeikasgassen in België uit", december 2019.
- 35 T. Riley, "Just 100 companies responsible for 71% of global emissions, study says", The Guardian, juli 2017.
- 36 In zijn boek The Body Economic, Why Austerity Kills verzamelde Stuckler een schat aan cijfermateriaal over hoe het besparingsbeleid van de westerse regeringen na de financiële crisis van 2008 zwaar op de gezondheid van de bevolking inhakte: www.theguardian.com/society/2013/may/15/recessions-hurt-but-austerity-kills
- 37 Hoewel er al meer dan twintig jaar minimale normen bestaan voor huurwoningen, blijkt dat nog altijd 47 procent van alle private huurwoningen niet aan de basiskwaliteit voldoet. Veel gezinnen wonen in te kleine, slecht gelegen, vochtige, slecht geïsoleerde woningen waar ze met te veel op elkaar wonen. Met de nodige gevolgen voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheid en hun welzijn in het algemeen. Het boek De onzichtbare wooncrisis van Joy Verstichele, uitgegeven bij EPO, bevat een schat aan informatie over de woonproblematiek.
- 38 Deze cijfers komen van www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/voedingsgewoonten
- 39 De gepensioneerde GVHV-dokter Staf Henderickx ging op zoek naar het verhaal achter het voedsel dat elke dag op ons bord ligt. Zijn boek heet Van mammoet tot Big Mac. Hij legt haarfijn uit hoe de hele voedselketen grotendeels in handen is van agri-food-multinationals als Nestlé en Unilever.
- 40 M. De Vries, "Een echt feministisch beleid leunt niet op vrouwen", Knack, maart 2022.
- 41 K. De Witte, "Je kan niet applaudiseren voor de helden van deze crisis en ze vervolgens laten werken tot 67%", Knack, oktober 2020.
- 42 Dit is o.m. het geval voor artrose, artritis, lage rugpijn, nekpijn, schildklierlijden, incontinentie, cataract, allergie, migraine, astma, depressie, langdurige vermoeidheid en osteoporose. J. Van der Heyden et al., "Gezondheid en kwaliteit van leven: Samenvatting van de resultaten Gezondheidsenquête 2018", Sciensano, juli 2019.
- 43 D. R. Williams et al., "Understanding how discrimination can affect health", Health Services Research, oktober 2019; J. Bouquet, "Racisme, sexismes... : les discriminations peuvent-elles provoquer des maladies ?", RTBF, april 2021.
- 44 Ontwikkeld in het kader van de Verklaring van Adelaide, Wereldgezondheidsorganisatie, 2010
- 45 In de opvolger, getiteld The Inner Level, gaan de auteurs op zoek naar de achterliggende redenen die maken dat ongelijkheid ziek maakt. We leren er hoe de onderlinge concurrentie tussen mensen in het kapitalisme mensen ziek maakt, omdat het botst op de in wezen sociale natuur van de mens. Lees bijvoorbeeld hier: www.lavamedia.be/hoe-kapitalisme-in-je-bovenkamer-rommelt/
- 46 De principes van het socialisme 2.0 en de strategie van verandering werden vastgelegd in de teksten van het PVDA-Solidariteitscongres in 2015: "Verbreden, verbinden, verdiepen." Te vinden op <https://www.pvda.be/geschiedenis>

Hoofdstuk 2

Gezondheidszorg



- 1. Gezondheid is geen koopwaar**
- 2. Gezondheid als basisrecht**

Gezondheid is een kostbaar goed. Iedereen die ziek wordt, wenst te kunnen vertrouwen op een goede gezondheidszorg. Als maatschappij moeten we de ambitie hebben om niet alleen zieken te genezen en te verzorgen, maar om iedereen zo gezond mogelijk te houden. Daarom zou een preventieve, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg altijd en overal prioriteit moeten zijn.

Vandaag is de gezondheidszorg in ons land én in de wereld ernstig ziek. Meer en meer draait het om geld, minder en minder om de mensen. De kapitalistische logica sluipt van alle kanten binnen. De strijd voor het recht op gezondheid is ook een strijd voor een betere en socialere gezondheidszorg.

In dit hoofdstuk delen we onze visie op de gezondheidszorg. We leggen eerst uit welke negatieve evoluties aan de gang zijn sinds de voorbije jaren. We verdedigen de solidariteit van onze sociale zekerheid tegenover de dreigende commercialisering. Vervolgens gaan we een stap verder en leggen uit welke fundamentele systeemfout in de organisatie van onze gezondheidszorg zit. We pleiten voor een fundamentele verandering, een zorg dicht bij de mensen, vertrekkend van het lokale niveau. We tonen hoe die er concreet zou kunnen uitzien van preventieve zorg tot ziekenhuiszorg. Ten slotte bespreken we waarom we, om dit te realiseren, een sociaal-publiek model nodig hebben.



1. Gezondheid is geen koopwaar

Het recht op gezondheid is een basisrecht, of zou het moeten zijn. Om verschillende redenen komt dit recht meer en meer in gevaar. In dit deel overlopen we de evoluties die ertoe leiden dat gezondheid langzamerhand een koopwaar wordt. We beginnen met hoe de patiënten de problemen zelf ervaren: de dure facturen, de wachttijden, het overbevroegde personeel. We leggen dan uit hoe de overheidsbesparingen de deur openzetten voor commercialisering in de zorg. Ten slotte staan we stil bij de kern van al deze problemen: de 'system error' in onze gezondheidszorg.

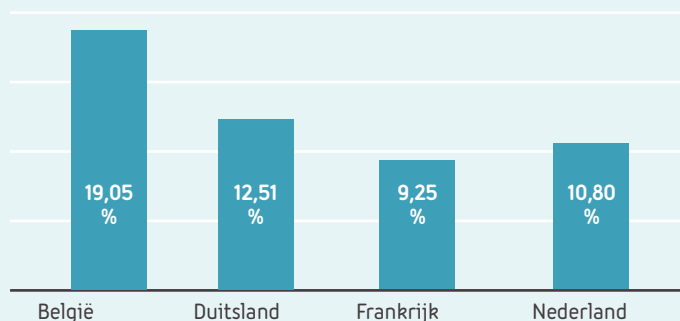
1.1 Als de zorg niet om de mensen draait

Nu en dan krijgen we in de kranten positieve berichten te lezen over onze gezondheidszorg. 'Bij de beste van Europa' valt er te horen.¹ Vele Belgen zijn dan ook erg tevreden over de kwaliteit van de behandeling als ze ziek worden. Ons zorgpersoneel heeft een enorme professionele ethos en is goed opgeleid. Maar vraag de gemiddelde Belg op straat of die vindt dat de zorg er de voorbije tien jaar op vooruit is gegaan, en er komen belangrijke problemen naar boven. Mensen klagen over hoge facturen, wachttijden, en een gebrek aan tijd van het personeel. De rode draad? Waar het zorgpersoneel kiest voor de job omdat ze mensen willen helpen, draait het systeem altijd maar meer om het geld. We zetten enkele kwalijke evoluties op een rijtje.

Duur, duurder, duurst

Belgen betalen ongeveer 20% van de totale gezondheidsuitgaven uit eigen zak, rechtstreeks of via privéverzekeringen. Dat is één euro op vijf waarvoor de sociale zekerheid niet tegemoetkomt in de kosten. Dat deel is in België veel hoger dan in buurlanden.²

Eigen uitgaven als aandeel in de totale gezondheidszorg voor België en buurlanden, 2018



Bron: Federal Public Service – Social Security, "The evolution of the social situation and social protection in Belgium 2020", maart 2021. (<https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/en/publications/silc/silc-analysis-social-situation-and-protection-belgium-2020-en.pdf>)

| Commercialisering is het proces waarbij diensten in toenemende mate worden uitgebaat vanuit een winstoogmerk

Ziekenhuisfacturen en medicatie verklaren de grootste brok van de kosten die bij de patiënt terecht komen in België.³ We betalen remgeld voor medische consultaties en medicatie. Bepaalde behandelingen zoals psychotherapie en osteopathie zijn maar beperkt terugbetaald, net zoals veel medicatie voor tijdelijk gebruik. Bij een ziekenhuisopname betaalt de patiënt ook een deel van de kosten: remgeld, materiaal, medicatie en ereloonsupplementen.

Het zijn die hoge ziekenhuisfacturen die ertoe leiden dat vandaag bijna alle Belgen die het kunnen betalen een privéhospitalisatieverzekering nemen. Maar verzekeringen zijn er om winst te maken: als de factuur stijgt, dan stijgen ook de premies. Door de toename van de ereloonsupplementen schoten de ziekenhuisfacturen in 2016 met 5,5 à 9% de hoogte in.⁴

Het gevolg van deze hoge facturen is dat heel wat Belgen zorg uitstellen om financiële redenen. We kennen dit probleem al lang, maar het neemt nog verder toe. In 2008 stelde 0,5% van de volwassenen zorg uit, in 2016 was het 2,3%. Voor tandzorg is dit cijfer gestegen van 1,6% naar 3,7%. Deze resultaten zijn een pak slechter dan in onze buurlanden, aldus het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE).⁵ In 2017 kon 6,7% van de mensen met de laagste inkomens zich niet laten verzorgen, het derde hoogste cijfer in Europa (na Griekenland en Letland).⁶ Door hun doktersbezoek uit te stellen, lopen mensen het risico dat hun probleem verergert en dat ze later nog grotere gezondheidsproblemen en -kosten hebben. Arm maakt ziek, ziek maakt arm. Van alle West-Europese landen kent België de grootste kloof tussen arm en rijk als het gaat over onvervulde medische behoeften.⁷

Iedereen die al eens in een ziekenhuis werd opgenomen, weet dat de factuur achteraf flink kan oplopen. Het is in België op voorhand vaak niet duidelijk hoeveel een bepaalde consultatie, behandeling of opname in het ziekenhuis gaat kosten voor de patiënt. Het is toch niet normaal dat zieke mensen bang hun factuur moeten afwachten? We kennen enorme verschillen tussen het duurste en het goedkoopste ziekenhuis. Voor een bevalling betaalt een patiënt in een tweepersoonskamer 136 tot 370 euro. Door de hoge ereloonsupplementen varieert de factuur in een eenpersoonskamer van 1039 tot 3339 euro.⁸

Geneeskunde op twee snelheden

Zij die geld hebben kunnen goede zorg betalen, de anderen niet. Wij noemen dat ook de 'geneeskunde met twee snelheden'. Je krijgt een dubbel probleem: de toegang is ongelijk, én de zorg gaat zich ongelijk organiseren, losgekoppeld van de behoeften van elke mens. Als een geneeskunde met twee snelheden ingevoerd wordt, zie je overal in de wereld dezelfde evolutie: het winstgevende deel van de zorg wordt volop uitgebouwd, terwijl de zorg voor fragielere mensen zonder middelen achterblijft.

Dit is ook in België het geval. We zien geneeskunde met twee snelheden bij de specialisten die een deel van hun uren consultatie doen aan het 'geconventioneerde' tarief en een deel 'niet-geconventioneerde' werken, waarbij ze zelf bepalen hoeveel de patiënt extra moet opleggen. Onze huisartsen horen vaak dat de patiënten sneller op consultatie kunnen als ze in de privépraktijk van de specialist gaan. Als je alleen het gewone tarief kan betalen, kom je op de wachtlijst terecht. Een speedy pass in de zorg, wie wil dat nu?

Een schrijnend tekort aan personeel

Niet alleen de patiënten betalen een hoge prijs voor zorg die om geld draait. De werkomstandigheden van ons zorgpersoneel worden jaar na jaar moeilijker. Menselijke zorg leveren wordt vandaag een bovenmenselijke uitdaging. Gezondheidspersoneel wordt al te vaak gezien als een kost waarop men kan besparen. We verzorgen altijd maar meer patiënten met altijd maar minder personeel. Terwijl iedereen weet dat kwalitatieve zorg juist meer samenwerking en meer aandacht voor iedere mens vraagt.

We zitten in heel België met een ernstig tekort aan huisartsen. Het aantal "huisartsarme" gemeenten neemt toe. Daar vindt men minder dan 90 actieve huisartsen voor 100 000 inwoners. In Vlaanderen zijn er 300 gemeenten. 227 daarvan waren in 2019 huisartsarm. In Wallonië is dat het geval voor 146 op 259.⁹

Bovendien is bijna de helft van onze huisartsen 55 jaar of ouder. De huidige instroom aan jonge huisartsen kan de artsen die met pensioen gaan nooit vervangen. Gevolg: in heel wat regio's wordt het voor de patiënten van een huisarts die stopt onmogelijk om een nieuwe huisarts te vinden. De coronapandemie was ook voor de huisartsen een enorme stresstest. Ze voelden aan den lijve dat de eerste lijn dringend versterkt moet worden met extra artsen. In zo'n situatie is het onhoudbaar om de instroom van nieuwe huisartsen te beperken met een toelatingsexamen voor de studies geneeskunde en een **contingentering**.

Door jarenlange besparingen zijn er minder en minder verpleegkundigen aan het bed van de patiënt. De menselijke aspecten van de zorg worden naar het minimum geduwd, waardoor ook de zorgverleners vaak het gevoel hebben dat ze het beroep niet kunnen doen waarvoor ze gekozen hebben. En dat is: voor de mensen zorgen, in principe het mooiste beroep ter wereld. Belgische verpleegkundigen in de ziekenhuizen verzorgen twee tot tien patiënten meer dan wat internationaal als veilig wordt beschouwd (ongeveer 8 patiënten/verpleegkundige op een algemene dienst overdag). We weten uit internationale studies dat als het aantal patiënten per verpleegkundige vermindert, ieders gezondheid verbetert en er minder sterfte is bij de patiënten.¹⁰ Artsen, verpleegkundigen, logistiek, onderhoud, de labo's, de keuken... De werkdruk is te hoog en het loon in verhouding te laag. In 2020 waren 6,7% zorgwerkers meer dan een jaar ziek ten opzichte van 4,6% in alle sectoren.¹¹ Een studie van GVHV uit 2020 toont dat **presenteïsme** een enorm probleem is onder verpleegkundigen.¹²

Remgeld is het bedrag dat je betaalt voor medische kosten dat niet terugbetaald wordt door het ziekenfonds. Het idee van de overheid hierachter is dat het mensen zou remmen om te veel medische zorg te gebruiken. Gek toch?

Geconventioneerde tarief: Ziekenfondsen maken met artsen afspraken over prijzen om ervoor te zorgen dat een patiënt na een consultatie niet voor een onaangename financiële verrassing komt te staan. Als een arts akkoord is gegaan met deze afspraken, dan is hij geconventioneerd. Als de arts niet akkoord gaat, dan is hij niet-geconventioneerd en vraagt hij hogere bijdrage van de patiënten. Artsen kunnen ook een deel van hun uren geconventioneerd zijn en een ander deel niet.

Contingentering: Sinds 1997 besliste de federale regering om het aantal artsen te beperken. Dit gebeurt door middel van contingentering. Dit betekent dat vanaf 2005 maar een bepaald aantal (een contingent) artsen een Riziv-nummer krijgt en dat dus alleen de prestaties van die artsen terugbetaald worden door de ziekenfondsen. Op die manier beperken ze de toelating tot het beroep.

Presenteïsme: De aanwezigheid op het werk tijdens ziekte

Daarom verlaten veel professionals de zorg. Het is een wereldwijd probleem, het gevolg van jarenlange besparingen. In België zijn er meer dan 19 000 gediplomeerde verpleegkundigen die buiten de sector werken.¹³ Na de vijfde coronagolf dacht één op drie huisartsen eraan om te stoppen.¹⁴ De situatie in de rusthuizen is even rampzalig.¹⁵



“Op deze manier kunnen we niet de juiste zorgen bieden.”

“Wanneer je aan de studies verpleegkunde begint, weet je dat er moeilijke kanten aan het beroep zijn. Maar vandaag in mijn job ervaar ik veel meer ongemakken dan dat ik verwacht had. Het ergste vind ik de angst om opgeroepen te worden op een rustdag. Regelmatig gebeurt het dat de directie aan het personeel vraagt om extra te komen werken, om tijdens drukke momenten het tekort aan personeel op te vangen. Het is een bron van permanente stress voor alle ziekenhuismedewerkers, de angst om niet te recupereren.

We voelen ons niet gewaardeerd. Ik werk het hele jaar door in ploegen, ik doe nachten, week-ends, ik werk op feestdagen... Het zorgpersoneel wordt niet verloond op het niveau van het werk dat het verricht. Ook de zwaarte van het beroep wordt niet erkend. Ik ben jong en ik weet nu al dat ik het niet zal volhouden tot mijn 67!



De voorwaarden waaronder we vandaag moeten werken, maken dat we ons beroep niet correct kunnen uitoefenen. Het is nodig dat de regering middelen investeert in de gezondheidszorg, anders is het de kwaliteit waarop we gewoonlijk zo trots zijn die verdwijnt. Ik houd van mijn beroep, ik houd er het meest van alles van verpleegkundige te zijn, maar hoe lang nog? Ik ben maar 28 jaar en ik ben al moe.”

Gelukkig is er verzet. Het zorgpersoneel strijdt met acties, betogingen en stakingen voor een beter loon en meer collega's. De beelden van het personeel van het St. Pietersziekenhuis in Brussel dat in volle coronacrisis eerste minister Sophie Wilmès de rug toekeerde, gingen de wereld rond. Wat volgde was een grote overwinning voor de zorgwerkers: onder druk kon de regering niet anders dan een Zorgpersoneelfonds vrijmaken met extra middelen. Ook in andere Europese landen (Frankrijk, Spanje, Duitsland...) zien we dat het zorgpersoneel zich organiseert en collectief strijdt voor betere werkomstandigheden.

Laura

verpleegster in het universitair ziekenhuis CHU in Luik

1.2 Commercialisering, geen natuurwet maar een bewuste politiek



“Dit is de standaardtechniek van privatisering: desinvesteer, verzekeer dat de dingen niet werken, de mensen worden boos, geef het over aan het privé-kapitaal.”

Noam Chomsky - Amerikaanse hoogleraar taalkunde, filosoof, mediacriticus en politiek activist¹⁶

Van overheidsbesparingen tot big business in de zorg

In België hebben we sinds 1945 onze sociale zekerheid. Samen dragen we de kosten, zodat wie ziek is zich kan laten verzorgen. De sociale zekerheid verankert die solidariteit – tussen rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek. Maar vandaag staat ze onder druk. Waarom betalen patiënten altijd maar meer uit eigen zak? Waarom is er een personeelstekort? Omdat het federale gezondheidsbudget structureel te klein is. Regering na regering wordt er bespaard op zorg. En ondertussen wordt de rol van privéondernemingen alsmaar groter, van verzekeringen over dienstenbedrijven tot beursinvesteerders. Grote bedrijven en beleggers die in de eerste plaats aan winst denken.

In België wordt het budget voor de gezondheidszorg bepaald met een wettelijke “groeinorm”. Dat is nodig want onze gezondheidsnoden evolueren: meer chronische ziektes, vergrijzing van de bevolking, medische technologische vooruitgang...¹⁷ In 2015 verlaagde de regering Michel die groeinorm van 3% naar 1,5%, zonder uitleg. Het Federaal Planbureau raadde nochtans een gemiddelde groei aan van 2,5% per jaar.

Niet toevallig zitten onze ziekenhuizen al jaren met een enorm geldtekort. Eén op de drie Belgische ziekenhuizen draait verlies.¹⁸ De vaste financiering via de sociale zekerheid is structureel te laag.¹⁹ Ze volstaat zelfs niet om de lonen van het personeel te betalen. Ziekenhuisdirecties worden gedwongen naar andere oplossingen te zoeken, commercialisering is het gevolg. Hoe gebeurt het precies?

Eenzijds proberen ze de inkomsten uit de prestaties van specialisten op te drijven. Daarom worden de ereloonsupplementen zo verhoogd. Doordat artsen en ziekenhuizen betaald worden per prestatie, levert het op om veel onderzoeken en behandelingen voor te schrijven, terwijl die regelmatig eigenlijk niet echt nodig zijn. Heb je een scan nodig? Het is geld binnen voor het

ziekenhuis. Heb je een operatie nodig? Het is geld binnen voor het ziekenhuis. Heb je rusttijd nodig na een zware operatie, of heb je een luisterend oor nodig om te weten komen waarom je je slecht voelt? Dit brengt geen geld binnen voor het ziekenhuis, maak alstublieft plaats voor de patiënten die wel een scan of een operatie kunnen gebruiken.

Tegenstrijdig genoeg leidt besparen op publieke financiering van de zorg in ons systeem van betaling per prestatie tot overconsumptie. De OESO schat dat in de westerse landen tot een vijfde van alle middelen verspild wordt. In België zou het gaan om ongeveer 3,35 miljard euro.²⁰ De belangrijkste reden voor die verspilling is de overconsumptie in onze ziekenhuizen. Dat kost niet alleen veel geld, het is ook schadelijk voor onze gezondheid. We zijn bijvoorbeeld bij de meest bestraalde volkeren in Europa. Een Belg wordt in zijn leven 1,5 keer meer bestraald dan een Fransman, en drie keer meer dan een Nederlander.²¹

Anderzijds besteden zorginstellingen meer en meer diensten uit aan commerciële partners: leveranciers en bedrijven voor catering, wasserij, kuisploegen, privaat-publieke partnerschappen voor infrastructuur. Het is een gevaarlijke evolutie. Kijken we bijvoorbeeld naar het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent dat sinds 2014 uitgebaat wordt door privébedrijf Sodexo. De aandeelhouders van Sodexo worden als eerste bediend, het personeel en de geïnterneerden betalen de rekening. Sommige dagen is er geen enkele verpleegkundige aanwezig op hoogbeveiligde diensten.²² We zien datzelfde scenario overal: in privéruhuizen, commerciële medische labo's...



Het NHS-model, opgang en teloorgang



"Ziekte is geen aflat waar mensen voor moeten betalen, en evenmin een vergrijp waarvoor ze zouden moeten worden gestraft, maar een tegenslag, waarvan de kost moet worden gedragen door de gemeenschap."

Aneurin Bevan, minister van gezondheid in 1948, stichter van de NHS

De Britse gezondheidszorg NHS ("National Health Service") wordt beschouwd als een van de beste systemen in de wereld. In het naoorlogse 1948 werd de NHS opgericht als een concrete realisatie van de maatschappelijke drang naar sociale vooruitgang in reactie op het overwonnen fascisme. Het systeem kon voorzien in gratis kwaliteitszorg voor iedereen, onafhankelijk van inkomen of status. Alle regio's, wijken en uithoeken van het Verenigd Koninkrijk waren gelijk voorzien van een toegankelijke zorgverlening. Daarnaast was het zorgaanbod allesomvattend. Bij alle lokale diensten kon je terecht voor zowel algemene als specialistische zorg, maar evengoed tandarts, kinesist, psycholoog... Een sterke nationale en publiek gecontroleerde werking liet tevens toe om gegevens en resultaten gemakkelijk te centraliseren voor wetenschappelijke doeleinden om zo nodig het beleid bij te sturen. Kortom, het was een gerenom-

meer systeem dat terecht haar nagalm kende in onder andere Canada, Spanje, Portugal en enkele Scandinavische landen.

Maar hoe komt het dat de NHS vandaag dan zoveel negatieve weerklank krijgt? Het model staat al veertig jaar onder druk door bezuinigingen, afbraak en privatisering. Al in de jaren 80 ontmantelde Margaret Thatcher grote delen van de NHS. Ze introduceerde een interne marktwerking. De toegenomen competitiviteit veroorzaakte een conflict tussen gezondheid en economische belangen. Ook in 2012 onder David Cameron kreeg het systeem stevige klappen te verduren. 'The 2012 Health and Social Care Act' zorgde ervoor dat de NHS verder geprivatiseerd werd door haar diensten uit te besteden aan private ondernemingen, vaak onder de controle van internationale investeringsfondsen.



Gezondheid werd een koopwaar. De nefaste gevolgen van deze afbraakpolitiek zijn vandaag de dag merkbaar. Zelfs voor corona moesten 1 op 6 mensen langer dan achttien weken wachten voor een routinebehandeling terwijl de NHS al geruime tijd kampt met een tekort aan personeel.

Gelukkig is er heel wat mobilisatie van onderuit om verzet aan te tekenen tegen de verdere afbraak van de NHS. Organisaties als 'We Own It' zijn heel duidelijk: "De NHS is er voor ieder van ons wanneer we die dienst nodig hebben, maar nu heeft hij ons nodig."²³

Gelukkig is er heel wat mobilisatie van onderuit om verzet aan te tekenen tegen de verdere afbraak van de NHS. Organisaties als 'We Own It' zijn heel duidelijk: "De NHS is er voor ieder van ons wanneer we die dienst nodig hebben, maar nu heeft hij ons nodig."²³

De gevolgen van commercialisering

Wat de gevolgen zijn wanneer (delen van) de gezondheidszorg gecommmercialiseerd worden, weten we uit de ervaring van andere landen. Hoe meer commercialisering, hoe ongelijker en duurder. De efficiëntie daalt, en de kwaliteit ook. De mensen die het meeste zorg nodig hebben, vallen als eerste uit de boot.

Commercialisering van de zorg kost meer voor de patiënten én voor de overheid. Daar laten de cijfers over de kost van het Amerikaanse systeem geen twijfel over bestaan. Er zijn meerdere redenen voor.

Ten eerste. Solidariteit kan pas werken, als de risico's verspreid worden over zoveel mogelijk mensen. Als de sterkste schouders zich terugtrekken en individuele oplossingen zoeken, wordt de zorg voor wie nog overblijft veel duurder. De zorgkost is in totaal dus meer voor de maatschappij.

Ten tweede. Bij gecommmercialiseerde zorg zijn er grote extra kosten. Winst is de grootste. In Europa, maakte de groep Orpea, die woonzorgcentra bezit in zestien Europese landen, 160 miljoen euro winst in 2020. De groep Helios-Fresenius, actief in Duitsland en Spanje in de zieken-

huissector, maakte 666 miljoen euro winst in 2020.²⁴ Geld voor de zorg dat rechtsstreeks naar de zakken van de aandeelhouders vloeit. Naast de winst komen ook wat men noemt de transactiekosten. Commercialisering brengt veel bureaucratie met zich mee, omdat privéverzekeraars alles willen controleren voordat ze het terugbetalen. Ze proberen zoveel mogelijk terugbetalingen te schrappen. Artsen en patiënten worden bedolven onder bergen administratie.²⁵ Reclame hoort ook bij transactiekosten en vormt tot 15% van de uitgaven van privéverzekeraars.²⁶

Commercialisering leidt tot concurrentie en versnippering, terwijl in de zorg samenwerking net cruciaal is. Vooral de chronisch zieken, mensen met één of meerdere chronische aandoeningen, zijn het slachtoffer. Want net voor hen is die samenwerking en uitwisseling van informatie zo belangrijk. Ook bij epidemieën is dat nefast, hebben we tijdens corona geleerd.²⁷



Waarom commerciële woonzorgcentra geen goed idee zijn

Meer en meer Belgische woonzorgcentra worden uitgebaat door internationale commerciële groepen, veel meer dan in onze buurlanden. In Vlaanderen hebben ze in zes jaar tijd hun aandeel met bijna de helft vergroot.²⁸ Ze hebben nu bijna een derde van de sector in handen.²⁹ In Wallonië zijn bijna de helft van de woonzorgcentra in handen van privé groepen, in Brussel is dat meer dan 60%.³⁰



Bij deze grote commerciële groepen is het doel vooral winst maken. Dat brengt de kwaliteit van zorg in het gedrang. In Vlaanderen zetten de woonzorgcentra uitgebaat door grote commerciële groepen 22% minder personeel in dan de openbare woonzorgcentra.³¹ Ze staan vaker op de lijst van verhoogd toezicht wegens ernstige gebreken. Er wordt regelmatig bespaard op incontinentiemateriaal en voeding. En dan te weten dat de bewoners gemiddeld ruim tweehonderd euro per maand méér betalen.³²

Terwijl de oudere gemakkelijk tweeduizend euro per maand moet neertellen en het personeel gebukt gaat onder een grote werkdruk, kijken aandeelhouders tevreden toe. De 'silver economy' is booming business en miljoenen euro's aan dividenden werden zelfs tijdens de coronapandemie uitbetaald. Zowel bij commerciële uitbaters zoals Armonia, als bij

| Incontinentiemateriaal: het materiaal dat gebruikt wordt voor mensen die niet meer zelfstandig naar het toilet kunnen

zorgvastgoedmultinationals zoals Aedifica. "De laatste vijftien jaar lag de focus niet op welzijn, maar op groei en geld verdienen. Gigantisch veel geld," zegt Kris Cuyvers, bankier die actief was in de commerciële zorgsector.³³

Toch besloot de Vlaamse regering de gaspedaal in te drukken voor de verdere commercialisering van de zorg. Met een nieuw decreet wilden ze privé-investeerders toelaten delen van de publieke woonzorgcentra op te kopen. Het personeel en de vakbonden, de ouderenraad, het middenveld en de zorgsector reageerden meteen. Door acties en druk vanop het terrein, konden we de stemming van het decreet gelukkig tegenhouden, maar de strijd gaat de komende jaren zeker verder.

Lise Vandecasteele,

huisarts GVHV Hoboken en Vlaams Parlementslid PVDA



Een Europees fenomeen

De opeenvolging van besparingen en privatiseringen gebeurt niet alleen in België, maar overal in Europa. En daar zit ook de Europese Unie voor iets tussen. Gezondheidszorg is zogezegd een bevoegdheid van de lidstaten, maar toch zet de EU via verschillende directe en indirecte mechanismen druk op lidstaten om verdere privatisering van de zorg aan te wakkeren.³⁴

Zo is er het strakke begrotingskader. Elke lidstaat wordt nauwgezet opgevolgd door de Europese Commissie. Ze controleert jaarlijks het budget en de economisch-fiscale maatregelen per land. Ze geeft aanbevelingen op basis van de rapporten die het land voorlegt. Een recent voorbeeld: de Europese Commissie had kritiek op de vaste verhoging van de lonen van onze Belgische zorgwerkers.³⁵

Er bestaat geen officiële Europese richtlijn die lidstaten verplicht om gezondheidszorg te privatiseren, zoals die bijvoorbeeld wel bestaat voor de spoorwegen. Dit is te danken aan het verzet van onderuit. Sinds 2006 hangen EU-lidstaten vast aan de "Bolkestein-richtlijn" die de landen verplicht om hun diensten open te stellen voor bedrijven uit andere EU-landen. Dankzij protest van de vakbonden werd de gezondheidszorg er gelukkig uit geschraapt.³⁶

Liberalen lobbygroepen (onder andere KPMG, McKinsey...), denktanks en privéspelers uit de zorg doen er alles aan om die uitzondering aan te pakken. Ze fluisteren rechtstreeks in de oren van Europarlementsliden en nemen als "neutrale" adviesorganen deel aan commissies. Ze duwen langs alle kanten de Europese richtlijnen richting meer privatisering.³⁷ Het is duidelijk: de Europese Unie kiest niet voor een voor iedereen toegankelijke, sterke publieke gezondheidszorg.

1.3 System error in de gezondheidszorg

Na de Tweede Wereldoorlog kozen een aantal landen in Europa ervoor om het aanbod van ziekenhuizen en zorgverleners meer vanuit de overheid te organiseren (Engeland, Spanje, de Scandinavische landen...). België koos daarentegen voor 'de vrije geneeskunde.' Zorgverleners vestigen zich waar ze willen, samenwerking wordt niet gestimuleerd, en alles wordt per prestatie betaald. Vandaag botst dat model op haar grenzen.

Geen enkel land in Europa heeft hetzelfde zorgsysteem als een ander, ze zijn allemaal verschillend. Maar doorheen alle uiteenlopende beleidskeuzes die mogelijk zijn, staan er twee fundamentele visies tegenover elkaar, een liberale en een publieke. De liberale visie vertrekt van het idee dat gezondheid een koopwaar is. De zorgverleners bieden hun product aan, behandeling en verzorging, voor die mensen die ziek zijn en hun hulp vragen. Deze visie deelt de gezondheidszorg op in een markt van aanbieders en aankopers.³⁸ Daaruit volgt de keuze voor een model waarin de aanbieders, de zorgverleners, concurreren om de patiënten, de aankopers, en waarin de betaling bepaald wordt door het aantal geleverde prestaties.

De tabel hieronder toont welke verschillende modellen van gezondheidszorg in de verschillende landen bestaan, vaak gaat het om een mengvorm. Het geld voor gezondheidszorg komt ofwel van de staat (publiek) ofwel uit de zak van de patiënt of zijn privéverzekering (privé). De zorginstellingen kunnen van de staat (publiek), van non-profit organisaties of van commerciële spelers zijn.

Mogelijke combinaties van publieke en private financiering en verstrekking

Verstrekking →	Publiek	Privé non-profit	Privé commercieel
Financiering ↓			
Publiek	A. Publieke overheidsdienst betaald via belastingen - Vb NHS	B. Non-profit zorgsysteem betaald door de sociale zekerheid - Vb België	C. Privé zorgverstrekkers die winst maken, betaald via sociale zekerheid
Privé	D. Publieke overheidsdienst betaald door de gebruikers of hun verzekering	E. Non-profit zorgsysteem betaald door de gebruikers of hun verzekering - Vb Nederland	F. Privé zorgverstrekkers die winst maken, betaald door de gebruikers of hun verzekering - Vb VS

Bron : WHO tasks force on health economics, 1995, in Ellias Kondilis "Privatization of healthcare in Europe", 2016



De Verenigde Staten, het tegenvoorbeeld

In de Verenigde Staten is het gezondheidszorgsysteem volledig commercieel. Alle financiering gebeurt via verzekeringsmaatschappijen, waarvan de meerderheid privaat zijn.³⁹ Die ondernemingen hebben veel macht en hebben een rechtstreekse invloed op het gezondheidsbeleid. Zo'n systeem heeft een hoop problemen.

Eenzijds is het helemaal niet efficiënt. De Verenigde Staten geven meer geld uit aan gezondheidszorg dan veel andere landen, maar hun resultaten zijn daarom niet beter. In vergelijking met de OESO-landen besteden de VS 16,9% van hun BBP aan gezondheid tegenover gemiddeld 8,9%.⁴⁰ Maar de bevolking is er niet gezonder van. Integendeel: van alle westerse landen is de VS het land waar de kindersterfte het hoogste is.⁴¹

De verzekeringen volgen maar één logica, die van het geld. Als je voor je gezondheid afhankelijk van een verzekeraar, dan kunnen de gevolgen ingrijpend zijn. De meest schrijnende verhalen, die hoor je bij wie nietverzekerd is. In 2020 had 13% van de Amerikanen geen enkele medische dekking.⁴² De premies zijn enorm, en vaak stijgen ze als je al gezondheidsproblemen hebt.



Wie ziek wordt en zonder inkomen valt, kan letterlijk van de ene op de andere dag in de armoede terechtkomen. Hoge ziekenhuisfacturen, geen inkomen meer, en uiteindelijk de verzekeraar die afhaakt.

Een alternatief om dit slecht werkende systeem te veranderen is mogelijk. Met de steun van een breed front stellen Alexandria Ocasio-Cortez en Bernie Sanders 'Medicare for All' voor. Medicare is een nationale ziekteverzekering die nu al de 65-plussers dekt en bepaalde personen met een chronische ziekte (meer dan 59 miljoen Amerikanen). 'Medicare for All' zou die dekking uitbreiden naar alle burgers waardoor de gezondheidsuitgaven zouden dalen en de zorg toegankelijker wordt.⁴³



Hoe Nederland van ziekenfondsen naar zorgverzekeraars veranderde

In 2006 besliste de Nederlandse overheid om de ziekenfondsen af te schaffen. In de plaats kwamen privéverzekeraars, die moesten het systeem efficiënter maken. Sindsdien moet elke Nederlander zich voor de vergoeding van medische kosten bij een zorgverzekeraar aansluiten. Het is zoals je brandverzekering, of je familiale. Je betaalt een premie, gemiddeld 1200 euro per jaar. En bij elke mogelijke polis hoort ook een 'eigen risico'. Vooral eer de verzekering iets betaalt, moet je de eerste kosten zelf betalen, gemiddeld 385 euro. In 2011 was dat nog maar 170 euro, dat is meer dan verdubbeld.



Vijftien jaar later is de balans op alle lijnen negatief. De zorgverzekeraars willen zo veel mogelijk klanten aantrekken door zo veel mogelijke zorg in te kopen tegen een zo laag mogelijk prijs. Zorgaanbieders worden permanent onder druk gezet om meer te doen voor minder geld. Met als gevolg: minder tijd voor kwalitatieve zorg. Alle zorgverleners klagen ook over de grote administratieve last, huisartsen voorop. Voortdurend moeten er papieren ingevuld worden, contracten onderhandeld. "Onze

zorg heeft te veel maatpakken, en te weinig witte pakken," vatte de linkse verkozenen Renske Leijten het samen."

En de kosten, gingen die dan omlaag zoals de overheid beloofd had? Helemaal niet. Tussen 2004 en 2012 stegen de zorgkosten van 65,4 miljard euro naar 92,8 miljard euro. Die stijging viel niet te verklaren met vergrijzing en innovatie alleen.

Het gemengde Belgische systeem

De gezondheidszorg in België is een gemengd systeem: de financiering is in hoofdzaak publiek, het aanbod van de zorg bestaat uit private, non-profit en publieke spelers, en de organisatie van de zorg is grotendeels vrij (liberaal).

De problemen in ons zorgsysteem stoten meer en meer mensen voor de borst. Frustraties zijn er al langer in de sector en bij patiënten, maar de coronapandemie stelde de problemen op scherp. Problemen die de komende jaren, door de veranderende noden van de bevolking, alleen maar groter zullen worden.

Een van de problemen die het meest over de tong ging, was zeker en vast de **volledige verwaarlozing van preventie**. Genezen wie ziek wordt, dat doen we goed. Maar voorkomen dat mensen ziek worden, dat niet. België scoort slecht als het gaat om het aantal sterfgevallen die vermeden had kunnen worden door preventie. Veel slechter dan onze buurlanden.⁴⁵

Waarom is dat? Huisartsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners doen hun best om aan preventie te doen voor hun patiënten. Maar het probleem ligt ergens anders: de betaling per prestatie maakt van preventie voor het beleid een kost die niets oplevert. Daarom vloeien het budget en de aandacht automatisch meer op het curatieve en minder op het preventieve. Zorg die vooral tijd en mensenwerk vraagt, krijgt automatisch minder aandacht dan de grote technische interventies. Zo blijven professioneel uitgewerkte preventiecampagnes onderbenut, want niemand heeft echt de tijd of ruimte om ermee bezig te zijn.

Het gebrek aan preventie maakt ons ziek. Het aantal maagoperaties stijgt jaar na jaar, maar een globale aanpak van overgewicht in onze samenleving blijft uit. Elke dag nemen Belgen 1 miljoen dosissen antidepressiva, maar als je mentaal even in een dip zit, kun je bijna nergens laagdrempelig terecht voor een deugddoend gesprek of wat goeie raad. Bij kinderen gebruikt ondertussen 1 op de 4 minstens een keer per jaar een puffer voor astma-klachten, maar de luchtvervuiling blijft een probleem.⁴⁶

Ook de **versnippering van het zorglandschap** heeft veel negatieve gevolgen. Een gestructureerde samenwerking tussen ziekenhuizen en eerste lijn is er zo goed als niet. Ook binnen de eerste lijn is er te weinig samenwerking. Zeker in de grootsteden, waar de schaalgrootte een bijkomende rol speelt. Ondanks de enorme inzet van verpleegkundigen, apothekers, kinesisten, sociaal assistenten, tandartsen, huisartsen... is er heel weinig mogelijkheid om structureel te overleggen. Niet over bepaalde patiënten die men samen behandelt, laat staan over meer globale gezondheidsproblemen die in de wijk voorkomen.

Er bestaat **geen plan** dat vastlegt waar we welke zorg nodig hebben **op basis van de noden** van de bevolking. Elke zorgverstrekker mag zich vrij vestigen waar hij wil. Het aanbod gaat zo de vraag sturen: als er in een regio veel ziekenhuizen met een dienst orthopedie zijn, zullen er daar ook meer kijkoperaties van de knie gebeuren, terwijl de mensen uit die regio niet per se mee knieproblemen hebben dan elders. Het aanbod van zorgverleners zoals een huisartsenpraktijk, of een psychiatrische instelling, of een woonzorgcentrum, is lukraak verspreid over het gebied, met soms sterke concentraties in de ene zone en grote tekorten of verre afstanden in een andere zone.

Het zijn geen kleine problemen die we opsomden. En ze zijn gekend. Al jaren verschijnen er regelmatig boeken, rapporten, studies... die allemaal op dezelfde pijnpunten wijzen. En toch verandert er (zo goed als) niets. De reden is dat de oorzaak van het probleem aan de basis ligt. Als we echte oplossingen willen, dan moeten we kiezen voor een verandering van het systeem. Het gebrek aan preventie, de overconsumptie, de versnippering... Bij verder onderzoek zijn ze vaak te herleiden tot de liberale manier waarop onze gezondheidszorg georganiseerd is.



Waarom een liberale gezondheidszorg niet helpt in tijden van een pandemie

De coronacrisis heeft ons de ogen geopend over hoe onze gezondheidszorg draait. Vanaf de eerste weken van de coronacrisis werd duidelijk dat de regering met het huidig zorgmodel niet in staat was om het hoofd te bieden aan de pandemie.

Eerst was er het gebrek aan beschermingsmateriaal, de verbrande reservestocks. Het contactonderzoek faalde over de hele lijn. Positief geteste patiënten werden niet of veel te laat gecontacteerd door de commerciële callcenters die de overheid inhuurde. Wij hebben in onze praktijken vrijwilligers opgeleid om de contactopsporing van onze positieve patiënten zelf te doen.⁴⁷ Contactonderzoekers moeten dicht bij de mensen staan om het nodige vertrouwen te krijgen. Het is cruciaal om de verspreiding van het virus te beperken.



Nog later contacteerden patiënten ons in paniek, omdat ze geen afspraak konden boeken om zich te laten testen. De Brusselse overheid vond dat alleen ziekenhuizen testen konden afnemen, en die waren overbelast. Onze patiënten moesten tot 48 uur wachten op een afspraak en nog eens 48 uur op het resultaat van de test. We vroegen de gemeente om een lokaal testcentrum op te richten, dicht bij de mensen.

We kregen geen antwoord, dus besloten we zelf het voortouw te nemen. De groepspraktijk werd 's avonds omgebouwd tot een testcentrum.

Als het beleid, de politici, iets zouden moeten leren uit deze crisis dan is het wel dat ons gezondheidssysteem helemaal anders georganiseerd moet worden. "Het is geen toeval dat landen als Cuba, Vietnam en Thailand het in deze crisis beter doen," zei Erika Vlieghe in De Standaard. "Omdat zij een goede preventieve gezondheidszorg hebben." Tijdens een gezondheids crisis én daarbuiten: er moet ingezet worden op de eerste lijn, op multidisciplinaire groepspraktijken met veel medewerkers die in een collectief werken. Door elkaar te versterken en door in de wijken dicht bij de mensen te staan, weten we waar de problemen zitten en kunnen we daar snel op inspelen.

Nele Vandenbempt

huisarts GVHV Schaarbeek



2. Gezondheid als basisrecht

Enieder heeft recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waarbij inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil.

Art 25 van de Universele verklaring van de Rechten van de mens.

Vergeleken met onze buurlanden, is de commercialisering van de zorg in België nog relatief beperkt. Dit heeft veel te maken met de omvang van de 'non-profitsector', vandaag ook 'social-profit' genoemd. Buiten de ouderenzorg zijn de meeste zorginstellingen in België openbaar of 'social-profit'. Onze ziekenhuizen, ofwel historisch gesticht vanuit de katholieke zuil ofwel vanuit gemeentelijke overheden of academische centra, zijn niet opgericht om winst te maken. Samen met onze sterke sociale zekerheid en ons zorgpersoneel zijn het de pijlers die de kwaliteit en toegankelijkheid van ons systeem hoog houden.

Maar wie met een kritische bril naar onze gezondheidszorg kijkt, ziet ook de nood aan verandering. Ons zorgsysteem ziet gezondheidszorg als iets dat je kan aanbieden, niet als iets dat je moet garanderen. Honderdduizenden zorgverleners die het beste van zichzelf geven, botsen op de grenzen van de huidige organisatie van de zorg. Zorg als een markt, waar het curatieve wint op het preventieve, waar de concurrentie wint op coördinatie en efficiëntie, waar kwantiteit het haalt van kwaliteit, waar financiële balansen belangrijker zijn dan menselijkheid.

Non-profit- of socialprofitorganisaties zijn organisaties die zonder commerciële intenties een maatschappelijk doel nastreven. Een non-profitorganisatie mag inkomsten genereren en winst maken, zolang dit opnieuw geïnvesteerd wordt in de organisatie.

Om onze gezondheidszorg fundamenteel te verbeteren, willen we met Geneeskunde voor het Volk inzetten op een dubbele strijd. Beide aspecten lichten we toe in dit hoofdstuk. Enerzijds willen we de sterke punten van ons huidige systeem beschermen en verder uitbouwen. De publieke financiering via sociale zekerheid staat onder druk door commercialisering en pogingen tot splitsing.

Anderzijds hebben we nood aan een ambitieus toekomstplan. Een plan dat durft kleuren buiten de lijnen van wat algemeen als haalbaar wordt gezien. Dat plan botst met de belangen van private bedrijven. Het brengt mensen in beweging voor een sociaal-publiek model 2.0.

2.1. Een sterke sociale zekerheid



'Solidariteit is de tederheid der Volkeren'

Tomas Borge, Nicaraguaans politicus

Geneeskunde voor het Volk verdedigt een zo breed mogelijke solidariteit. De werkende klasse bouwde zelf de sociale zekerheid op. Samen, als supersamenwerkers. Het begon met geld opzij zetten om het loon te dekken van een kameraad die ziek uitviel. In 1945 vormde zich de sociale zekerheid zoals we ze kennen. Ze is vandaag nog altijd een wapen tegen het ieder voor zich van de happy few. Weet je dat de risico op armoede in België niet 15%, maar 43% zou zijn, moest de sociale zekerheid niet bestaan?⁴⁸

Toch staat de sociale zekerheid onder zware druk. Aan de ene kant is ze structurele ondergefinancierd. Aan de andere kant, dreigt ze gesplitst te worden onder druk van nationalist^{en}.

Samen betalen, niet apart

Voldoende financiering van onze sociale zekerheid is een basisvoorwaarde als we commercialisering willen tegenhouden. Toch beslist de regering er al decennialang anders over, door jaar na jaar in de financiering van onze sociale zekerheid te snijden

| Nationalisten: Mensen en politieke partijen die ons land willen splitsen.

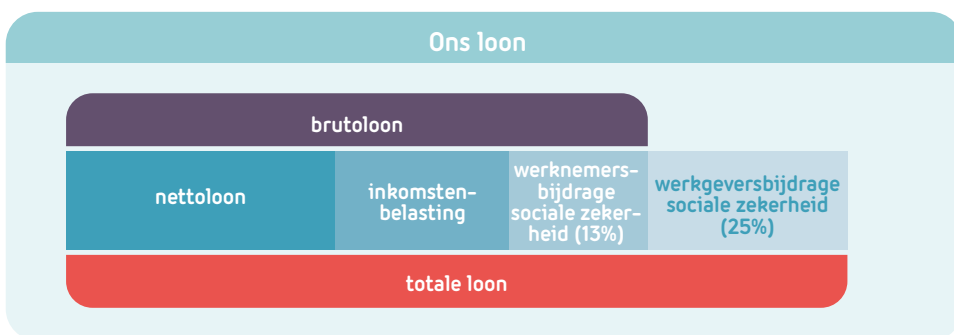


Het geld van onze sociale zekerheid

Continu krijgen we te horen dat de financiering van onze sociale zekerheid “te veel kost”. Maar hoe zit die dan juist in elkaar?

Het budget van de sociale zekerheid is 100 miljard euro. Dat is heel veel geld. Ze wordt gebruikt voor onze pensioenen, onze gezondheidszorg, uitkeringen voor wie ziek of werkloos is, voor kindergeld. Het geheel wordt beheerd door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) en staat los van de rest van de overheidsmiddelen. Het geld komt van de bijdragen die werknemers leveren uit hun loon. Het gaat dus eigenlijk om een stukje van ons loon dat we afstaan, om zo te zorgen voor die personen die het op dat moment nodig hebben.

Van in het begin staan die sociale bijdragen onder druk. Druk van zij die onze lonen betalen, de werkgevers. Hoe minder loon zij moeten betalen, hoe meer winst ze maken. Daarom richten ze hun pijlen op dat stukje van ons loon dat niet rechtstreeks op onze bankrekening komt: hierdoor zakt de loonkost voor het bedrijf, terwijl ons nettoloon gelijk blijft of lichtjes stijgt. De werkgevers houden meer over, terwijl de solidaire financiering van de sociale zekerheid afbrokkelt.



Als je een huis in twee snijdt, stort het in

Een kiwimodel is ondenkbaar als we straks drie of vier aparte gezondheidssystemen hebben. Gaan drie of vier ministers elk vanuit hun hoekje met Big Pharma over de prijs van medicatie onderhandelen? Of gaan we nieuwe overlegcomités oprichten zodat drie ministers en kabinetten met zijn drieën doen wat één minister zou kunnen doen? Zullen de ziekenfondsen in elke regio of gemeenschap afzonderlijk moeten onderhandelen over de honoraria van de artsen? Hoe zit het met de ethische problemen als de ene overheid dialyse na 65 jaar nog wel vergoedt en de andere niet?

De sociale zekerheid is vandaag in België onze voornaamste wapen tegen ongelijkheid. Maar ze dreigt in twee of meer stukken gesplitst te worden. Dit is wat Voka wil, de Vlaamse werkgeversfederatie. Ze wil de zorg volledig in handen krijgen: niet om beter voor de patiënten te zorgen, maar om langdurig zieken sneller op de arbeidsmarkt te krijgen.

Er zijn ook bondgenoten voor gratis geneeskunde en andere progressieve krachten die pleiten voor het splitsen van de zorg, met het behoud van een federale financiering. Dit plan brengt onoplosbare problemen met zich mee. Als de zorg gesplitst wordt, maar het geld federaal blijft, dan zullen Vlamingen en Walen tegen elkaar opgezet worden.⁴⁹ Dit leidt onvermijdelijk naar de splitsing van de sociale zekerheid.

In Vlaanderen, met de ‘Vlaamse zorgkas’ zien we al een voorbeeld van wat de sociale zekerheid wordt, als ze in handen komt van de nationalisten. Weg met solidariteit op vlak van financiering (iedereen betaalt hetzelfde bedrag), weg met solidariteit op vlak van uitgaven (de uitkering hangt niet meer af van de behoeften), weg met sociaal overleg (de vakbonden zijn niet meer betrokken) en weg met een publieke visie op de sociale zekerheid (privé verzekeraars mogen de markt op). Dit mogen we niet laten gebeuren.



De chaos tijdens de coronacrisis

De aanpak van de coronacrisis legde op een pijnlijke manier de complexiteit van de Belgische staatsstructuur bloot. Waar een snelle, gecentraliseerde aanpak veel levens had kunnen redden, liepen in ons land maar liefst negen ministers van gezondheid elkaar voor de voeten. Iedereen bevoegd, niemand verantwoordelijk.

Thuisverpleegkunde is een federale bevoegdheid, maar als de thuisverpleegkundigen in de regionale woonzorgcentra bijsprongen, stelde zich de vraag wie de factuur ging betalen. Federaal minister De Backer deed tot twee keer het aanbod om de woonzorgcentra chirurgische maskers te bezorgen, maar Vlaanderen sloeg dat aanbod af.

Daar tegenover staat de solidariteit van thuisverpleegkundigen die gingen meehelpen tijdens de eerste golf in woonzorgcentra. Ook werden patiënten uit Limburg in Brusselse en Antwerpse ziekenhuizen verzorgd. Tijdens de tweede golf werden patiënten uit het Luikse in Limburg verzorgd. Samenwerken redt levens.

Aurélië Decoene
medewerker studiedienst



We are one

De zorg moet dicht bij de patiënten staan. We hebben een lokale organisatie van preventie en zorg in gezondheidsdistricten nodig. Deze gezondheidsdistricten ontplooiën zich best in een sterke publieke gezondheidszorg waarvan de lijnen op federaal niveau voor het hele land uitgezet worden. Een tussenniveau van Vlaamse, Waalse of Brusselse ministers zal de zorg geen millimeter dicht bij de patiënten brengen. En met twee overheidsniveau boven hun hoofd, die allebei verschillende richtlijnen van bovenaf sturen, zullen de gezondheidsdistricten niet geholpen worden.

Eén minister van Volksgezondheid is geen garantie om solidariteit waar te maken, wel een voorwaarde. Het laat ons toe om onze krachten te bundelen. Het is ook logisch, gezond, efficiënt en goedkoper.



- **Logisch.** Hoe groter de groep, hoe beter de risico's worden verspreid en hoe meer de solidariteit kan werken. We zijn niet allemaal jong of oud tegelijk, gezond of ziek ook niet. Wie gezond is en kan werken, draagt bij voor wie zorg nodig heeft.
- **Gezond.** We zorgen beter voor de patiënten als we samenwerken, eerste lijn, ziekenhuizen en woonzorgcentra samen, over de instellingen heen. Dat werkt het best als alle instellingen onder één beleid vallen.
- **Efficiënt.** De eenheid van commando maakt het mogelijk om goed voor de patiënten te zorgen, en om de zorgverleners te beschermen.
- **Goedkoper.** Een minister van Volksgezondheid in plaats van negen, dat is ook minder geld verspild aan ministers, kabinetten en administraties, die allemaal hetzelfde werk doen en met elkaar moeten overleggen.

Het beste beleid voor iedereen

“Franstaligen en Nederlandstaligen hebben nu eenmaal een andere zorgcultuur,” hoort men soms. Bij GVHV zijn we trots op de samenwerking tussen onze elf medische actiecentra. Ze tonen aan dat de grote uitdagingen van de eerste lijn veel gemeen hebben, ongeacht het gewest. Een sociale en wetenschappelijke kijk op gezondheidszorg legt veel meer gewicht in de schaal dan mogelijke culturele verschillen. Natuurlijk zijn er hier en daar andere gewoontes. Maar wat aan één kant beter werkt, voor iedereen moet kunnen.

De verschillen zijn soms ook groter tussen Oost en West, dan tussen Noord en Zuid, omdat artsen in België weinig sturing krijgen in hun manier van werken.⁵⁰ Artsen en zorgverleners stemmen hun praktijk af van hun collega's die dezelfde opleiding volgden en met wie ze nauw in contact staan. Maar opleiding is anders aan beide kanten van de taalgrens. Zo ziet men dat verder splitsen altijd maar meer verschillen zal brengen. Deze verschillen worden door de nationalistische omgevormd tot tegenstellingen. En zo worden de verschillen wapens tegen solidariteit en eenheid. Elke versnippering brengt de volgende versnippering met zich mee. Zo wordt de verdere splitsing van de zorg de kortste weg naar de splitsing van de sociale zekerheid zelf, wat het uitgesproken doel is van Voka.

Met GVHV pleiten we omgekeerd voor meer eenheid en meer solidariteit. We willen het beste beleid voor iedereen. Als iets goed werkt in bepaalde districten, moeten alle patiënten van het hele land ervan genieten.

Middenveld ondersteunen en uitbouwen

We staan voor grote uitdagingen om de financiering en de eenheid van de sociale zekerheid te verdedigen. Daarvoor steunen we op de partners uit het middenveld. Vakbonden en ziekenfondsen, in de eerste plaats. Maar ook patiëntenorganisaties, armoedeorganisaties, verenigingen die vluchtelingen helpen... zijn belangrijke partners om erover te waken en samen verandering af te dwingen. Toen de regering besliste om de langdurig zieken financieel te straffen, kwamen van het brede sociale middenveld veel kritische reacties. Het waren in de eerste plaats de vakbonden en de ziekenfondsen die de asociale hervormingen konden tegenhouden. Ze staan dicht bij de werkende mensen, de jongeren en iedereen die onder druk staat.

In het huidige neoliberale klimaat staat het sociale middenveld onder druk. Het beleid viseert organisaties die emancipatorisch werk leveren en verenigingen die mensen in staat stellen op te komen voor hun rechten. Niet toevallig vermindert de regering hun subsidies. Het lijkt wel de weg terug naar de middeleeuwse liefdadigheid. GVHV wil er mee voor zorgen dat mensen opkomen voor hun rechten. Daarom werken we samen met het sociale middenveld.

2.2 Toekomstplan voor de zorg

De uitdaging waarvoor we staan is groter dan het beschermen van de financiering en de eenheid van de sociale zekerheid alleen. Zoals hierboven beschreven is een sterke sociale zekerheid van groot belang tegen verdere commercialisering van onze zorg. Middenveld, zorgverleners en patiënten verzetten zich met hand en tand tegen de constante druk en aanvallen vanuit liberale hoek. Als we het recht op een goede gezondheidszorg voor iedereen duurzaam willen verankeren, dan moeten we verder gaan dan de strijd voor een sterke sociale zekerheid. Dan moeten we het ook hebben over hoe onze gezondheidszorg georganiseerd is. Onze gezondheidszorg is heel goed in mensen genezen, maar niet in mensen gezond houden. Om dit te keren, is een radicale verandering nodig. Dan moeten we onze gezondheidszorg ombouwen tot een sociale gezondheidszorg 2.0, waarin we gezondheid als een recht beschouwen, en niet als een koopwaar. Maar hoe zou zo'n ander systeem er dan kunnen uit zien? En wat zijn de voorwaarden om het mogelijk te maken?



GVHV bewijst dat het werkt

De 50 jaar ervaring van onze medische actiecentra is positief. We vinden er alle elementen van een sociale visie op gezondheid: toegankelijkheid, preventie, multidisciplinaire samenwerking, financiering per populatie, inspraak, empowerment... Waarom kan dit niet overal?

Persoonlijk werk ik sinds een jaar en acht maanden in de groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Marcinelle. Ik ben hier halftijds beginnen werken naast mijn andere job als poetsvrouw in het ziekenhuis waar ik al vijf jaar werkte. In mijn ogen is het ziekenhuis van vroeger vandaag 'de zorgfabriek' geworden. De zorg is gebaseerd op financiële cijfers en minder op het welzijn van de patiënten. Ik maak operatiezalen en kamers schoon, met name in de corona-afdelingen en kwam op die manier in nauw contact met verpleegkundigen, zorgkundigen, artsen, chirurgen... En ik heb gezien hoe iedereen in iedere dienst zich moet affagen om de talrijke patiënten te kunnen zien, dag en nacht. Ik heb gezien hoe snel er moest worden gewerkt in de operatiezaal, omdat de ene na de andere operatie werd afgewerkt, dat andere patiënten lagen te wachten en dat men het zich niet kon permitteren tijd te verliezen. Ik heb de stress in de ogen van mijn collega's gezien door de continue druk van de directie. Die nam nog toe toen corona toesloeg.

Bij Geneeskunde voor het Volk Marcinelle heb ik iets totaal anders leren kennen.

Ik zie iedere dag dat GVHV de patiënt en de werknemers centraal stelt als het gaat om ondersteuning en de medische opvolging. Er wordt rekening gehouden met alle aspecten van het leven. Dankzij het forfaitsysteem hoeven de patiënten zich geen zorgen maken over hoeveel ze zullen moeten betalen of hoeveel consultaties per maand ze zich kunnen veroorloven.

Ik ben blij dat ik de waarden en de visie van GVHV beter heb leren kennen. Ik weet nu dat het mogelijk is om een andere gezondheidszorg te hebben. Waar de patiënten en hun gezondheid de prioriteit zijn, en waar iedereen met elkaar samenwerkt om dat doel te bereiken.

Fadwa Agday

onthaalmedewerker GVHV Marcinelle



1. Zorgen voor gezondheid, dicht bij de mensen

Het is belangrijk dat er een structuur bestaat die alle gezondheidswerkers verbindt. Een organisatie die ervoor zorgt dat elke wijk een eerstelijnscentrum heeft voor de mensen uit de buurt, waar huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten, psychologen, tandartsen en anderen kunnen samenwerken. Die de inplanting van ziekenhuizen verdeeld over het grondgebied zodat iedereen zo nabij mogelijk geholpen. Zo kan de financiering van die ziekenhuizen dan ook gebeuren op basis van de populatie in dat gebied, waardoor onderlinge concurrentie niet meer nodig is.

Een sociale gezondheidszorg die iedereen moet kunnen bereiken, bouw je best op van onderuit. De WHO raadt landen aan om te werken met lokale gezondheidsdistricten, zones van 100 000 à 200 000 inwoners die het tussenniveau kunnen vormen tussen nationale overheidsstructuren en de lokale bevolking. Onze gezondheidszorg vandaag is helemaal versnipperd. Het concept van zo'n district geeft ons de mogelijkheid om alles te herdenken: wat vinden wij dat er in elk gebied van ongeveer 100 000 inwoners aanwezig moet zijn om de gezondheid van ons allemaal te garanderen?

De eerstelijnszones die we vandaag in Vlaanderen hebben kunnen als basis dienen. Zorgverleners overleggen er over de zorg in hun regio. Het is belangrijk dat ze kunnen evolueren naar meer sturende structuren. Van overlegorgaan naar beleidsorgaan. Om dit potentieel te ontwikkelen, hebben ze meer personeel en meer structurele middelen nodig.



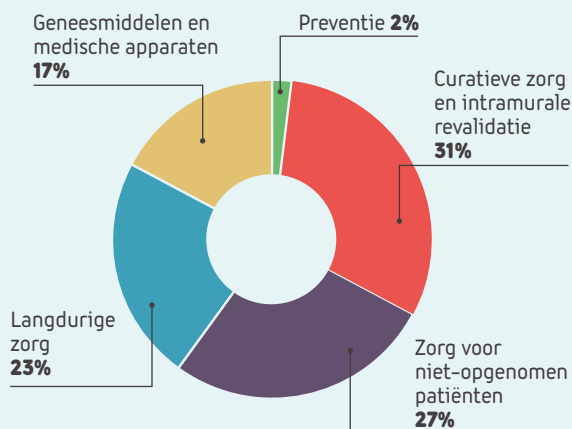
Een lokale preventiedienst

Vanuit onze brede visie op gezondheid willen we iedereen zo lang mogelijk gezond en wel houden. In België geven we beschamend weinig uit aan preventie en gezondheidsbevordering.⁵² De laatste jaren gaat maar 2% van ons gezondheidsbudget naar preventie.⁵³ Maar volgens preventie-experts zou het budget voor preventie minstens 5% moeten zijn.⁵⁴ Elke euro die je investeert in preventie, levert de maatschappij op termijn weer vier euro op.⁵⁵ De beschikbare middelen voor preventie zijn dus heel beperkt, en ze moeten dan ook nog eens verdeeld worden over verschillende regio's, die elk hun eigen preventiecampagnes uitwerken.⁵⁶ Vaak waardevolle campagnes rond belangrijke thema's – gezonde voeding, tandhygiëne, seksuele gezondheid, mentaal welzijn... – maar er is geen instantie die er lokaal voor zorgt dat ze zoveel mogelijk mensen ook werkelijk bereiken.⁵⁷ Een roeiboort zonder riemen. In een sociale gezondheidszorg willen we inzetten op een lokale preventiedienst in elk district, met preventieteams die op het terrein aan de slag kunnen gaan.

Bedenk wat zulke teams allemaal zouden kunnen doen. Informatiemomenten op school. Maar ook lokale projecten, bijvoorbeeld over een milieuprobleem in de buurt. En het zijn diezelfde teams die dan ook ingezet kunnen worden in de bestrijding van epidemieën en andere infectie-uitbraken.

Belangrijk daarbij is dat die preventiewerkers hun buurt of gemeente kennen. Zo hebben ze oog voor de noden van de persoon, zijn gezin, zijn woning maar ook voor de wijk, bijvoorbeeld onveilige oversteekplaatsen, milieuverontreiniging etc. Ze gaan op specifiek op zoek naar kwetsbare groepen en hun noden. Het is iets dat we bijvoorbeeld bij de vaccinatie voor griep of corona goed zouden kunnen gebruiken. Ze werken ook nauw samen met de rest van de eerste lijn. Bijvoorbeeld door een deel van hun tijd te werken vanuit de bestaande wijkgezondheidscentra. De beste manier om veel mensen te leren kennen en andere gezondheidswerkers te betrekken.

De verschillende uitgaven voor gezondheidszorg in België



Bron: "State of Health in the EU – België", OESO en het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie, augustus 2019. (<https://doi.org/10.1787/e5559793-nl>)

Een lokale preventiedienst kan ook de brug slaan tussen de wijk en andere preventie-organisaties in de omgeving. Denk maar aan de CLB's, de centra van Kind & Gezin, de arbeidsgeneesheren, ziekenfondsen... Met ondersteuning van lokale epidemiologen zouden ze ook gezondheidscijfers uit de regio kunnen bijhouden en analyseren, om te onderzoeken welke gezondheidsproblemen er sterk leven.

Vijf preventiewerkers per gezondheidsdistrict, daarmee zou je al veel kunnen doen. Voor heel het land betekent dat een totaal van 550 preventiewerkers. Als je weet dat de overheid op het hoogtepunt van de corona-epidemie 1100 contacttracers in callcenters tewerk stelde, waarom zouden we die middelen dan niet altijd kunnen vrijmaken voor preventie?



Japan

In Japan is er een lokale dienst voor volksgezondheid per district of stadsdeel van ongeveer 300 000 mensen. Deze diensten, gestuurd door het nationaal instituut voor volksgezondheid, kwamen er rond 1937 omdat er grote verschillen waren tussen de gezondheidsproblemen in de stad en op het platteland. Deze "Hokenjo" kunnen dus verschillende functies aannemen naargelang hun bevolking. Er werken artsen, verpleegkundigen, laboranten, apothekers en andere professionals die hun opleiding krijgen van het nationaal instituut.

Tuberculose was in de jaren 50-60 een van de belangrijkste doodsoorzaken in Japan, maar werd dankzij de lokale opsporing, behandeling en opvolging door de Hokenjo teruggedrongen. Hun verpleegkundigen gingen op pad om tuberculosepatiënten op te sporen en om breed te sensibiliseren over het belang van hygiëne. De Hokenjo voeren preventiecampagnes, verzamelen lokale gegevens voor epidemiologisch onderzoek, staan in voor de voedselveiligheid en milieufactoren. Ze ondersteunen lokale artsen in de zorg voor ouderen, chronisch zieken



© Kaname Yonegama/The Yomiuri Shimbun via AP Photo

en kinderen, ze coördineren mee de organisatie van tandzorg en mentale gezondheidszorg.⁵⁸

Toen de coronapandemie uitbrak toonden deze lokale preventiediensten zich bij de besten ter wereld om snel te reageren op een acute gezondheids-crisis: testing, isolatie en steun aan de lokale zorgwerkers werd in Japan heel snel uitgerold en redde veel levens.

In elke wijk een sociale groepspraktijk

In een sociale gezondheidszorg 2.0 wordt de eerste lijn de basis van onze gezondheidszorg. Het is daar dat we het vroegst en het efficiëntst gezondheidsproblemen kunnen aanpakken. We weten dat landen met een sterke eerste lijn het beter doen dan anderen. Toch gaat vandaag in België maar 5% van het totale Riziv-budget naar eerstelijnszorg. Maar meer centen is niet genoeg. De organisatie moet anders.

Het zorglandschap wordt nu bepaald door de vrije geneeskunde en is volledig versnipperd. Zorgverleners organiseren zich wel meer en meer in groepsverband, maar de meeste van die praktijken bestaan uit één, maximaal twee disciplines.⁵⁹ Door het prestatiesysteem hangt je inkomen bovendien af van prestaties, en dus is er vaak weinig tijd voor overleg en zorgplanning. Terwijl je bij patiënten met chronische aandoeningen meestal net moet kunnen samenwerken met veel verschillende disciplines. Met meer overzicht op de behandelingen die een patiënt in het ziekenhuis volgt, zou een huisarts of zorgcoördinator meer alles kunnen stroomlijnen. Daarom bouwen we een sterke eerste lijn best uit naar het model van de wijkgezondheidscentra. Daar kun je wel verschillende disciplines terugvinden onder eenzelfde dak.⁶⁰ Het maakt de toegankelijkheid en de samenwerking ook beter.⁶¹

Als de overheid dat wil, is het perfect mogelijk om in elke wijk zo'n wijkgezondheidscentrum op te richten, een sociale groepspraktijk. Met huisartsen, verpleegkundigen, psychologen en kinesisten. Maar ook met bijvoorbeeld een tandarts, sociaal assistent... De sociale zorg in ons land is ontzettend versnipperd, daarom benadrukken we het belang van de integratie in de groepspraktijk. Op die manier komen we tot een laagdrempelige en generalistische aanpak.

Per gezondheidsdistrict van 100 000 inwoners kunnen we werken naar een doel van vijf tot acht wijkgezondheidscentra, met een patiëntenpopulatie tussen de tien à twintig duizend. Dat medisch centrum wordt dan de centrale spil in de wijk, hét aanspreekpunt waar iedereen terecht kan met vragen en problemen.

De verbondenheid met de wijk zorgt dat je snel de brug kan slaan tussen individuele problemen van patiënten en een collectief gezondheidsprobleem. Als je bij verschillende kinderen vaststelt dat ze slechte tanden hebben, heeft het meer zin om dit preventief aan te pakken op school, dan om elk kind apart naar de tandarts te sturen.

Meer inzetten op wijkgezondheidscentra betekent voor de overheid in elk geval geen meerkost. Ze kosten meer in de eerste lijn (huisartsgeneeskunde, kinesithérapie en verpleegkundige verzorging), maar minder in de tweede lijn (ziekenhuizen, specialisten, geneesmiddelen...). Met andere woorden: investeren in wijkgezondheidscentra betekent vooral een shift in de verdeling van middelen, met meer aandacht voor een sterke basisgezondheidszorg en preventie.⁶²

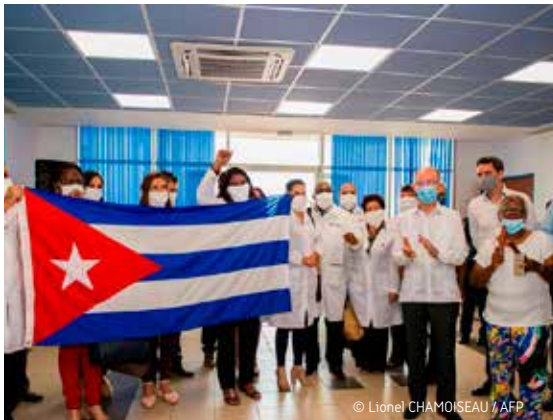


In Cuba blijf je lang gezond

Het socialistische eiland Cuba leeft door de economische blokkade van de VS zeer krap bij kas. Ziekenhuizen moeten het met verouderde apparatuur doen, zo hebben ze vaak geen toegang tot een CT-scanner. Toch scoort het eiland erg goed op veel gezondheidsindicatoren: de gemiddelde levensverwachting ligt er op 79 jaar, bijna gelijk aan die in de VS, de zuigelingensterfte is met 4/1000 zelfs lager dan die in de VS.

Hoe halen de Cubanen deze mooie resultaten? Cuba bouwt aan een socialistische maatschappij, waarin de mens centraal staat. Gezondheid is er als mensenrecht opgenomen in de grondwet. Gezondheid ziet men niet als een afwezigheid van ziekte maar als een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn. Met deze integrale en inclusieve visie zet men dan ook volop in op sport en cultuur, op gratis onderwijs van kind tot gepensioneerden, op samenzijn en solidariteit. De Cubaanse gezondheidszorg is volledig publiek, gratis en voor iedereen toegankelijk. De focus ligt op eerste lijn en preventie.

Het Cubaanse Ministerie van Gezondheid is overtuigd dat preventieve acties tot een ziekte vermindering van 90% kunnen leiden. Deze aanpak zie je op alle niveaus. Er is een huisarts en wijkverpleegkundige voor elke 150 à 200 gezinnen. Zij leven in de wijk en kennen de mensen en hun gezondheidsproblemen heel goed. Elke patiënt wordt, afhankelijk van zijn risicocategorie, jaarlijks één of meerdere keren bezocht door de huisarts. Op die huisbezoeken geeft de arts ook raad over bijvoorbeeld het verwijderen van stilstaand water, gezonde voeding, handhygiëne.



Per 25 000 inwoners, op wijkniveau, is er een polikliniek, waar specialisten spreekuur houden en ook een epidemioloog werkt. Deze krijgt via de huisartsen informatie over de gezondheid van de populatie. Op dit niveau worden wijkgebonden

gezondheids campagnes gelanceerd. Een specialist in infectieziekten kan waar nodig ingezet worden. Daarnaast zijn er gespecialiseerde ziekenhuizen.

De overheid voert preventiecampagnes voor het hele land. Zo krijgen kinderen op school gezondheidseducatie als vak. Anticonceptie is gratis en Cuba heeft voor veel ziektes een van de hoogste vaccinatiegraden ter wereld. Verder is er centrale controle op de voedingsindustrie om bijvoorbeeld het zoutgehalte in voedingsproducten te beperken. Hier hebben lobby's van de voedingsindustrie niet dezelfde invloed als in het westen. Gezondheid primeert, niet winst.⁶³

Mentale gezondheid: meer praten, minder slikken

Psychisch leed is wijdverspreid in onze maatschappij. In 2018 had een derde van de Belgen last van psychische klachten.⁶⁴ De coronacrisis deed daar nog een schepje bovenop. Daarnaast heeft België al jaren het hoogste zelfdodingscijfer van West-Europa. Toch komt maar liefst 60% van mensen met psychische klachten niet bij de juiste hulp terecht. De drempels ernaartoe zijn immers hoog: niet weten waar naartoe, de hoge kostprijs voor privétherapeuten of lange wachttijden bij gesubsidieerde centra (soms tot wel anderhalf jaar!).

Het is duidelijk dat we nood hebben aan een doeltreffende aanpak om psychische problemen aan te pakken en te voorkomen. Mensen moeten snel de weg kunnen vinden naar gepaste psychologische zorg en ondersteuning. We willen een systeem waarin mensen kwalitatief en zonder onnodige medicatie behandeld worden.

Er is nood aan laagdrempelige plekken waar (familieleden en mantelzorgers van) mensen met geestelijke gezondheidsproblemen terecht kunnen, zowel fysiek als digitaal. Voor het krijgen van informatie en het tijdig toe leiden naar de juiste zorg. We moeten inzetten op een brede eerstelijnspsychologie die voor iedereen toegankelijk is zonder voorschrift en zonder criteria voor diagnose of ernst. De eerstelijnspsycholoog maakt in een aantal sessies een inschatting van de problematiek, gaat aan de slag met lichte of matige psychologische klachten en verwijst indien nodig gericht door naar de juiste, meer gespecialiseerde hulpverlening.



De eerstelijnspsycholoog moet nabij, toegankelijk en laagdrempelig zijn. Dat gebeurt het best op plaatsen die mensen al kennen. Zo krijgt de geestelijke gezondheidszorg een plaats in de wijk: op school en in het jeugdwerk, in de Huizen van het Kind, in de dienstencentra binnen de ouderenzorg, in toegankelijke werkingen zoals wijkgezondheidscentra, in verenigingen... Dicht bij de mensen, zodat zij die het nodig hebben snel de gepaste zorg krijgen.

Door eerst te investeren in preventieve maatregelen en laagdrempelig te werken, kunnen we snel ingrijpen bij psychische problemen en bereiken we meer mensen. Ook mensen die nu door de mazen van het net glippen. Voor zij die meer gespecialiseerde hulp nodig hebben, moeten we inzetten op de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg,⁶⁵ die vandaag te kampen hebben met alsmaar langere wachtlijsten. Voor mensen met ernstige psychiatrische problemen zetten we prioritair in op een uitbreiding van de mobiele teams. Die kunnen snel ingeschakeld worden om mensen te helpen in hun eigen, vertrouwde omgeving, zowel voor crisissituaties als voor nazorg en chronische zorg.

Een ziekenhuis dat om patiënten draait

Als het ziekenhuis echt om de patiënten draait, en niet om geld, zal het ziekenhuis minder nodig worden. Het werkt samen met de groepspraktijken en de lokale preventiedienst binnen elk gezondheidsdistrict. Samenwerking tussen de verschillende beroepen van de zorg kan door de financiering aangemoedigd worden met bijvoorbeeld een premie voor de huisarts, de kiné en de specialist als ze samen overleggen over een chronisch patiënt, in plaats van hem bij iedereen apart op consultatie te laten gaan. In sommige regio's van de wereld krijgen zelf de eerste lijn en de ziekenhuizen een gemeenschappelijk budget, wat hen sterk aanmoedigt om op preventie te focussen.

Iedereen is nodig om het ziekenhuis te laten draaien: van poets- en keukenpersoneel tot zorgkundigen en logistieke assistenten. Alle beroepen die in het ziekenhuis werken, moeten inspraak hebben in het beleid van het ziekenhuis, niet alleen de artsen. Daarvoor is het belangrijk dat de ziekenhuizen niet meer financieel afhankelijk zijn van de artsen. Iedereen die in het ziekenhuis werkt moet ook voor het ziekenhuis werken. Door outsourcing en interim groeien kwaliteitsnormen, personeelsnormen en lonen uit elkaar.

Wanneer de overheid voldoende budget voorziet, worden ziekenbedrijven opnieuw ziekenhuizen, dan kunnen ziekenhuisnetwerken opnieuw samenwerken in plaats van elkaar te concurreren.



Laten we gezondheid financieren in plaats van ziekte

In de streek van het Zwarte Woud in Duitsland heeft een groep artsen twee ziekenfondsen ervan overtuigd de forfaitaire gezondheidszorg te financieren voor een bevolkingsgroep van ongeveer 30 000 inwoners. Daar is de gezondheidsorganisatie 'Gesundes Kinzigtal' uit voortgekomen. Artsen ontvangen een inkomens toeslag als ze aan het programma deelnemen. En er worden altijd maar meer preventie-initiatieven genomen, bijvoorbeeld het aanmoedigen van patiënten om meer te bewegen. In vier jaar tijd is het aantal spoedopnames in de ziekenhuizen gedaald, waardoor de uitgaven met 17% zijn verminderd in vergelijking met de rest van de bevolking.

In Spanje, Zweden en Nieuw-Zeeland werken sommige gezondheidsdistricten op dezelfde manier. De vraag die ze in de eerste plaats proberen te beantwoorden luidt: "Hoe houden we de mensen gezond?" Ziekenhuizen, huisartsen, geestelijke gezondheidszorg, preventie en thuiszorg worden er met een gemeenschappelijk budget gefinancierd. Al deze gezondheidswerkers worden per zorggebied gezamenlijk verantwoordelijk om de gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren, in plaats van de kwantiteit van de zorg te maximaliseren zoals in ons land gebeurt. Laten we ons daarop inspireren om ook in België de ziekenhuisfinanciering over een heel andere boeg te gooien.

Speciale aandacht voor onze ouderen

“Ouderen zijn de toekomst, niet het verleden.” Op een dag worden we allemaal oud, zo gaat het leven. We hebben recht op rust en zorg aan het einde van een actief leven van bijdragen aan de gemeenschap. In de neoliberale visie schildert men ouderen, net zoals mensen met een beperking of langdurig zieken, af als “niet-actieven”, onproductieve elementen die ons geld kosten. De druk om ouderenzorg te privatiseren om er geld uit te slaan is enorm, zoals we eerder in dit hoofdstuk zagen.

We weten uit vele studies dat beweging, muziek, sociale interactie, nieuwe dingen leren de mens en zijn brein fit houdt, en dat sociale isolatie en eenzaamheid bij ouderen hun gezondheid ernstig schaadt. Eenzame ouderen hebben meer risico op dementie en op dodelijke hart- en vaatziekten.

In plaats van koude privéruisthuizen en versnipperde, slecht gecoördineerde thuiszorg, hebben we nood aan ouderenzorg die stevig geïntegreerd is in het gezondheidsdistrict. Een ouderenraad garandeert inspraak in hoe zorg én gezondheids promotie voor ouderen het best lokaal georganiseerd worden. Hun perspectief telt mee bij de inrichting van publieke ruimte en publieke woningbouw.

Met voldoende middelen voor thuiszorg op maat, met integratie van sociale diensten, medische opvolging door de eerstelijns werkers van het wijkgezondheidscentrum en een publiek rusthuis in elke wijk zorgen we voor het welzijn van elke oudere.

Ouderenzorg is geen kost, maar een meerwaarde. We kunnen zoveel leren van mensen met een rijke levenservaring. Een publiek rusthuis is een open rusthuis, geen plek om ouderen “weg te steken”. De bewoners blijven mensen van de buurt. Hun tuin is van de gemeenschap, schoolkinderen doen er activiteiten, het personeel heeft de tijd en de middelen om het sociale leven er volop te laten bloeien.



Een inclusief beleid

In haar solidaire zorg voor ieder mens toont een maatschappij haar kracht. Wij willen een inclusieve samenleving waar mensen met een beperking actief deel vanuit maken. Mensen met een beperking moeten een afdwingbaar recht op ondersteuning en assistentie hebben. Het is belangrijk dat zij over de grootst mogelijke zelfstandigheid kunnen beschikken en betrokken zijn bij de beslissingen die hen aangaan. Maar het huidig beleid slaagt er niet in de rechten van de mensen met een beperking te garanderen. De schrale budgettaire invulling maakt van inclusie en autonomie een farce in plaats van een recht.

Ieder kind, iedere jongere, ieder mens moet zich kunnen ontplooiën, de regie van zijn of haar leven in handen kunnen nemen, betrokken zijn en erkend in zijn of haar talenten en potentieel. Daarom is goede jeugdzorg een basisrecht.

Zowel voor jeugdzorg en gehandicaptenzorg moeten er voldoende middelen geïnvesteerd worden in omkadering, in zorg en zorgwerkers, in studie en uitwisseling van expertise en ervaring.

2. Populatiefinanciering

Met de regelmaat van de klok lezen we over geldtekort in de ziekenhuizen en exuberante artsenlonen. Wij willen de zaken omdraaien van "hoe halen we het meeste omzet uit zieke mensen" naar "hoe houden we de mensen gezond". Dan moeten we nadenken over een alternatief financieringssysteem. Een systeem dat gebaseerd is op kwaliteit en samenwerking tussen instellingen. Dat kan alleen maar met gebundelde financiering op het niveau van gezondheidsdistricten. Een enveloppe met geld voor de werking van de gezondheidszorg die gebaseerd is op de behoeften van de populatie die men verzorgt. De drijfveer gaat zo van meer productie naar meer gezondheid.

Hierbij hoort een vast loon voor zorgverleners. Van dat geld betaalt men artsen een fatsoenlijk salaris, zoals dat van een universiteitsprofessor. een salaris dat rekening houdt met kwalificaties, wachtdiensten en bijkomende uren, maar dat wel alle specialisaties gelijk waardeert.

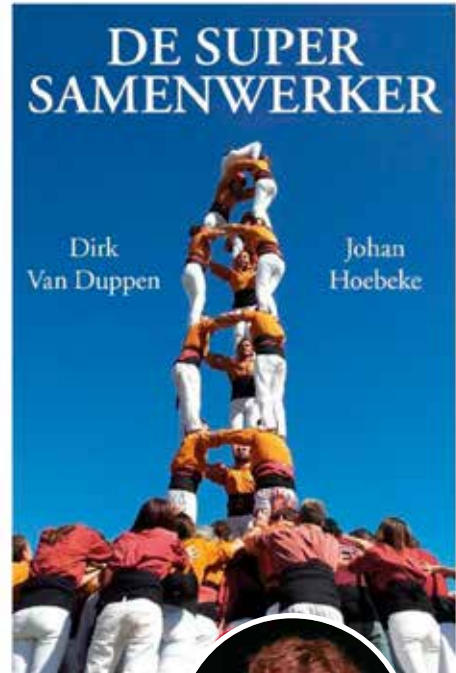
Een globale aanpak is moeilijker als je zorgverleners betaalt per prestatie. Een instelling die een vast budget krijgt heeft baat bij gezonde, autonome gebruikers en richt zich dus op preventie, gezondheidsbevordering en samenwerking. Het forfaitstelsel van de wijkgezondheidscentra toont dit duidelijk. Die ruimere autonomie voor hulpverleners kan alleen als de middelen die ze krijgen, verbonden zijn aan de populatie waarvoor ze verantwoordelijk zijn, en niet aan het aantal consultaties of technische prestaties dat ze leveren.



De drijfveer van gezondheidswerkers is niet financieel

In zijn boek *De Supersamenwerker* beschreef Dirk Van Duppen hoe de van nature sociale mens gericht is op zorg voor anderen. Zorgwerkers zijn gemotiveerd als ze in een goed team de beste zorg voor de patiënt kunnen leveren. Dit is zo voor alle beroepen in de zorg. Een systeem dat alleen maar steunt op financiële prikkels voor elke extra prestatie, stimuleert hen niet. Het leidt tot vervreemding, ontmenselijking van de zorg en meer burn-outs.

Als we weten dat de intrinsieke motivatie van zorgwerkers niet financieel is, liggen de oplossingen voor prestatitis en supplementitis nog meer voor de hand: stap af van de prestatiefinanciering en zorg voor een goed vast loon en goede werkomstandigheden voor alle zorgpersoneel. De kwaliteit van zorg zal er beter van worden, gedreven door een sterke menselijke motivatie om te zorgen voor de ander. Ieders gezondheid heeft er veel bij te winnen: die van de patiënt én die van de zorgwerker.





Gebundelde financiering zorgt voor samenwerking

35 jaar geleden was de dokterspraktijk een eenmansbedrijf. Ik had alleen maar tijd voor curatieve geneeskunde. Ondertussen is de gezondheidszorg complexer geworden. Door de vergrijzing zijn er meer patiënten met chronische ziektes. Technologische ontwikkeling is er bovendien in de ziekenhuizen meer superspecialisatie, waardoor er meer nood is aan coördinatie. Spreken die verschillende specialisten mekaar niet tegen? En wat vindt de patiënt zelf van alles? Doe daar nog de toename aan psychologische problemen bij: mensen met stress, burn-out en depressie.

Kwalitatieve geneeskunde vergt preventie, gezondheidspromotie, empowerment, overleg, en een performant elektronisch medisch dossier. Dat kan alleen maar omdat de omkadering in onze praktijk veel beter is geworden. Hier in Lommel werken vier artsen, drie verpleegkundigen, een boekhouder, een zorgkundige, een diëtiste, twee receptionistes, een coördinator en een poetsvrouw. De verpleegkundigen hebben veel werk van ons overgenomen: bloed afnemen, wratjes bevroren, wonden verzorgen, preventie, opvolging van chronische patiënten... dat deden we als arts vroeger allemaal zelf. We overleggen vaak. Zo sta je als dokter veel sterker, want samen kom je tot betere inzichten.

Luc Ectors

huisarts GVHV Lommel



3. Alles onder democratisch beheer

De inplanting van een wijkgezondheidscentrum in elke buurt, het beheer van een lokale preventiedienst, het organiseren van een integrale financiering voor elk lokaal gezondheidsdistrict... Als we dat allemaal willen garanderen, moet de overheid in onze gezondheidszorg een veel actievere rol opnemen dan nu het geval is. Dat zal pas werken als alles zo democratisch en participatief mogelijk verloopt.

De eindverantwoordelijke in elk gezondheidsdistrict moet democratisch verkozen worden. Daarnaast organiseren we per district een zorgraad met vertegenwoordigers van alle betrokkenen, die elke maand samenkomt om mee te beslissen over alle belangrijke kwesties. Enerzijds vertegenwoordigers van de zorgverleners, met een goede verdeling over de verschillende zorginstellingen en de verschillende disciplines die in het district aanwezig zijn. Anderzijds de patiënten – ruim bekeken eigenlijk alle inwoners van het district: via patiëntenverenigingen, ziekenfondsen en andere middenveldorganisaties kunnen ook zij erbij zijn.

Het wordt hoog tijd dat al die spelers meer zeggenschap krijgen over het reilen en zeilen van onze gezondheidszorg. Het Riziv, de beheerder van onze ziekteverzekering, wordt nu wel paritair beheerd door ziekenfondsen en beroepsverenigingen, maar die nationale structuren zijn voor de meesten een ver-van-mijn-bedshow. Door de oprichting van 110 zorgraden – in elk gezondheidsdistrict eentje – zullen we er veel beter voor kunnen zorgen dat iedereen mee kan nadenken en spreken over de toekomst van onze sociale gezondheidszorg 2.0.

4. Kwaliteitsnormen

De verschillende wetenschappelijke instituten in ons land leveren goed werk. Niet alleen tijdens de pandemie, maar ook voordien. Vaak met weinig personeel en middelen. Toch kloegen veel artsen en gezondheidswerkers tijdens de pandemie over de veelheid aan informatie die door een veelheid van instanties werd rondgestuurd. Wekelijks vielen er nieuwsbrieven binnen met medische richtlijnen van diverse instellingen en organisaties: Sciensano, Domus Medica, het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, de lokale wachtkring, de Hoge Gezondheidsraad, de eerstelijnszones, het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie... Het was bijna niet te volgen.

Er is hoge nood aan eenheid van commando, ook op vlak van kwaliteitsnormen en richtlijnen. Wij pleiten daarom voor kwaliteitsvolle eenduidige praktische landelijke richtlijnen uit te werken en te communiceren naar alle zorgverleners. Een evidence based beleid heeft een bewezen terugverdieneffect. Hiervoor zijn meer middelen en mensen nodig. We moeten kunnen vertrouwen op onafhankelijke expertise om zo goed mogelijk ons gemeenschapsgeld in te zetten.



Inspiratie uit Zweden

Zweden kent een hoge kwaliteit van gezondheidszorg. De levensverwachting is een van de hoogste ter wereld. Zweden heeft een publiek zorgstelsel dat wordt gefinancierd uit belastingen. De basisvoorzieningen zijn gratis, andere voorzieningen hebben een maximumfactuur.

Zowel bij gezondheidswerkers als bij patiënten is er een groot vertrouwen in het beleid. De gezondheidszorg wordt regionaal georganiseerd met een sterke ondersteuning van verschillende nationale wetenschappelijke overheidsinstellingen. Er is eenheid van beleid. Een mooi voorbeeld hiervan is de nationale gezondheidssite www.1177.se. Deze gezondheidsdienst is dag en nacht bereikbaar, verpleegkundigen beantwoorden je vragen en zoeken of organiseren mee zorg voor jou. Zij geven in heel het land hetzelfde advies gebaseerd op de nationale wetenschappelijke diagnose- en behandelrichtlijnen.

2.3 Een sociaal-publiek model 2.0



“Wat nu nodig is, is geen hervorming maar een omvorming, een revolutie. Een rustige, collectieve en reflectieve revolutie van de soort die de NHS (Nationale Gezondheidsdienst) in 1945 oprichtte.”

Allyson Pollock, professor Volksgezondheid Newcastle, Verenigd Koninkrijk.

Een stevige sociale zekerheid. Een zorg per district dicht bij de mensen, financiering per populatie, democratisch beheer, aandacht voor mentaal en sociaal welzijn... Op elk van die domeinen apart kunnen stappen vooruit gezet worden. Denk maar aan de eerstelijnszones, de wijkgezondheidscentra die alsmaar verder uitbreiden, de preventieve aanpak van de huizen van het kind, de strijd van het zorgpersoneel voor meer loon...

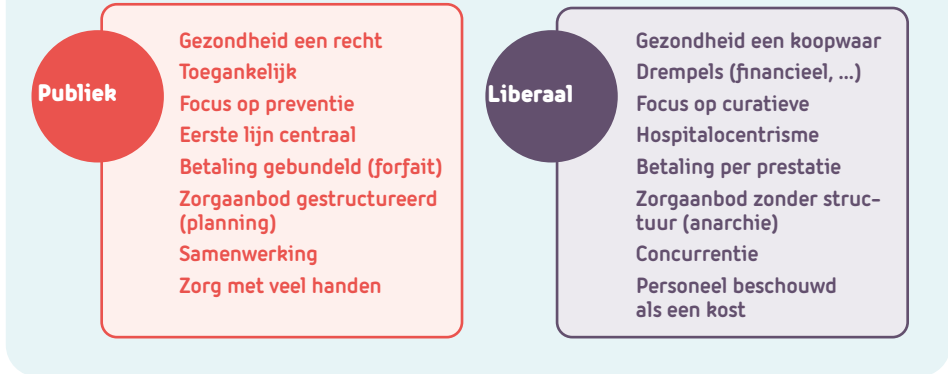
Maar wanneer de markt de gezondheidszorg binnensluipt, kunnen we de problemen niet oplossen met kleine ingrepen hier en daar. Binnen het huidige liberale zorgsysteem staat elke verworvenheid vroeg of laat onder druk. Dan begint het mantra van “er is geen geld” en “het is crisis voor iedereen” tot “we doen wat we kunnen”... Denk maar aan de besparing op de sociale zekerheid door de taxshift van de regering Michel in 2016. Of aan de commercialisering van de rusthuizen en de besparingen die Maggie De Block op wijkgezondheidscentra wilde doorvoeren...

Daartegen protesteren is belangrijk maar in deze visietekst van Geneeskunde voor het Volk willen we verder gaan. Het volstaat niet om hier en daar een pleister te plakken, wij moeten durven radicaal van koers veranderen. Tegen een ‘system error’ uit deel 1 van dit hoofdstuk, kan je alleen iets doen door te werken aan een grondige verandering van het systeem. Een aanpak bij de wortels.

Wij willen de verworvenheden van onze zorg duurzaam verankeren en met ambitie verder uitbouwen. Daarvoor hebben we een heel ander zorgsysteem nodig. Dat andere zorgsysteem is een sociaal-publiek model 2.0. Waarbij het geheel van onze gezondheidszorg georganiseerd wordt vanuit een publieke visie. Een publieke visie die afstand neemt van de huidige liberale visie. Het is tijd om dit debat op de agenda te zetten.

Dit sociaal-publieke model 2.0 kan de sterktes van ons huidige non-profit systeem duurzaam verankeren en nieuwe ambities op een efficiënte manier waar maken. Want de noden zijn hoog.

Verschillen tussen publieke en liberale visie



De **financiering gebeurt door de overheid**. Voldoende financiering, zodat de zorg niet langer onder permanente druk staat om te besparen, te privatiseren en te commercialiseren. Zo maken we van gezondheid opnieuw een recht en geen koopwaar. Een gebundelde financiering in de vorm van een vast bedrag voor de populatie, afhankelijk van de gezondheidsnoden. Zo wordt preventie niet langer een kost, maar een investering om mensen gezond te houden.

De **zorgverleners werken voor de publieke dienst**. Dat zorgt voor voldoende personeel en goede arbeidsomstandigheden. En voor vaste en goede lonen, met een degelijk pensioenopbouw en sociaal vangnet. Zo worden specialisten gelijk betaald, onafhankelijk of ze eerder mensenwerk of technische prestaties leveren. Zo kunnen zorgverleners vertrekken vanuit kwaliteit en niet vanuit kwantiteit. Samenwerking kan zich ten volle ontplooiën.

Om ervoor te zorgen dat iedereen bereikt wordt, wordt het **zorgaanbod centraal gecoördineerd, lokaal georganiseerd**. De federale overheid zorgt ervoor dat iedereen bereikt wordt, dat er voldoende personeel en middelen zijn, dat er eenduidige richtlijnen zijn... De districten plooiën het beleid uit op het lokale niveau, dicht bij de mensen.

Alleen met een sociaal-publieke dienst 2.0 wordt gezondheid een recht voor iedereen, overal en voor altijd.



Eindnoten

- 1 Zo luidde bijvoorbeeld de kop van een groot artikel in De Standaard eind februari 2019. Detail: de studie werd uitgevoerd door de Health Consumer Powerhouse, een liberale privédentkank die de gezondheidszorg alleen door de bril van de individuele consument bekijken: een belangrijke overweging van Ri De Ridder toen het nieuws bekendgemaakt werd.
- 2 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- 3 https://atlas.ima-aim.be/jive?workspace_guid=e09625c3-b5d8-4d40-947d-b16c12640778
- 4 <https://kce.fgov.be/nl/de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-evaluatie-van-de-bilijkheid>
- 5 België gaat in tegen de Europese trend, waar de onvervulde medische behoeften in de laagste inkomensgroep verminderden van 4,7% (2011) naar 2,3% (2017). http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Report_EN.pdf
- 6 OECD Landenprofiel gezondheid België, 2019 https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgie-landenprofiel-gezondheid-2019_e5559793-nl#page9
- 7 OECD Landenprofiel gezondheid België, 2019 https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgie-landenprofiel-gezondheid-2019_e5559793-nl#page9
- 8 www.dkv.be/nl/over-dkv/nieuws/de-sterke-stijging-van-de-ziekenhuiskosten-leidt-tot-onvermijdelijke
- 9 Referenties: www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/la-liste-des-146-communes-wallonnes-en-penurie-ou-en-penurie-grave-de-medecins-generalistes.html en www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-huisartsarme-gemeentes-blijft-toenemen
- 10 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf
- 11 www.idewe.be/-/ziekteverzuim-zorg
- 12 Présentéisme chez les infirmier.e.s : Etude qualitative et quantitative, Dr. L. Lagrandcourt, GVHV
- 13 https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/verpleegkundigen_op_de_arbeidsmarkt_2017.pdf
- 14 Referentie: www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/02/10/1-op-3-huisartsen-wil-stoppen/
- 15 In onze rusthuizen is het personeelstekort onhoudbaar. Voor veilige en kwaliteitsvolle zorg zouden we ongeveer dubbel zo veel personeel nodig hebben. 80% van het zorgpersoneel in Vlaamse rusthuizen – privé en publiek – heeft te weinig tijd om bewoners de zorg en aandacht te geven die ze nodig hebben, zo blijkt uit enquêtes van vakbond ACV. [www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6440-acv-openbare-diensten-csc-services-publiics/6540-sectoren-\(overzicht-met-links\)-secteurs-\(aper%C3%A7u-avec-liens\)/openbare-zorg/brochure-zorgenqu%C3%AAtte-lv.pdf](http://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6440-acv-openbare-diensten-csc-services-publiics/6540-sectoren-(overzicht-met-links)-secteurs-(aper%C3%A7u-avec-liens)/openbare-zorg/brochure-zorgenqu%C3%AAtte-lv.pdf)
- 16 Beroemd Amerikaans taalkundige en filosoof, geboren in 1928.
- 17 CM, september 2020: "De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model?" www.cm.be/media/CM-Info-Begroting_tcm47-67234.pdf
- 18 MAHA Analyse Belfius 2020 www.belfius.be/about-us/fr/actualites/maha-analyse-2020
- 19 het Budget Financiële Middelen.
- 20 Berekeningen in de visietekst 'Helping people live the healthiest lives possible'. Op basis van cijfers van het KCE en het OESO. <https://proxy-ftp-upload-statics.kubernetes.prod.cloud.mediafn.digital/static.tijd.be/pdf/Helping%20people%20live%20the%20healthiest%20lives%20possible.pdf>
- 21 Uit het boek van Ri De Ridder, Goed Ziek, p. 91.
- 22 Sara Vandekerckhove, "Soms Geen enkele verpleger per afdeling in hoogbeveiligd centrum", in: De Morgen, 5 april 2016.
- 23 Referenties: www.weownit.org.uk/public-ownership/nhs
www.independent.co.uk/voices/10474075.html
www.bmj.com/content/361/bmj.k2791/rr
www.health.org.uk/publications/long-reads/returning-nhs-waiting-times-to-18-weeks
- 24 Sebastian Franco, "Mapping the privatisation of healthcare in Europe", European Network of Corporate Observatories, 14 oktober 2021.
- 25 Health, health care and capitalism. In L. Panitch en C. Leys (eds.), Morbid symptoms: Health under capitalism. Wales: Merlin Press, 2009, p. 18.
- 26 Why Single-Payer Health Care Saves Money, Robert H. Frank, 7 juli 2017, The New York Times, www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html
- 27 Financiering van integrale zorg in de eerste lijn, Impact van commercialisering in Nederland en Zweden, Tim Joye, Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent, p. 40.
- 28 www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20180308_03398914
- 29 Agentschap Zorg & Gezondheid, "Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum. Meting 2020", www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen.
- 30 Sebastian Franco, "Mapping the privatisation of healthcare in Europe", European Network of Corporate Observatories, 14 oktober 2021.
- 31 Zo blijkt uit een parlementaire vraag van de PVDA in het Vlaams parlement, zie www.pvda.be/gemiddeld_22_minder_personeel_in_commerciële_woonzorgcentra
- 32 Agentschap Zorg & Gezondheid, "Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum. Meting 2020", www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen.
- 33 'Privatisering van openbare ouderenzorg: de kraak van de eeuw', Lise Vandecasteele, Knack, 12 juli 2021.

- 34 Corporate Europe Observatory, Januari 2021, "When the market becomes deadly"
- 35 European Commission, november 2020, Commission opinion on the 2021 Draft Budgetary Plan of Belgium. https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/stability-and-growth-pact/annual-draft-budgetary-plans-dbps-euro-area-countries/draft-budgetary-plans-2021_en#belgium
- 36 Rusthuizen blijven echter beschouwd als privédiensten op de Europese vrije markt, waardoor multinationale commerciële groepen vrij spel hebben om er meer en meer op te kopen.
- 37 Bovendien beschouwt de Europese commissie gezondheidszorg in principe als een "economische activiteit" die onder de wetgeving over de eengemaakte markt valt: vrije uitwisseling van goederen, mensen, kapitaal en diensten. Op basis van dit kader kan er volop gelobbyd worden om gezondheidsdiensten uit te besteden aan privébedrijven. De Europese markt houdt van Publiek-Private Partnerschappen, concurrentie tussen zorginstellingen en verkoop van ziekenhuizen aan privé-investeersders
- 38 In het Engels providers en purchasers.
Het aankopen van zorg kan door de patiënt uit zijn eigen zak, via ziekteverzekeringen (publiek of privé) of rechtstreeks met geld van de staat.
- 39 Het zijn vooral de private verzekeringsmaatschappijen die instaan voor de voor de dekking van de zorg (voor 68% van de bevolking in 2019) cijfers van 2019. <https://www.census.gov/library/publications/2020/demo/p60-271.html>
Het verzekeringsaanbod is trouwens weinig verscheiden. In 2014 werden 83% van de verzekeringen verstrekt door vier maatschappijen. Dat bevordert niet de concurrentie en een prijsdaling zoals de wet van de vrije markt belooft.
- 40 Health at a Glance 2021, OECD, www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en
- 41 De Verenigde Staten spenderen 16,8% van hun BBP aan gezondheidszorg, tegenover een gemiddelde van 8,8% in de landen van de OECD. Health at a Glance 2021, OECD, www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en
- 42 "Women's Health Insurance Coverage", Kaiser Family Foundation, 8 november 2021, www.kff.org/other/fact-sheet/womens-health-insurance-coverage/
Commercialisering van de zorg versterkt ook genderongelijkheid. Bijna een vrouw op vier heeft alleen toegang tot gezondheidszorg via de verzekering van haar man, wat een belangrijke rem is om hem te verlaten in geval van huishoudelijk geweld
- 43 EU state of the Health, Country Health Profile Belgium 2019
- 44 Interview voor Solidair in 2015
- 45 State of Health in the EU: België. Landenprofiel gezondheid 2019. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_be_dutch.pdf
- 46 REFERENTIES NOG OP TE HALEN IN TEKST VOOR PROMETHEUSPLAN
- 47 We publiceerde onze ervaring met lokale contacttracing als studie: "Haalbaarheid van actieve contact tracing van COVID-19-infecties in de eerstelijnszorg: een pilootproject", Tijdschrift voor Geneeskunde, 76, nr. 12, 2020
- 48 Bron: www.socialsecurity.be, cijfers 2014
- 49 Tom Zwanepeel et Tony Van de Calseyde, "Splitsing gezondheidszorg legt bom onder interpersoonlijke solidariteit", De Gids, 26 april 2021.
- 50 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België, rapport 42A, 2006.
Guy Tegenbos, "Kans op operatie verschilt zeer sterk per regio", De Standaard, 11 oktober 2006. "Kijkoperatie degeneratieve knieartrose vaak overbodig", De specialist, despecialist.eu, 24 september 2019
- 51 Bart Criel en Jannetje Ronse in De Morgen "Onze les uit de coronacrisis? Organiseer gezondheidszorg meer lokaal": www.demorgen.be/meningen/~b32a7e95/
Nog meer uitgewerkt in TVG <https://tvgg.be/nl/artikels/van-basisarts-tot-public-health-verschillende-wegen-om-naar-rome-te-reizen>
- 52 Wat is het verschil tussen die twee? Kort samengevat komt het erop neer dat preventie zich eerder focust op het vermijden van ziekte, bijvoorbeeld door vaccinatie of onderzoeken om kanker vroeg op te sporen. Gezondheidsbevordering leert mensen hoe ze gezondere keuzes kunnen maken, bijvoorbeeld het sensibiliseren van de bevolking om meer te bewegen en gezonder te eten.
- 53 Berekening door CM. www.cm.be/media/CM-Info-Preventie-en-gezondheidsbevordering_tcm90-69792.pdf
- 54 Opinie van het Preventieplatform https://logoantwerpen.be/sites/default/files/domain%20editor/Melissa/Opienestuk%20Preventieplatform_de%20nood%20om%20te%20inverteren%20in%20preventie%20is%20nog%20noot%20zo%20groot%20geweest.pdf
Zie ook oproep van tientallen academici uit de medische sector eind 2019, nog voor de coronacrisis. www.standaard.be/cnt/dmf20191006_04648748
- 55 Cijfers van professor gezondheidseconomie Lieven Annemans, op basis van Britse studie. (REFERENTIE?)
- 56 In Vlaanderen is dit het Agentschap Zorg & Gezondheid. In Wallonië het Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). In Brussel zijn er maar liefst drie verschillende instellingen (!) bevoegd. Meer details in het rapport van CM f
- 57 In Vlaanderen bestaan er wel de Logo's (Lokaal GezondheidsOverleg). Maar dit is in de eerste plaats een netwerkorganisatie. Ze moeten vooral lokale organisaties en gezondheidswerkers in contact brengen met de bestaande preventieprojecten. Hun doel is niet zelf op het doelpubliek afstappen. Het beschikbaar personeel is ook beperkt: negentig voltijds equivalenten, verspreid over vijftien Logo's in Vlaanderen en Brussel.
Info via de website www.vlaamse-logos.be/node/75
De Franstaligen hebben de Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS). Met negen centra voor heel Wallonië en één voor Brussel zien we er dezelfde beperkingen terugkomen. <http://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante/organismes-agrees-organes-avis>
- 58 1) <https://www.researchgate.net/publication/51167509>
2) www.niph.go.jp/journal/data/69-1/202069010002.pdf
- 59 België is hiermee de slechtste van Europa.
Zie Qualicopc-studie: www.demorgen.be/nieuws/~b16bb612/

- 60 Voor elke ingeschreven patiënt betaalt het ziekenfonds een vast bedrag per maand aan het wijkgezondheidscentrum. De patiënt en het ziekenfonds betalen niet meer per consultatie (prestatie).
- 61 In mei 2020 nog deze opinie van profs uit Antwerpen en Gent naar aanleiding van de coronacrisis.
- 62 Dat berekend de ziekenfondsen in hun vergelijkende studie van de twee systemen. Zie <https://ima-aim.be/Persbericht-Forfaitair>
- 63 Referenties:
1. www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/leren-van-cubaanse-gezondheidszorg.htm
 2. Gardiner J. Is Cuba the answer? *BMJ* 2011; 343 :d7460 doi:10.1136/sbmj.d7460
 3. Campion EW, Morrissey S. A different model—medical care in Cuba. *N Engl J Med.* 2013 Jan 24;368(4):297-9. doi: 10.1056/NEJMp1215226. PMID: 23343058.
- 64 Why Single-Payer Health Care Saves Money, Robert H. Frank, 7 juli 2017, The New York Times, www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html
- 65 De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (in Vlaanderen) en Services de Santé Mentale (in Wallonië) zijn gesubsidieerde centra waar mensen met (ernstige) psychische of psychiatrische problemen terecht kunnen voor hulp en begeleiding. Het team van elk centrum bestaat uit psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers. Een standaardtarief voor een psychologisch gesprek bedraagt 11 euro. Urgentie zorg en een eerste consultatie blijven gratis. Mensen met een verhoogde tege-moetkoming binnen de ziekte- en invaliditeitsregelgeving of mensen in budgetbegeleiding betalen een verminderd tarief van 4 euro per gesprek.
- 66 Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020 Dec; 28(12): 1233–1244.

Hoofdstuk 3

Geneesmiddelen



- 1. Twintig jaar strijd voor het recht op geneesmiddelen**
- 2. Patiënten en de sociale zekerheid betalen zich blauw**
- 3. Het farma-businessmodel verhindert maatschappelijke vooruitgang**
- 4. De remedie: maak van essentiële geneesmiddelen en vaccins een publiek goed**

1. Twintig jaar strijd voor het recht op geneesmiddelen

Geneesmiddelen vormen een essentieel onderdeel van onze gezondheidszorg. Na een beschrijving van een gezondheidsklacht waar mensen mee worstelen, volgt onvermijdelijk de vraag: "En bestaat daar een pilleke voor?" Voor heel wat patiënten zorgde de ontdekking van nieuwe medicijnen echt voor een wereld van verschil. Ook al is dat helaas zeker niet bij alle medische problemen het geval, medicijnen helpen mensen om te genezen. Alleen hebben wij als gemeenschap geen enkele inspraak in welke pillen en poeders er worden ontwikkeld, laat staan hoeveel die kosten. De overheid gaf de sleutels van het geneesmiddelenbeleid aan de privésector waardoor we volledig afhankelijk zijn van een handvol farmaceutische multinationals.

De toenmalige en veel te vroeg gestorven GVHV-voorzitter Dirk Van Duppen trok in 2004 met zijn boek *De Cholesteroloorlog* aan de alarmbel.¹ Het boek sloeg in als een bom en er kwam een maatschappelijk en politiek debat over het geneesmiddelenbeleid op gang. Bladzijden lang documenteerde hij minutieus hoe we veel te veel betalen voor medicijnen. Hoe de multinationals daardoor miljarden plunderen uit onze sociale zekerheid. Maar hij beschreef ook hoe de farmaceutische bedrijven wetenschappelijk onderzoek manipuleren. Hoe ze vooral geïnteresseerd zijn in wat winst maakt en niet in wat nodig is voor de volksgezondheid. En hoe ze het voorschrijfgedrag van artsen proberen te beïnvloeden. "Allemaal zaken uit het verleden," hoor je mensen van de farmalobby soms weleens zeggen. Maar is dat zo? We stellen vast dat een heleboel wanpraktijken die Van Duppen aan de kaak stelde, vandaag nog altijd bestaan, al nemen ze soms een andere vorm aan.



Het kiwimodel

Het verhaal van de cholesteroloorlog begon met één hartpatiënt van huisarts Dirk Van Duppen die zijn medicatie niet terugbetaald kreeg. Op de GVHV-praktijk van de Bres in Deurne besloten ze een klein wetenschappelijk onderzoek te doen. De artsen ontdekten een patroon: patiënten die de medicatie niet nodig hadden, werden terugbetaald en patiënten die het wel nodig hadden, niet! Dirk Van Duppen kaartte de kwestie aan in *De Morgen* en de cholesteroloorlog barstte los. Een jaar later, in 2004, publiceerde hij een boek met diezelfde titel. De cholesteroloorlog was een aanklacht tegen de farma-industrie en haar geldhonger, tegen haar marketingmachine en de plundering van de sociale zekerheid. Het boek toonde ook aan dat er een ander geneesmiddelenbeleid mogelijk was. Dirk haalde daarvoor de mosterd in Nieuw-Zeeland. Daar zit niet de farmalobby, maar de overheid aan de knoppen. Die organiseert een

| Multinational: Een onderneming met vestigingen in verschillende landen.

| Lobby: Een organisatie die als hoofddoel heeft om beleidsmakers te beïnvloeden, zodat hun ondemocratische belangen in wetten gegoten worden.

openbare aanbesteding voor geneesmiddelen en betaalt alleen de producten met de beste prijs-kwaliteitverhouding terug. Geneesmiddelen zijn in Nieuw-Zeeland daardoor tot 90 procent goedkoper dan bij ons. Die aanpak werd in ons land bekend als het 'kiwimodel'. Het idee werkte als een magneet en bracht heel wat mensen op de been. In geen tijd zetten honderdduizend mensen hun handtekening onder een petitie van de christelijke bediendenvakbond en KWB. GVHV voerde ook zelf actie. Zo trokken we samen met onze patiënten naar het Nederlandse grensstadje Hulst waar ze goedkopere geneesmiddelen konden kopen.



In 2005 bereikte de cholesteroloorlog het federale parlement. De parlementsleden konden zich uitspreken over een wet die het kiwimodel zou invoeren in ons land. In zowat alle politieke families doken er voorstanders op. Het leidde tot grote paniek bij de farmabedrijven die voor het eerst in de geschiedenis een gezamenlijke persconferentie organiseerden. Daar klonk maar één boodschap: het kiwimodel mocht er absoluut niet komen. Hun lobby-operatie bleef niet zonder gevolgen. Het kiwimodel vervelde tot 'kiwi light'.² Maar zelfs die fel afgezwakte versie deed de prijzen dalen. Ook het bewustzijn over de veel te grote bedragen die naar de farmabedrijven stromen groeide. Het kiwimodel werd toegepast bij de aankoop van vaccins door de gemeenschappen, bijvoorbeeld voor het HPV-vaccin tegen baarmoederhalskanker. Het deed de prijs zakken van 375 euro naar 51 euro

voor drie injecties. Daardoor kon het vaccin gratis worden toegediend aan alle schoolmeisjes van het eerste middelbaar.³

De voorbije jaren bleven de praktijken van GVHV op dezelfde spijker kloppen. Elk jaar haalden we de pers met onze berekeningen over hoeveel het kiwimodel kan opleveren.⁴ Toen de toenmalige minister van Volksgezondheid Maggie De Block aankondigde dat ze antibiotica en maagzuurremmers duurder wilde maken, trokken we met meer dan tien bussen naar Nederland om het grote prijsverschil aan te tonen. Met succes, want Maggie moest terugkrabbelen. En opnieuw zetten we het alternatief van het kiwimodel in de schijnwerper. Een nieuw kiwivetsvoorstel was één van de laatste wapenfeiten van Dirk Van Duppen voor hij getroffen werd door een fatale ziekte. Onze PVDA-parlementsleden dienden een wetsvoorstel in waarin gedetailleerd werd uitgewerkt hoe zo'n kiwimodel in België er zou kunnen uitzien.⁵ We zetten de strijd van Dirk verder!

Tim Joye
hoofd GVHV-studiedienst



Openbare aanbesteding: Een manier om producten of diensten in te kopen, waarbij ondernemers die hun dienst of product willen verkopen, een openbare offerte maken.

Van Lipitor tot Humira

De farmasector heeft zeker niet stilgestaan de voorbije jaren. De weg naar de grootste winsten is niet meer dezelfde als twintig jaar geleden. Dat kon ook niet anders want door de spectaculaire vooruitgang van de wetenschap komen er nu andere medicijnen op de markt dan toen.

In de tijd van de cholesteroloorlog haalden farmabedrijven hun winst vooral uit medicijnen die ingezet werden bij aandoeningen die heel frequent voorkomen: te veel cholesterol, hoge bloeddruk, maagzuur, enzovoort. Dat waren de producten die veel geld in het laatje brachten, geneesmiddelen die aan zeer grote groepen patiënten konden worden voorgeschreven en die vaak voor lange tijd genomen moesten worden. Inkomsten gegarandeerd. Zoals de blockbusters uit de wereld van de film, kaskrakers met een miljoenenbudget. Voor veel van die blockbusters verliep het patent en kwamen er goedkopere *generieke versies* op de markt. De winsten dreigden onder druk te komen. In 2009 lezen we in de krant: "De meeste grote farmabedrijven hebben het vandaag erg moeilijk om hun positie, omzet en winst te handhaven".⁶ Dus ging de farma-industrie op zoek naar andere mogelijkheden om geneesmiddelen met grote winst te kunnen verkopen. Hun probleem met de nieuwe medicijnen van de laatste tien jaar: de meeste zijn bedoeld voor ziektes die een veel kleiner aantal patiënten treffen. Veel behandelingen die momenteel ontwikkeld worden, behoren tot de *immuun- en gentherapie*. Het zijn domeinen van de medische wetenschap die twintig jaar geleden nog in hun kinderschoenen stonden, maar die sindsdien enorm geëvolueerd zijn. Dat heeft mogelijkheden geopend voor een betere behandeling van vele aandoeningen. Denk aan chronische immuunziekten zoals de ziekte van Crohn of reumatoïde artritis, maar ook aan kanker en bepaalde genetische stoornissen. Geneesmiddelen met een grote impact dus, maar een kleiner doelpubliek dan hun voorgangers van twintig jaar geleden. Om van deze groep medicijnen de nieuwe cashkoe te maken, veranderden de farmabedrijven hun prijszetting. Als het doelpubliek kleiner is en je wil toch evenveel omzet halen, dan moeten de prijzen verhoogd worden. Op zeven jaar tijd is de behandeling van kanker bijvoorbeeld twintig keer duurder geworden.⁷ Het winstmodel van Big Pharma is veranderd van blockbusters naar nichebusters.⁸

Generieke versie: Een geneesmiddel dat dezelfde werkzame stof bevat als het oorspronkelijk op de markt gebracht merkgeneesmiddel. Het generieke geneesmiddel mag pas op de markt gebracht worden nadat het patent op het oorspronkelijke merkgeneesmiddel verlopen is.

Immuuntherapie: Geneeskundige therapie die gericht is op het afweersysteem. Door onze afweer te stimuleren of juist af te remmen worden ziektes behandeld. Veel nieuwe kankergeneesmiddelen

Gentherapie: Het inbrengen van genetisch materiaal (DNA, RNA) in de patiënt om een ziekte te voorkomen of te genezen.

Geneesmiddel dat het meest kostte aan het RIZIV – 2002 en 2020

		prijs per dosis	aantal terugbetaalde dosissen	totaal terugbetaald bedrag
2002	atorvastatine	0,68 euro	111 miljoen	76 miljoen euro
2020	adalimumab	20,39 euro	5 miljoen	102 miljoen euro

De vergelijking in de bijgevoegde tabel maakt de evolutie concreter. We tonen de nummer 1 uit de Riziv top 25 van het jaar 2002 en van 2020. Die top is de lijst van de 25 geneesmiddelen die het meest kostten aan het Riziv. De huidige nummer 1, adalimumab (merknaam Humira) wordt door veel minder mensen gebruikt dan die van twintig jaar geleden: de cholesterolverlager atorvastatine (merknaam Lipitor). Het verhaal van de prijs van adalimumab, Humira dus, is trouwens een mooie illustratie van de manier waarop prijzen nog meer dan vroeger kunstmatig verhoogd worden. Humira is een ontstekingsremmer voor de behandeling van reumatoïde artritis. Het werd in 2003 voor het eerst op de markt gebracht door Abbott (nu AbbVie). Nadat het patent in 2018 afliep, lanceerden veel ziekenhuizen nieuwe aanbestedingen om te profiteren van de lagere prijzen. AbbVie zakte onmiddellijk in prijs met ongeveer 80%.⁹

Transparantie in het gedrang

Voor de heel kleine niches zoals de zogenaamde weesgeneesmiddelen is binnen het Riziv zelfs een specifieke terugbetalingsregeling in het leven geroepen: het beruchte artikel 81. Daardoor blijft de exacte kostprijs van die categorie medicijnen een goed bewaard geheim. Het verhaal van die nieuwe procedure – artikel 81 – toont mooi hoe de regering volledig meeging in het nieuwe winstmodel van de farma-industrie. In 2015 sloot de liberale minister Maggie De Block een ‘Toekomstpact’ met Pharma.be, de Belgische lobby van de grote farmabedrijven. De farma-industrie liet de prijs van een heleboel klassieke geneesmiddelen zakken, in ruil voor de belofte dat de nieuwe nichebusters snel en vlot terugbetaald zouden worden.

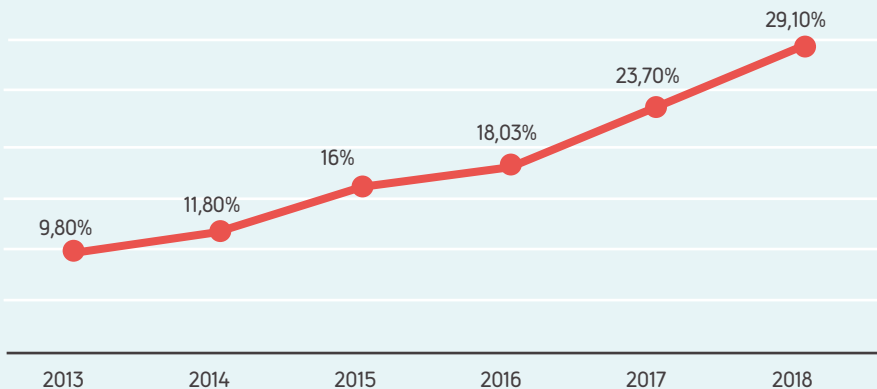
Sindsdien is het aantal geneesmiddelen onder artikel 81 exponentieel gestegen, van 6 in 2010 tot 135 in 2019.¹⁰ We onderhandelen dus met grote multinationals over de prijs van hun geneesmiddel, maar we houden het bedrag geheim voor onze buurlanden. Om de concurrentiepositie van het bedrijf niet te schaden. Het systeem ondermijnt onze democratie. Zelfs verkozen parlementsleden hebben geen toegang tot de geheime contracten. Het is een mechanisme dat gewoon nog meer stimuleert om alsmaar hogere prijzen te vragen.

¹⁰ Weesgeneesmiddel: Weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen voor menselijk gebruik, bestemd voor de behandeling van ernstige en zeldzame ziekten.



Artikel 81 is trouwens niet de enige rode loper die de politiek voor Big Pharma uitrolde. Binnen de Europese Unie kwam er de Verordening aangaande Weesgeneesmiddelen. De VS deed hetzelfde met de Orphan Drug Act. Die richtlijnen behelzen onder meer belastingvoordelen en marktexclusiviteit. Het aantal weesgeneesmiddelen dat in de EU een jaaromzet realiseerde van meer dan een miljard euro, steeg van vier in 2013 naar twintig in 2019.¹¹

Percentage van de uitgaven voor geneesmiddelen in België onder geheim contract (artikel 81), 2013 - 2018



Bron: Simon Andries, "Hoe de liberale minister de vrije markt uitschakelt", De Standaard, 2 juni 2018. (https://www.standaard.be/cnt/dmf20180601_03541830)



Baby Pia

In september 2019 rolde een golf van solidariteit door ons land. Bij baby Pia werd spinale musculaire atrofie (SMA) vastgesteld, een genetische, ongeneeslijke spierziekte die tot verlamming en in het ergste geval overlijden kan leiden. Meer dan een miljoen sms'jes ter waarde van twee euro werden verzonden om het peperdure medicijn Zolgensma te helpen betalen. Farmabedrijf Novartis vraagt 1,9 miljoen euro per dosis. Novartis verwijst naar de hoge onderzoekskosten voor Zolgensma, maar verzwijgt dat niet zijzelf voor de wetenschappelijke doorbraak zorgden, maar wel het publieke onderzoekslab Genethon, dat gefinancierd werd met publieke middelen en een crowdfunding bij het grote publiek. Het is de Amerikaanse start-up AveXis die vervolgens de nodige middelen investeerde om de klinische studies uit te voeren. Pas toen deze studie succesvol bleken, sprong farmareus Novartis op de kar.



Is dat medicijn zo duur omdat de productiekosten hoog zijn? Neen, Novartis maakt misbruik van het feit dat het middel zo goed werkt en zo gegeerd is. De verkoopprijs van 1,9 miljoen euro leverde in 2019 op drie maanden tijd 143 miljoen euro winst op.¹² David Lennon, de topman van Avexis, zei schaamteloos: "Moeten we dan alle Pia's gratis behandelen? De waarde van het product is heel groot en het is een faire prijs".¹³ Zonder scrupules. Het protest laaide nog meer op. Uiteindelijk kwam het bedrijf op de proppen met een loting.¹⁴ In landen waar nog geen terugbetaling voor Zolgensma bestaat, zal voortaan het lot beslissen welke baby's onder de twee jaar de behandeling gratis krijgen. Kop of munt over leven of dood.

Samen met PVDA eisten we dat de minister ingreep. Dat is mogelijk, met een dwanglicentie.¹⁵ Dat betekent dat de minister de houder van het patent dwingt om een licentie te verlenen aan een andere fabrikant om het medicijn te produceren.

Dat had de prijs van Zolgensma kunnen drukken. Het verhaal van baby Pia was voor onze fractie in het parlement hoe dan ook de aanleiding om een wetsvoorstel in te dienen dat het gebruik van dwanglicenties in ons land makkelijker moet maken.

Sofie Merckx,

huisarts GVHV Marcinelle en fractieleidster voor de PVDA in de Kamer



Start-up: Meestal een snelgroeiend bedrijf dat een innovatief product of dienst, bedrijfsproces of een platform wilt aanbieden op de markt.

2. Patiënten en de sociale zekerheid betalen zich blauw



"Meest winstgevende belegging na petroleum en vastgoed? Ziektes."

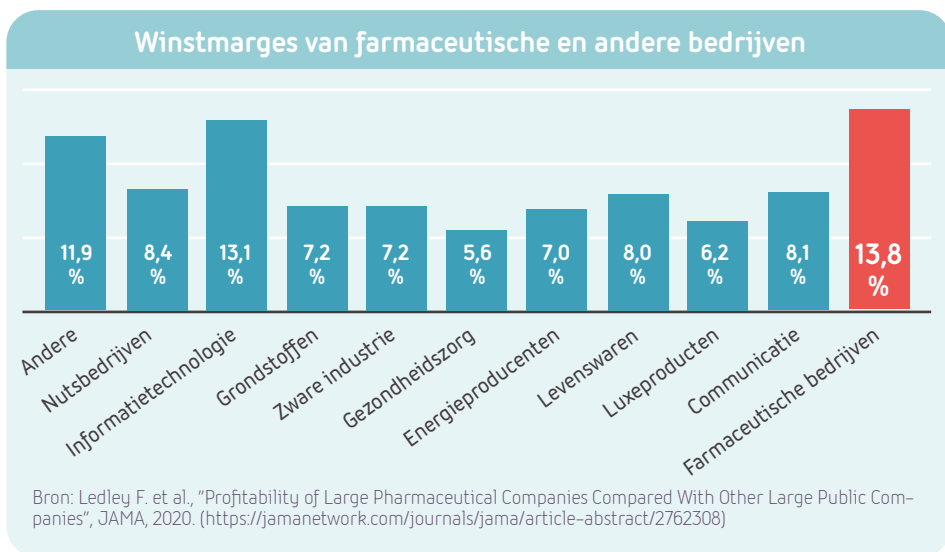
Dokters van de Wereld Wereld - 'The Cost of Life'-campagne¹⁶

Gezinnen betalen jaarlijks nog altijd honderden euro's uit eigen zak voor geneesmiddelen.¹⁷ Minstens even belangrijk: met haar buitensporige prijzen pleegt de farma-industrie ook een ware hold-up op onze sociale zekerheid, die zorgt voor de terugbetaling van die peperdure pillen. Het stelt de overheid voor de verscheurende keuze: ofwel betalen we de prijs die zij vragen ofwel krijgen patiënten geen toegang tot nieuwe geneesmiddelen.

Het gevolg is dat geen enkele uitgavenpost in de gezondheidszorg zo spectaculair stijgt als die van de geneesmiddelen. Daardoor komt de hele sociale zekerheid onder druk, met tot gevolg dat alle andere sectoren al jaren de broekriem moeten aanspannen. Tussen 2020 en 2024 zal er 1,4 miljard euro nodig zijn voor de terugbetaling van geneesmiddelen in België. Dat is 30% meer dan het budget in de voorbije periode. En dat terwijl de uitgaven voor verpleging maar met 241 miljoen euro (14%) zullen stijgen.¹⁸

Ondertussen scheren de winsten van de farmamultinationals hoge toppen. Zo stond in 2021 de Roche Group op nummer 1 in de sector met een fabelachtige winst van 13,7 miljard euro.¹⁹ Farmaceutische bedrijven zijn veel winstgevender dan andere grote bedrijven.²⁰

Onderstaande grafiek toont het verschil in netto winstmarge per economische sector. De far-



De winstmarge geeft weer hoeveel netto inkomsten er gegenereerd worden als een percentage van de omzet. De mediane winstmarges tussen 2000 en 2018 van 500 verschillende bedrijven (opgenomen in de S&P 500 dataset) gegroepeerd per sector worden hier weergegeven.

ma-industrie wint met voorsprong. Per 100 dollar omzet, maakten ze 13,8 dollar winst. Dat is beter dan de bankensector, beter dan de energiesector enzovoort. De gemiddelde winstmarge van de andere sectoren was maar 7,7%.²¹

De prijs van geneesmiddelen 'is wat de zot ervoor geeft'



"Farmaceutische bedrijven gaan ervan uit dat je bereid bent je huis te verkopen om van kanker te genezen."

Dirk Van Duppen – gewezen voorzitter van GVHV

Hoe krijgen farmabedrijven het uitgelegd dat ze zo veel geld vragen voor één enkel geneesmiddel? Neem het voorbeeld van sofosbuvir, een geneesmiddel tegen hepatitis C. Dokters van de Wereld zocht uit dat het ongeveer 100 euro kost om te produceren, terwijl Gilead er maar liefst 43 000 euro voor vraagt.²² De farma-industrie verwijst vaak naar de hoge kosten voor onderzoek en ontwikkeling van innovatieve geneesmiddelen en de grote risico's die ze hierbij zouden moeten nemen. Maar die kunnen onmogelijk een verkoopprijs verklaren die 400 keer hoger ligt dan de productiekost, zoals het geval is bij sofosbuvir.

Ook van het coronavaccin weten we dat de prijs veel hoger ligt dan de kostprijs. Farmacologen en economen schatten dat het Pfizer-vaccin geproduceerd kan worden voor een bedrag tussen 0,8 en 1,4 dollar. Als je daar nog de kosten bijrekenet van onderzoek, ontwikkeling en distributie, kom je, zelfs met ruime schattingen aan maximaal 3 dollar per dosis. Onze overheid betaalde Pfizer 19,5 dollar per dosis.²³

Farmabedrijven beweren dat het onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen steeds duurder wordt. Maar bovenstaande voorbeelden tonen aan dat die kost helemaal niet overeenstemt met de torenhoge prijzen. Een ander voorbeeld: van tien veelgebruikte nieuwe kankergeneesmiddelen berekenden onderzoekers dat de ontwikkelingskost gemiddeld ongeveer 648 miljoen euro bedroeg, terwijl de mediane opbrengst tot 1.658 miljoen opliep.²⁴

Het probleem is dat regeringen vaak de exacte ontwikkelingskost van een nieuw medicijn niet kennen. Onderzoekers uit Leuven stelden bovendien vast dat de farma-industrie de gemiddelde ontwikkelingskost in hun communicatie ruimschoots overschat. De gemiddelde kostprijs om een nieuw geneesmiddel te ontwikkelen, bleek bijna anderhalf miljard dollar minder te zijn dan wat de farmaceutische sector claimt.²⁵

Als de prijs niet bepaald wordt door de productiekost en als de prijs ook niet bepaald wordt door de kosten van onderzoek en ontwikkeling, door wat dan wel? Het voorbeeld van sofosbuvir en hepatitis C maakt dat heel duidelijk. Het bedrijf berekende deze prijs op basis van wat het de patiënt en de gemeenschap kost om een levertransplantatie uit te voeren, een ingreep die door

de behandeling met sofosbuvir voorkomen kan worden. De lobbyisten van Big Pharma noemen dit 'value-based pricing'. De prijs hangt dus af van de waarde die het medicijn heeft voor onze gezondheid. Dat is absurd. Het is alsof je de kostprijs om een airbag in je auto te plaatsen, laat afhangen van de waarde van het leven dat gered wordt bij een zwaar ongeval. Hoe bepaal je de waarde van een mensenleven? Gezondheid heeft geen prijs, the sky is the limit. Wat is het je waard als je kind leukemie heeft en je hebt een geneesmiddel nodig? Je verkoopt desnoods je huis en de hele inboedel. Wie ziek is, heeft er veel voor over om te genezen. Daar maakt de farmaceutische industrie misbruik van om voor geneesmiddelen de hoogst mogelijke prijs aan te rekenen die patiënten en de ziekteverzekering bereid zijn te betalen. "Van andermans behoefte kan worden geprofiteerd en dan dreigt de prijs uiteindelijk in geen enkele relatie tot de productiekosten meer te staan. Dan heet het dat de prijs is 'wat de zot ervoor geeft'", legt Marc Reynebeau uit.²⁶

Patenten en monopolies: de privatisering van publiek onderzoek

Hoe kan het dat farmabedrijven zo veel macht hebben dat ze die prijzen zomaar kunnen manipuleren? Dat kan dankzij de intellectuele eigendomsrechten. Daarvan zijn patenten een van de belangrijkste onderdelen. Een patent geeft een bedrijf het alleenrecht om een geneesmiddel of vaccin op de markt te brengen. Het zorgt gedurende minstens twintig jaar voor een monopoliepositie. Niemand anders mag het geneesmiddel produceren en op de markt brengen en het bedrijf kan de prijs dus volledig zelf bepalen. Goedkopere concurrenten zijn er toch niet.

Nochtans zijn nieuwe geneesmiddelen of vaccins meestal niet ontdekt door de farmabedrijven zelf. Van de nieuwe geneesmiddelen die farmareuzen zoals Pfizer en Johnson & Johnson op de markt brengen, hebben ze er 11 tot 23% zelf ontdekt.²⁷ De strategie van de farmamultinationals is zeer eenvoudig: ze schuimen de markt af op zoek naar de meest beloftevolle geneesmiddelen en technologieën en leggen dan een grote som op tafel om deze over te kopen. Hoe gaat dat precies in zijn werk?

- De doorbraken in het onderzoek naar en de ontwikkeling van innovatieve geneesmiddelen zijn bijna altijd het resultaat van jarenlang onderzoek door gepassioneerde wetenschappers van verschillende universiteiten, gefinancierd met overheidsgeld. Dit basisonderzoek is het duurste en draagt de grootste risico's in zich.
- Nieuwe ontdekkingen worden vervolgens meestal verder ontwikkeld in private spin-offs met winst oogmerk. De nieuwe kennis wordt afgeschermd door een patent zodat niemand anders er gebruik van kan maken.

Monopolie: Een situatie waarin een product of dienst slechts door één organisatie wordt aangeboden. De prijs ervan wordt dan niet door marktwerking bepaald, maar vastgesteld door de enige aanbieder.

Spin-off: Een spin-off is een bedrijf dat is ontstaan uit een ander, groter bedrijf, of uit een onderzoeksinstelling. Dit zijn vaak innovatieve ondernemingen die direct voortvloeien uit wetenschappelijk onderzoek.



- Pas als de eerste klinische studies succesvol verlopen zijn, springen de grote biotech- of farmaceutische bedrijven op de kar. Zij pikken de meest beloftevolle kandidaat-geneesmiddelen op voor verdere ontwikkeling en commercialisering. Ze kopen de patenten over, of – wat nog meer gebeurt – ze trekken hun beurs flink open om de start-ups, spin-offs en biotech-bedrijven met de meest beloftevolle geneesmiddelen in hun portefeuille over te kopen.

Met andere woorden: de publieke investeringen in risicovol onderzoek worden aan het einde van de rit door Big Pharma geprivatiseerd. Het meeste onderzoek dat aan de basis ligt van nieuwe geneesmiddelen wordt grotendeels betaald met publieke fondsen. Alleen al in Amerika wordt meer dan 70 procent van het fundamentele onderzoek dat aan de grondslag ligt van nieuwe medicijnen uitgevoerd door overheidsinstellingen, universiteiten en andere non-profitorganisaties.²⁸ Dat collectief onderzoek levert geen publiek goed op, maar kennis die door de bedrijven gemonopoliseerd wordt. En de belastingbetaler, die betaalt twee keer: een eerste keer voor het onderzoek, een tweede keer voor de terugbetaling van peperdure medicijnen. Publieke lasten, private lusten, een bekend mechanisme van het kapitalisme.

Het verdienmodel van de farmaceutische industrie is de laatste jaren dan ook sterk veranderd. Farmamultinationals zijn niet meer zomaar bedrijven die geneesmiddelen maken en verkopen. Een groot deel van de winst van de multinationals komt niet meer van de verkoop maar uit financiële transacties. Grote investeringsfondsen hebben de aandelen van de farmagiganten opgekocht; die bedrijven kopen zelf hun eigen aandelen op om de prijs ervan op te drijven. De dividenden die aan de aandeelhouders worden uitbetaald stijgen gestaag en overtreffen de budgetten voor onderzoek en ontwikkeling van nieuwe medicijnen.²⁹

²⁸ Klinische studie: Tijdens een klinische studie worden geneesmiddelen of andere medische behandelingen op menselijke proefpersonen getest. Een geneesmiddel wordt alleen toegelaten wanneer uit een klinische studie blijkt dat het middel werkzaam is en geen ernstige bijwerkingen veroorzaakt.

De monopolievorming in de farmasector is enorm. Voortdurend worden kleine bedrijfjes met beloftevolle geneesmiddelen in de pijnlijke overgekocht door de grote spelers. De groten slokten niet langer alleen de kleintjes op, maar ook andere groten. De macht in farmaland wordt zo geconcentreerd in de handen van een klein clubje multinationals.³⁰ In 2017 waren de vier grootste farmabedrijven goed voor meer dan 40% van de totale omzet in de farmaceutische sector.³¹ Bedrijven moeten meegaan in die concurrentiestrijd om hun positie te handhaven: het is opeten of opgegeten worden.



TRIPS en aids

Tot de jaren 1990 stopte de patentbescherming aan de nationale landsgrenzen. Een Amerikaans patent had geen enkele juridische waarde in pakweg India of Brazilië. Toen die landen een eigen industrie op poten begonnen te zetten, konden zij – perfect legaal – zelf geneesmiddelen produceren. De Amerikaanse farmagiganten zagen daarin een grote bedreiging voor hun omzet. Na een massale lobbycampagne werd een wereldwijde patentbescherming uitgerold. Onder grote druk ondertekenden 123 landen in 1994 het zogenaamde TRIPS-akkoord.³² Daarin verbonden ze zich ertoe om patentbescherming op hun grondgebied af te dwingen voor minstens twintig jaar. Een geneesmiddel produceren en verkopen waarop je niet het patent hebt, wordt daardoor illegaal. Landen werden voor hun geneesmiddelen afhankelijker van een handvol rijke multinationals.

Maar toen kwam aids. De hiv-pandemie dreef de tegenstelling tussen de belangen van de grote bedrijven en de volksgezondheid op de spits. In Zuid-Afrika stierven dagelijks duizenden mensen aan aids. Aidsremmers bestonden, maar waren veel te duur en de bedrijven die de patenten bezaten, weigerden hun prijzen te verlagen. De regering van Zuid-Afrika, dat net de apartheid achter zich had gelaten, wilde gebruikmaken van de mogelijkheid die het TRIPS-akkoord bood om goedkopere, generieke aidsremmers te importeren uit India. Dat kon de farmaceutische industrie natuurlijk niet zomaar laten gebeuren. In 1998 begonnen 39 farmaceutische multinationals – met de steun van de Amerikaanse regering-Clinton en de Europese Commissie – een zaak tegen de regering-Mandela. Big Pharma versus Nelson Mandela. Massale publieke druk, met de steun van talrijke ngo's en volksbewegingen wereldwijd, dwong de Amerikaanse overheid achteruit. Uiteindelijk lieten ook de farmareuzen hun zaak vallen. In Zuid-Afrika moest Big Pharma voor het eerst in het stof bijten.



Uiteindelijk kwam er een verklaring, in Doha in 2001, die nogmaals herhaalde dat het TRIPS-akkoord landen als Zuid-Afrika wel degelijk toestond om gebruik te maken van bepaalde maatregelen in het akkoord zoals dwanglicenties en 'parallele' import uit een ander land..

Gelukkig komt er meer en meer kritiek op dit systeem. De Amerikaanse Nobelprijswinnaar Economie Joseph Stiglitz schreef in 2020 bij het begin van de coronapandemie: "Monopolies zijn dodelijk." Omdat ze volgens hem de toegang afsnijden tot levensreddende medicijnen die anders, onder een alternatief systeem, wél beschikbaar geweest zouden zijn.³³

Ook de Italiaanse econome Mariana Mazzucato is heel kritisch. Zij voert al jaren onderzoek naar het onderwerp innovatie. De houding van de farma-industrie tijdens corona noemde ze 'misdadig'. In 2019 publiceerde ze het internationaal rapport 'The people's prescription.' Met daarin een scherpe diagnose van het gezondheidsinnovatiemodel dat volgens haar 'kapot' is.³⁴ Haar boodschap is duidelijk: "Vandaag zijn patenten over het algemeen te sterk. Wij hebben toegestaan dat ze door bedrijven worden misbruikt." Mazzucato beschrijft hoe de farma-industrie door middel van haar monopolie de prijs voor een medicament gewoon vastlegt op de maximumgrens van wat een land in staat is om te betalen. Over innovatie is ze heel duidelijk: "De huidige patenten bieden geen stimulansen voor innovatie, ze zijn zelfs schadelijk voor de innovatie. Ze vernietigen waarde in plaats van waarde te creëren."³⁵

3. Het farma-businessmodel verhindert maatschappelijke vooruitgang

"Voor big pharma is het voordeliger een nieuwe bodycrème te maken eerder dan een vaccin."³⁶



Noam Chomsky - Amerikaanse hoogleraar taalkunde, filosoof, mediacriticus en politiek activist

'Zonder patenten geen innovatie', wie ooit al eens een discussie meemaakte over patenten zal deze doodoener wel kennen. Toen tijdens de coronacrisis de roep om de patenten op het vaccin op te heffen alsmaar luider werd, sprong N-VA snel in de bres met dat bekende argument.³⁷ "De patenten opheffen is een communistisch idee", voegde N-VA eraan toe. Toch is de realiteit dat het businessmodel van de farma-industrie en haar patenten een hinderenis vormen tussen wetenschappelijke vooruitgang en de gezondheid van onze bevolking.

Niet gezondheid, maar private winst stuurt vandaag de innovatie

De farma-industrie laat momenteel heel wat belangrijke gezondheidsbehoeften links liggen. Alzheimer is een sprekend voorbeeld. Pfizer, Merck, Roche... een voor een zetten de grootste multinationals hun onderzoek naar Alzheimer de voorbije jaren stop. Voor onze vergrijzende bevolking enorm waardevol onderzoek, maar de eerste resultaten waren te zwak en dus gaven ze het op.

Alzheimer-autoriteit Bart De Strooper ervaarde dit tijdens zijn onderzoek en beschreef trefkend hoe het eraan toegaat vandaag: "De eerste onderzoeken naar medicatie gaven niet het verwachte resultaat. De klinische studies konden beter en er was meer budget nodig voor het fundamenteel onderzoek. De farma-industrie is te snel tot medicatie willen komen en is te snel afgehaakt toen het niet direct lukte. Door tegenvallende resultaten gaven de grote farmaceuten de brui aan dementieonderzoek. Het is heel cynisch. Pfizer liet toen weten dat ze de draad weer zouden oppikken "wanneer ze nieuwe opportuniteiten zien". Ze willen hun gigantische middelen dus pas weer inzetten wanneer eerst anderen de kastanjes uit het vuur halen."³⁸

Zelfs wanneer de farma-industrie middelen krijgt van de overheid voor innovatie, kiest ze ervoor om die in de eerste plaats te gebruiken voor gezondheidsthema's die commercieel het interessantst zijn.³⁹ Dat is de oorzaak waardoor we volledig onvoorbereid waren toen de corona-epidemie uitbrak. Maar we leerden niet uit onze fouten. Antibioticaresistentie is misschien wel het grootste probleem dat ons te wachten staat. Experts vrezen dat dit na corona weleens de volgende 'stille' pandemie kan zijn. Het gaat om bacteriën die niet meer reageren op de huidige antibiotica. Het probleem is dat er sinds de jaren 1980 geen nieuwe klassen van antibiotica meer ontwikkeld worden. Slechts een drietal farmaceutische bedrijven hebben kleinschalige onderzoeksprogramma's lopen. De reden is eenvoudig: antibiotica moeten dikwijls maar een zevental dagen genomen worden en brengen daardoor simpelweg te weinig op voor de farma-industrie. Onze lichamen beschermen tegen bacteriën is dus onvoldoende winstgevend.⁴⁰ Investeringsbanken in een vaccin dat een ziekte voorkomt of een geneesmiddel dat geneest, zijn sowieso commercieel minder interessant, want dat heb je meestal maar één keer nodig. Het verleidde investeringsbank Goldman Sachs tot de eerlijke maar choquerende vraag: "vormt de genezing van patiënten wel een duurzaam businessmodel?". Vanuit het oogpunt van de winst is het veel interessanter om middelen te ontwikkelen voor kapitaalkrachtige consumenten die gedurende lange periodes genomen moeten worden. "Hartmedicijnen, verslavende kalmeringsmiddelen en behandelingen voor mannelijke impotentie zijn de winstmakers. Niet de medicijnen tegen ziekenhuisinfecties, opkomende infectie en traditionele dodelijke tropische ziektes. Een universeel medicijn tegen influenza - een vaccin dat de onveranderlijke delen van oppervlakte-eiwitten van het virus aanpakt - is al decennia mogelijk, maar het is niet winstgevend genoeg om een prioriteit te zijn", vat de schrijver en politieke activist Mike Davis het samen.⁴¹ De Amerikaanse wetenschapper en politieke analist Noam Chomsky heeft dus gelijk: een bodycrème brengt meer op dan een vaccin. Omgekeerd komen een heleboel nieuwe medicijnen op de markt, zonder dat er bewezen is dat ze werken. Onder andere via het beruchte artikel 81

van Maggie De Block. Van de twaalf kankers waarvoor de laatste jaren nieuwe behandelingen goedgekeurd werden, kon slechts bij zes een (lichte) verlenging van de levensverwachting vastgesteld worden door het Federaal Kenniscentrum. Bij de andere zes helemaal niets.⁴²

Een heel groot deel van de gigantische omzet van de geneesmiddelensector wordt trouwens helemaal niet gebruikt voor innovatie. De farma-industrie spendeert zo'n 15% van hun omzet aan onderzoek en ontwikkeling.^{43,44} Vaak geven ze evenveel of zelfs meer uit aan marketing.⁴⁵ Uit de jaarbalansen van de grootste multinationals weten we trouwens dat er anderhalf keer meer centen gaan naar de uitkering van dividenden dan naar de onderzoeksafdelingen.⁴⁶

Het is ook opvallend hoe het beleid gericht is op ziektes genezen en niet op het voorkomen ervan. Toch is ziektes voorkomen veel efficiënter en goedkoper dan ziektes genezen. De economische drijfveren leiden ertoe dat onderzoekers focussen op genezende medicijnen. Hoe sneller farmabedrijven de klinische studies voor een nieuw medicijn kunnen afwerken, hoe langer ze kunnen genieten van de gegarandeerde winstgevende periode dankzij de patenten erop. Behandelingen die een ziekte kunnen voorkomen vragen veel meer tijd om te onderzoeken. Zo liepen er 17 000 studies met geneesmiddelen voor het genezen van vergevorderde kanker met heel weinig kans op overleving voor de patiënt terwijl er maar 500 studies nagingen hoe kanker voorkomen kon worden.⁴⁷



Beïnvloeding van onderzoekers en voorschrijvers

De grote farmabedrijven hebben in de medische wetenschap vandaag dus een enorme macht. Maar het probleem daarmee gaat verder dan alleen de prioriteiten die ze stellen. Ze oefenen ook op allerlei manieren invloed uit op het wetenschappelijk onderzoek dat gevoerd wordt. Zo wordt onze kennis van de realiteit verstoord of gemanipuleerd.⁴⁸

De resultaten van klinische studies worden bijvoorbeeld vaak geheimgehouden als ze tegenvallen. Onderzoek heeft aangetoond dat 15% tot de helft van alle klinische studies nooit gepubliceerd wordt. Zo krijgen wetenschappers niet het volledige plaatje van het onderzoek dat al uitgevoerd is. Ze krijgen alleen de positieve resultaten te zien. Er kan niet geleerd worden van de tegenslagen die anderen reeds meegemaakt hebben.⁴⁹ Dat brengt ons onnodig op een dwaalspoor, en het zorgt voor verspilling. Cochrane, een organisatie die medisch onderzoek evalueert, berekende dat jaarlijks 150 miljard euro verspild wordt aan onderzoeken die een concurrent ook aan het doen is of die tien jaar geleden gedaan werden en waarvan de resultaten nooit publiek gemaakt werden.

En dan is er nog de beïnvloeding van de artsen zelf, degenen die de medicijnen voorschrijven. Het aantal farmabezoekjes aan huisartsen mag dan misschien wel dalen, de beïnvloeding blijft. Farmabedrijven investeerden in 2019 bijna 250 miljoen euro in de 'samenwerking' met zorgverstrekkers, zorginstellingen en patiëntenverenigingen.⁵⁰ De industrie geeft alsmear vaker de voorkeur aan een bezoek aan de specialist omdat zij vaak de nieuwste geneesmiddelen voorschrijven.

Artsen die geneesmiddelen voorschrijven aan patiënten worden beter geïnformeerd door een onafhankelijke organisatie, zodat kwaliteitsvolle *evidence-based geneeskunde* gegarandeerd kan worden. Zo was er in België tot voor kort de vzw Farmaka, een onafhankelijk centrum dat het verantwoord gebruik van geneesmiddelen promootte.⁵¹ Farmaka was een doorn in het oog van de farma-industrie. Het centrum moest alle 28 medewerkers ontslaan als gevolg van de besparingen van minister De Block (Open Vld).

Geneesmiddelentekorten om de haverklap

Patiënten rekenen erop dat ze hun noodzakelijke medicatie kunnen krijgen wanneer ze die nodig hebben. Maar alsmear vaker worden ze geconfronteerd met tekorten. Patiënten gaan naar de apotheker met hun voorschrift, maar krijgen daar te horen dat hun geneesmiddel niet beschikbaar is. Soms moeten ze maanden wachten. Dat zorgt voor heel wat onzekerheid bij artsen en patiënten. Vaak zijn deze stockbreuken geen toeval, maar heeft het alles te maken met de prijs die de producenten op andere plaatsen kunnen opstrijken.

Producenten en groothandels spelen als het ware met hun stocks naargelang waar de grootste winsten geboekt kunnen worden. De manier waarop farmabedrijven en groothandelaars schaarse uitlokken en gebruiken om hun winsten op te drijven, is een businessmodel op zich geworden.

Evidence-based geneeskunde maakt gebruik van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt.



Pfizer zwicht voor groep patiënten

Eind oktober 2016 stopte Pfizer de toevoer van het geneesmiddel Ledertrexate. Het in te spuiten medicament werd onder meer gebruikt om gewrichtspijnen en auto-immuunaandoeningen onder controle te houden. Door de beslissing van Pfizer moesten vanaf november naar schatting 10 000 patiënten hun medicament missen. Met als gevolg nodeloze pijn en het verder oprukken van de ziekte. Ik was één van hen en nam contact op met de directie van Pfizer. Zij zeiden dat de onderbreking van de bevoorrading te wijten was aan een productieprobleem in hun fabriek. Een kwestie van overmacht, als het ware. Maar na onderzoek bleek dat Pfizer fabrieken had voor de aanmaak van dat medicament in minstens vier landen! Een productieprobleem in één fabriek kon er gewoon niet toe leiden dat de bevoorrading in België gestopt werd. Tenzij Pfizer de productie liever afzette waar een hogere prijs betaald werd? Samen met Geneeskunde voor het Volk beslisten we daarop juridische stappen te zetten. We wilden Pfizer voor de rechter dagen. Drie andere patiënten dienden mee klacht in. Op 25 januari stuurden twee advocaten namens ons een 'ingebrekestelling' naar Pfizer en zo eisten we dat de bevoorrading binnen de 24 uur werd hervat. Zo niet, zou de farmareus gedagvaard worden in kort geding. De dag erna stuurde Pfizer een bericht naar de advocaten: "de bevoorrading is hernomen".

Peter Franssen
patiënt bij GVHV Genk



4. De remedie: maak van essentiële geneesmiddelen en vaccins een publiek goed

We hebben nood aan een radicale koerswijziging. De medicatie die we gebruiken, de behandelingen die we ontwikkelen, de ziektes die we onderzoeken: de werking van de medische wetenschap en van de geneesmiddelensector moet vertrekken vanuit de gezondheidsbehoeften van de bevolking, niet vanuit de private belangen van enkele farmareuzen. Daarvoor hebben we nood aan een overheid die het geneesmiddelenbeleid in handen pakt en een proactieve rol opneemt, van het eerste onderzoek en de verdere ontwikkeling tot de uiteindelijke productie en verdeling

Inspiratie uit het Nieuw-Zeelandse kiwimodel

De Nieuw-Zeelandse regering voerde zo'n radicale omwenteling door in de jaren 90. Toen werd Pharmac opgericht, een overheidsagentschap dat de controle op de ontwikkeling, productie en verkoop van geneesmiddelen moest terugwinnen op de farma-multinationals. Het vormt al jaren de inspiratie voor de kiwicampagne van Geneeskunde voor het Volk. De bedoeling van het kiwimodel is dat we met ons land opnieuw de touwtjes in handen nemen van het geneesmiddelenbeleid.



Het model werd voor het eerst beschreven in het boek van Dirk Van Duppen, en werd daarna verder uitgewerkt naar de Belgische context in een wetsvoorstel van de PVDA. Het idee bestaat uit drie stappen. Eerst onderzoeken we aan welke behandelingen de bevolking behoefte heeft. Een analyse van de behoeften zal bepalen welke geneesmiddelen in aanmerking komen voor terugbetaling. Vervolgens selecteert een team van onafhankelijke deskundigen de meest geschikte geneesmiddelen, op basis van objectieve, wetenschappelijke criteria en studies. Alleen geneesmiddelen die écht werken, geneesmiddelen die beter zijn dan wat er al bestaat, worden geselecteerd. Tenslotte wordt er een openbare aanbesteding georganiseerd waarin de overheid de farmaceutische bedrijven vraagt een prijsofferte te doen voor de productie van de geselecteerde geneesmiddelen. Alleen het bedrijf dat het beste geneesmiddel tegen de beste prijs aanbiedt, krijgt het recht op een terugbetaling via de sociale zekerheid.⁵²

Het is een eenvoudig idee, maar de logica gaat wel lijnrecht in tegen de huidige gang van zaken in ons land. Dankzij het kiwimodel krijgen we als samenleving terug de controle over onze geneesmiddelen. Het hele beleid verandert, van aanbodgestuurd naar behoeftegestuurd. En dan zet de overheid de collectieve koopkracht van de sociale zekerheid in tegenover de macht van de farmamonopolies, om zo de laagst mogelijke prijs af te dwingen.

In 2021 bevestigde het Belgische Rekenhof nog dat het kiwimodel zorgt voor goedkopere én betere geneesmiddelen.⁵³ Hun advies op het wetsvoorstel was positief en herbevestigde de belangrijkste voordelen. De kiwi brengt geld op voor de sociale zekerheid. Het garandeert betere geneesmiddelen, want alleen de medicatie met een bewezen meerwaarde wordt terugbetaald. Het vermijdt belangenconflicten door geneesmiddelen te selecteren op basis van wetenschappelijke criteria, en niet langer op basis van gelobby en marketing door private bedrijven. En tot slot biedt het ook garanties op leveringszekerheid.

Hoe sneller we dit systeem in België kunnen invoeren, hoe beter. Ook vandaag nog zou onze sociale zekerheid veel kunnen besparen met een kiwimodel. In de groep nieuwe geneesmiddelen is er trouwens een categorie die bijzondere aandacht verdient. Sinds een aantal jaar verschijnen er biosimilars, generieke alternatieven voor de dure biologicals zoals Humira waar we het in het begin van het hoofdstuk al over hadden. Uit onderzoek van de CM blijkt dat ziekenhuizen maar bij 9% van de patiënten biosimilars voorschrijven.⁵⁴ Terwijl het mogelijk om een enorme besparing gaat. In 2019 leverden de biosimilars een besparing van 271 miljoen euro op, zelfs al worden ze nog maar beperkt gebruikt.⁵⁵

Toch is het kiwimodel niet genoeg om het recht op geneesmiddelen volledig te realiseren. Het nieuwe businessmodel van de farma stelt ons voor nieuwe problemen waarop het kiwimodel alleen geen antwoord kan bieden. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we in de toekomst geen hartverscheurende verhalen meer moeten horen als die van baby Pia? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er meer onderzoek gaat naar minder lucratieve zaken zoals antibioticaresistentie? Zoveel jaar na De Cholesteroloorlog hebben we nood aan een update van het kiwimodel om de nieuwe uitdagingen het hoofd te bieden.

Biologicals zijn biologische geneesmiddelen. Dat betekent dat ze gemaakt worden via het gebruik van een levend organisme. Wanneer generische firma's een gelijkwaardig product maken nadat het patent verlopen is, spreken we van een biosimilar, omdat bij een biologisch geneesmiddel de structuur nooit helemaal gelijk is.

Een Europees Salk-instituut: maak van essentiële geneesmiddelen en vaccins een publiek goed

Wanneer Novartis beslist om 1,9 miljoen euro te eisen voor een medicijn dat het leven kan redden van een baby, dan biedt het kiwimodel geen oplossing. Dan staat het Nieuw-Zeelands Pharmac-instituut ook machteloos. Wat elke overheid natuurlijk wél altijd kan doen, is een dwanglicentie verlenen, om zo het monopolie op een bepaald geneesmiddel of behandeling te breken en andere bedrijven toestemming te geven het te produceren, zoals gebeurde in de strijd tegen aids. Maar dat is geen duurzame oplossing. Het probleem met dwanglicenties is dat ze land per land en patent per patent moeten worden aangevraagd. Zo blijven we veroordeeld tot brokken lijmen.

Het is cruciaal dat we veel eerder in het proces van het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van geneesmiddelen de publieke controle terugwinnen, te beginnen bij die geneesmiddelen en vaccins die echt essentieel zijn voor onze volksgezondheid.

Het is een toekomstscenario dat ook het Federaal Kenniscentrum naar voren schoof in hun rapport uit 2016 dat samen met een internationale denktank zocht naar oplossingen voor de hoge prijzen van medicijnen.⁵⁶ Het komt neer op een pleidooi om geneesmiddelen van a tot z als een 'publiek goed' te beschouwen: "Octrooien en monopolies zouden in dit scenario geen reden van bestaan meer hebben, omdat geneesmiddelen en andere gezondheidstechnologieën als publieke goederen worden beschouwd. (...) Het publiek betaalt voor al het onderzoek en maakt dan ook terecht aanspraak op de resultaten daarvan." Helderder kan het niet geformuleerd worden.



'Could you patent the sun?' (Jonas Salk)

Dat het ook anders kan, bewees Jonas Salk. In het midden van de vorige eeuw werd de wereld geteisterd door polio. Het is een van de meest verwoestende ziektes die de mensheid ooit heeft gekend. De viroloog Salk bond samen met zijn ploeg gepassioneerde wetenschappers de strijd aan tegen het



© Yousuf Karsh

virus. Zo'n 20.000 artsen en gezondheidswerkers bundelden de krachten. Met succes: op 26 maart 1953 kondigde Jonas Salk een veilig en doeltreffend poliovaccin aan. Toen een journalist hem vroeg: "En, wie heeft nu het patent?", antwoordde dokter Salk nuchter: "Het volk, zou ik zeggen. Er is geen patent. Zou u een patent kunnen hebben op de zon?". Het poliovaccin werd zonder patent beschikbaar gesteld, en de ziekte werd in grote delen van de wereld uitgeroeid.

Het is mogelijk om de kennis over geneesmiddelen en vaccins die we grotendeels met publieke middelen ontwikkelen, in publieke handen te houden. Het is de machtige monopoliepositie van de patenthouder die vandaag overheden buiten spel zet. Een initiatief op Europese schaal zou de macht kunnen creëren om bakens te verzetten. Een Europees instituut voor onderzoek en ontwikkeling, we zouden dat ter ere van de onbaatzuchtige ontdekker van het poliovaccin het 'Salk Instituut' kunnen noemen.

Hoe werkt het Europese Salk Instituut?

Het Europese Salk Instituut bestaat uit drie assen.

1. Eerst en vooral de onderzoeksas. We richten een ambitieus onderzoeksfonds op dat alle Europese onderzoekssubsidies verzamelt. We financieren het biomedisch onderzoek van onze wetenschappers van a tot z met publieke middelen. Dat kan door de klinische studies zelf op te nemen, of door de onderzoekscentra de nodige middelen te geven. Maar: van in het begin worden er voorwaarden gekoppeld aan de financiering. Transparantie, alle onderzoeksgegevens en resultaten moeten openbaar beschikbaar zijn. En alle deelnemende onderzoeksgroepen of bedrijven mogen zelf geen patent nemen op de resultaten.
2. De tweede as is een publieke kennisdatabank opzetten en beheren. Een pool van collectieve kennis, waar alle resultaten en technologische kennis verzameld en gedeeld worden. Elk eindproduct dat ontwikkeld wordt in de schoot van het instituut, krijgt een open licentie. We zorgen ervoor dat alle nodige gegevens en informatie openbaar blijven, en dat de knowhow over de productie van een medicijn overgedragen kan worden aan al wie daar nood aan heeft.
3. Tot slot ook een productie-as, die de productie en distributie organiseert. Farmaceutische bedrijven kunnen via openbare aanbesteding intekenen voor de productie en toelevering van een medicijn voor alle deelnemende landen. Per product sluiten we dan een contract met één bedrijf, uitgekozen op basis van verschillende criteria. De prijs en de kwaliteit natuurlijk, maar het instituut kan bijvoorbeeld ook beslissen om te kijken naar de werkomstandigheden van het personeel.

Een open licentie betekent dat het eigendomsrecht van de uitvinding beschermd wordt, maar dat elke nieuwe gebruiker automatisch de toestemming krijgt om alle informatie erover op te vragen en te gebruiken.

De principes van het kiwimodel blijven dus ook gelden binnen het Europese Salk Instituut. Alleen geneesmiddelen die nodig zijn en die een meerwaarde bieden, komen in aanmerking. Farmabedrijven kunnen geneesmiddelen blijven produceren, maar wat verandert, is dat ze geen monopolierecht meer kunnen krijgen over publieke kennis. Als verschillende bedrijven de capaciteit hebben om een bepaald geneesmiddel te produceren, dan moet dat perfect kunnen.

Het Europese Salk Instituut kan ook een eigen onderzoeks- en productiecapaciteit op poten zetten. Publieke onderzoekslabo's kunnen gestuurd worden om prioritair onderzoek te verrichten naar oplossingen voor dé grootste bedreigingen voor de volksgezondheid. Bijvoorbeeld de antibioticaresistentie. Publieke productiebedrijven kunnen helpen om de monopoliepositie van Big Pharma te breken en zo de prijzen verder te doen dalen.

Er bestaan verschillende voorbeelden waar geneesmiddelen nu of in het verleden al ontwikkeld of geproduceerd worden. Het bekendste voorbeeld is Cuba, waar het publieke onderzoeksinstituut bijvoorbeeld al twee volwaardige coronavaccins ontwikkelde. Maar ook van kapitalistische landen zijn er voorbeelden. Het Canadese Connaught Labs was in de 20ste eeuw zeventig jaar lang een overheidsonderneming met een eigen onderzoekscapaciteit. De wetenschappers droegen bij aan enkele belangrijke medische doorbraken, zoals de ontwikkeling van penicilline en het poliovaccin.

Wat betekent delinkage van geneesmiddelenonderzoek en productie?



Monopolies
opheffen



De prijs van genees-
middelen drastisch
verlagen



Onderzoek
stimuleren



Besparing voor con-
sumenten, belasting-
betalers en werkende
mensen

Bron : Knowledge Ecology International, "Delinkage is a term to describe changes in the way we finance R&D", website bezocht op 12 januari 2022. (<https://delinkage.org/>)

Wat zijn de voordelen?

Het Europese Salk Instituut steunt op de kracht van 'open science'. Samenwerking en delen. Want kennis floreert als die gedeeld wordt. Kennis delen laat onderzoekers toe om verder te bouwen op het werk van anderen. Zoals dat ook gebeurt in de ontwikkeling van software. Als wetenschappelijke teams samen gericht naar antwoorden zoeken, kunnen we veel meer doorbraken forceren. Collectief gaan we verder dan de som van individuele winstgerichte bedrijven die nu vaak hetzelfde werk parallel naast elkaar verrichten. We zorgen er zo voor dat de intrinsieke motivatie van gepassioneerde wetenschappers volledig tot haar recht komt. Mensen presteren het best als ze zien dat ze werken aan de vooruitgang van de samenleving, eerder dan voor het maximale rendement van de private aandeelhouders.



No Profit On Pandemic

Sinds begin 2020 veroorzaakte COVID-19 in heel de wereld veel menselijk leed. De komst van vaccins bracht hoop op beterschap. De vaccins werden ontwikkeld dankzij grote sommen publiek geld, maar de farmaceutische bedrijven hebben de productie in handen en bepalen de prijzen dankzij de patenten die zij nemen. Gevolg: er zijn te weinig vaccins voor de hele wereldbevolking. De vaccins zijn ook duur, want de bedrijven willen winst maken. Zuid-Afrika en India stelden een oplossing voor: ze vroegen aan de Wereldhandelsorganisatie om de patenten op geneesmiddelen, vaccins, testmateriaal en andere cruciale technologieën in de strijd tegen COVID-19 tijdelijk op te heffen. Dat gebeurde vroeger al met het polio vaccin en hiv-medicatie. Maar onder andere de Europese Unie houdt dit voorstel tegen. Heel veel burgers en sociale organisaties zetten een Europees burgerinitiatief op, 'no profit on pandemic'. Het doel: één miljoen handtekeningen, van één miljoen Europeanen. Dan moet de Europese Commissie het opheffen van de patenten opnieuw bespreken. Iedereen heeft recht op een vaccin en op geneesmiddelen om COVID-19 te bestrijden. Informatie over de kwaliteit, de veiligheid en de productiekosten van vaccins en geneesmiddelen moet openbaar gemaakt worden. Onderzoek naar een vaccin, betaald met publiek geld, mag niet geprivatiseerd worden. Op een pandemie mag geen winst gemaakt worden. Kortom, iedereen heeft recht op gezondheid, want niemand is veilig, tot iedereen veilig is!

Mathilde El Bakri

praktijkverantwoordelijke GVHV Schaarbeek
en nationaal campagneverantwoordelijke



Wereldhandelsorganisatie: De Wereldhandelsorganisatie (Engels: World Trade Organization, WTO) is een intergouvernementele organisatie die toeziet op de naleving van afspraken over de handel tussen landen.

Burgerinitiatief: Een mogelijkheid voor burgers om politieke en bestuurlijke aandacht voor hun ideeën te krijgen. Een Europees burgerinitiatief moet ten minste worden gesteund door één miljoen stemgerechtigde burgers, uit minimaal 7 EU-landen.

Met een Europees Salk Instituut kunnen we de prijs van geneesmiddelen enorm reduceren. Nu verwijzen farmaceutische multinationals naar de hoge ontwikkelingskost als argument voor de dure prijzen. Maar doordat het instituut de ontwikkeling van nieuwe medicijnen onder publieke controle houdt en alle verworven kennis deelt, wordt de productie losgekoppeld van onderzoek en ontwikkeling. In de Engelstalige literatuur spreekt men van 'delinkage'. Dat is dé manier om veel meer transparantie te krijgen, de prijs van een geneesmiddel kan bepaald worden door de reële productiekost.

De mogelijke prijsdalingen zijn vermoedelijk enorm. Volgens Britse onderzoekers zouden de prijzen van gepatenteerde kankermedicijnen met 75% kunnen dalen.⁵⁷ In Nieuw-Zeeland bespaart de overheid dankzij het kiwimodel jaarlijks 1,56 miljard op het geneesmiddelenbudget. Op een inwonersaantal van vijf miljoen. Trek die getallen door naar de 447 miljoen EU-burgers, en je komt op een besparing van 140 miljard euro.

Door de prijzen te laten dalen naar een normaal niveau, geven we meer ademruimte aan onze sociale zekerheid en aan de hele gezondheidszorg. Om te investeren in meer personeel en in meer preventie. En een deel van de bespaarde middelen die elk land overhoudt, kan geïnvesteerd worden in het Europese Salk Instituut. Want een onderzoeksfonds op Europese schaal zal miljarden euro's nodig hebben. In 2021 werkten Italiaanse economen al een voorstel uit voor het Europees Parlement. Zij spreken van een startbudget van 6,5 miljard euro.⁵⁸ Maar als we echt ambitie willen geven aan het project, zal het zeker nog meer moeten zijn. Volgens het KCE is het mogelijk. "Subsidies voor onafhankelijke studies vragen niet méér financiële middelen dan voordien al in gezondheidszorg geïnvesteerd werd," aldus hun rapport. "Omdat geneesmiddelen veel goedkoper zijn geworden, werd een deel van het gezondheidsbudget dat eerder naar medicatie ging, nu aangewend om te investeren in onderzoek."

Het is dus perfect mogelijk. Jonas Salk zei het al: "De hoop ligt in dromen, in de verbeeldingskracht en de moed van zij die dromen in werkelijkheid omzetten."



Delinkage: betekent letterlijk ont-koppelen ('de-link'). In het huidige model koppelt een farmabedrijf in de prijs van haar medicijn de kost van de ontwikkeling en van de productie aan elkaar vast, wat de oorzaak is van het gebrek aan transparantie en het misbruik.

Eindnoten

- 1 Het boek is gratis te downloaden op www.epo.be/lezenintijdenvancoronavirus/Cholesteroloorlog.pdf
- 2 Voor zijn masterthesis sociologie aan de KU Leuven zocht Jasper De Witte in 2011 uit waarom het kiwimodel niet van de grond kwam in België. In 2007 gaf Herman Van Eeckhout (Pharma.be) toe dat zijn sectororganisatie de grootste lobbycampagne uit haar geschiedenis opzette. Bron: Tom Cochez, "Hoe het kiwimodel tot kiwimoes werd gereduceerd", Apache, 4 november 2011
- 3 De Morgen berichtte over dit grote prijsverschil in "Vaccins tegen baarmoederhalskanker vijf keer duurder in Wallonië" op 9 september 2010. (www.demorgen.be/tech-wetenschap/-b84bf16c/). De Vlaamse scholen konden toen een grote korting bedingen door de twee producenten Sanofi-Pasteur-MSD en GSK tegen elkaar uit te spelen.
- 4 Geneeskunde voor het Volk analyseert jaarlijks de 25 geneesmiddelen waaraan het Riziv het meeste geld geeft. In 2019 zou er 325 miljoen euro bespaard kunnen worden in de overheidsuitgaven, maar ook een gezamenlijke 227 miljoen euro voor de patiënten. Bron: Simon Grymonprez, "Kiwimodel voor medicijnen brengt half miljard euro op", De Standaard, 23 april 2019.
- 5 Te raadplegen op de website van De Kamer. Raoul Hedebouw, 'wetsvoorstel houdende de invoering van een efficiënt, doelmatig en toegankelijk geneesmiddelenbeleid door toepassing van het kiwimodel', Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 4 december 2019. (www.dekamer.be/doc/flwb/pdf/55/0848/55k0848001.pdf)
- 6 Analyse van De Morgen naar aanleiding van de monsterovername door Pfizer van concurrent Wyeth. De krant verwees onder meer naar het patent voor Lipitor dat afliep in 2011, een geneesmiddel dat een belangrijke rol speelde in De Cholesteroloorlog.
- 7 Opiniev van Lydie Meheus, directeur van het Antikankerfonds. "Kankerbehandeling werd de voorbije 7 jaar gemiddeld 20 keer duurder", Knack, 27 februari 2018. (www.knack.be/nieuws/gezondheid/article-opinion-969739.html)
- 8 Een term die in 2010 geïntroduceerd werd door Nature. Bij de vaststelling dat alle grote farmabedrijven hun aandacht verschoven naar de sector van de weesgeneesmiddelen. (www.nature.com/articles/nm0810-837a)
- 9 De Nederlandse Stichting Farma ter Verantwoording heeft in 2021 AbbVie ter verantwoording geroepen voor de buitensporige prijzen die zij voor Humira jarenlang aanrekenden. Volgens de stichting maakte ze misbruik van hun dominante marktpositie. (www.farmaterverantwoording.nl/nl/humira-adalimumab/)
- 10 Officiële nummers over deze klasse geneesmiddelen vind je terug in de 'Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE)-rapporten opgesteld door het Riziv. Wanneer we die van 2019 optellen komen we aan 135. (www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/morse-rapport.aspx)
- 11 Bron: Marselis D. en Hordijk L. "Van blockbuster naar nichebuster." Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 29/07/2020.
- 12 "Medicijn voor baby Pia levert bedrijf Novartis grote winst op: "Dit is dus rijk worden op de kap van de zieken"", Gazet van Antwerpen, 23 oktober 2019
- 13 Uit een interview met David Lennon in "Moeten we dan alle Pia's gratis behandelen?", De Standaard, 23 oktober 2019
- 14 "Gratis 'Pia-medicijn' wordt verloot", De Standaard, 21 december 2019
- 15 'Geneesmiddelenbudget: twee maatregelen die minister De Block zou moeten nemen (in plaats van deals te sluiten met Big Farma)', 21 oktober 2019 (www.pvda.be/geneesmiddelenbudget_twee_maatregelen_die_minister_de_block_zou_moeten_nemen)
- 16 Campagne 'The Cost of Life'. www.thecostoflife.org/nl-BE/
- 17 De gemiddelde jaarlijkse uitgaven voor geneesmiddelen en farmaceutische producten per Belgisch huishouden gingen van 653 euro in 2016, naar 668 euro in 2018 tot 861 euro in 2020. Bron: Belgische huishoudbudgetenquête (<https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/huishoudbudget#panel-12>)
- 18 Cijfers komen van het Monitoringcomité. Beschreven door Jeroen Bossaert in "Gezocht: 1,4 miljard euro extra voor geneesmiddelen", De Morgen, 21 oktober 2019. (www.demorgen.be/nieuws/-bf87dee/).
- 19 De Fortune Global 500 is een ranglijst van bedrijven van groot naar klein op basis van hun jaaromzet. (www.fortune.com/global500/2021/search/?fg500_profits=desc)
- 20 Het medische tijdschrift British Medical Journal (BMJ) publiceerde in 2022 een onderzoek naar de winsten in de farmasector en het aandeel dat naar onderzoek en ontwikkeling vloeide. Ze vergeleken dit met andere sectoren. Hawksbee et al., "Don't worry about the drug industry's profits when considering a waiver on covid-19 intellectual property rights", BMJ, 2022. (www.bmj.com/content/376/bmj-2021-067367)
- 21 Bron: Ledley et al., "Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies", JAMA, 3 maart 2020 (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054843/)
Geciteerd door de onderzoeksjournalist Ruben Mersch in "De prijzen van geneesmiddelen kunnen écht wel lager", De Correspondent, 30 april 2020.
- 22 Campagne van Dokters van de Wereld uit 2016. (www.doktersvandewereld.org/persbericht-hepatitis-c-medicijn-voor-miljoenen-mensen-in-europa-onbetaalbaar-door-woekerprijzen/)
- 23 En uit vrijgegeven notities van de onderhandelingen weten we dat Pfizer oorspronkelijk 100 dollar wilde vragen. Journalist van De Standaard Ruud Goossens spreekt over "De hold-up van Pfizer".
- 24 Geciteerd door patentexperte Amaka Vanni in Lava naar Amerikaanse studie uit het medisch tijdschrift JAMA Internal Medicine Lava: www.lavamedia.be/intellectuele-eigendom-en-vaccinimperialisme/#easy-footnote-bottom-17-36418
JAMA: www.jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2653012
- 25 Met de beschikbare, publieke data werd berekend dat het 1200 miljoen euro kostte om een nieuw geneesmiddel op de markt te brengen. Dit is een groot verschil met vorige berekeningen die uitkwamen op 2500 miljoen euro. Opvallend is dat die op basis zijn van cijfers die de bedrijven zelf aanleverden.
Bron: Wouters et al., "Estimated research and development investment needed to bring a new medicine to market, 2009-2018", Journal of American Medical Association (JAMA), 2020. (<https://nieuws.kuleuven.be/en/content/2020/average-cost-of-developing-a-new-drug-could-be-up-to-1-5-billion-less-than-pharmaceutical-industry-claims>)
- 26 Historicus en journalist Marc Reynebeau gaf zijn kritiek in "Wat de zot ervoor moet geven", De Standaard, 21 april 2021.
- 27 Cijfers die Ruben Mersch verzamelde voor de Nederlandse nieuwssite De Correspondent. Voor farmabedrijven is het ontwikkelen van medicijnen bijnaak geworden. 9 juli 2020.
- 28 Geanalyseerd door Ruben Mersch in "De uitvinder van het coronavaccin is... niet Big Pharma (maar die krijgt wel de eer én de poen)", De Correspondent, 5 februari 2021.
- 29 De Nederlandse organisatie SOMO deed onderzoek naar de financialisering van de sector en hun rapport is terug te vinden op hun website: www.somo.nl/nl/somo-toont-financialisering-farmaceutische-industrie-aan/

- 30 Myoung Cha, Theresa Lorrinan, "Why pharma megamergers work", McKinsey & Company, 1 februari 2014. (www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/why-pharma-megamergers-work)
- 31 Een analyse van apotheker, Master of Business Administration (MBA) en blogger The Minimalist / Pharmacist in "A detailed business analysis of the Pharmaceutical Industry", 1 februari 2018. (www.medium.com/minimalist-pharmacist/f4834efbe947)
- 32 Onderzoeksjournalist Ruben Mersch bracht mooi in kaart hoe de huidige regels voor de bescherming van intellectuele eigendom op vraag en op maat van de westerse farma-industrie geschreven is in "Coronavaccins zijn te belangrijk om aan een handvol farmaceuten over te laten", De Correspondent, 26 februari 2021.
- 33 Hij verwijst onder andere naar de 100 000 vermijdbare gevallen van kindersterfte als gevolg van longontsteking in India, omdat Pfizer een monopolie heeft op het PCV13-vaccin dat daardoor honderden dollars kost. Bron: Joseph E. Stiglitz et al., "Zeker nu zijn monopolies dodelijk", De Standaard, 29 april 2020.
- 34 Ze stelt een viervoudige diagnostiek van het huidige innovatiemodel, waarbij onderzoek en ontwikkeling gedreven worden door korte termijn winst in plaats van prioriteiten op het vlak van volksgezondheid; waar er een gebrek is aan transparantie en samenwerking; waar geneesmiddelenprijzen de pan uit swingen en waar de korte termijn opbrengsten voor de aandeelhouders en financiering de wet bepalen. www.ucl.ac.uk/bartlett/public-purpose/sites/public-purpose/files/peoples_prescription_report_final_online.pdf
- 35 "Politici hebben een gebrek aan visie": econoom Mariana Mazzucato over de kansen die de overheid laat liggen"
- 36 'Noam Chomsky: "Coronavirus Pandemic Could Have Been Prevented"', RSN, 4 april 2020.
- 37 Anneleen Van Bossuyt & Kathleen Depoorter, "Het opheffen van patenten is alleszins niet de oplossing."
- 38 "Alzheimer-autoriteit Bart De Strooper: 'Strijd tegen dementie moet even dwingend worden als die tegen kanker'"
- 39 Tussen 2008 en 2020 had de farma-industrie een overheidsbudget van maar liefst 2,6 miljard ter beschikking om te investeren in gezondheidsinnovatie. Ngo's Global Health Advocates en Corporate Europe Observatory onthulden hoe ze het nalieten om deze middelen te investeren in onderzoeksgebieden waar publieke financiering dringend nodig is, zoals voor de lange-termijn-voorbereiding op epidemieën (zoals corona), hiv/aids en armoede-gerelateerde en verwaarloosde tropische ziekten. (www.corporateeurope.org/en/in-the-name-of-innovation)
- 40 Een vaststelling die een voormalig hoofdeconoom van Goldman Sachs deed besluiten dat alleen een publiek overheidsbedrijf soelaas kan bieden voor deze wereldwijde uitdaging voor de volksgezondheid. (www.theguardian.com/business/2019/mar/27/nationalised-drug-companies-may-be-needed-to-fix-antibiotics-market)
- 41 Mike Davis, "Het monster wandelt binnen", Lava, 5 juni 2020. (www.lavamedia.be/het-monster-wandelt-binnen/)
- 42 Studie van het Federaal Kenniscentrum uit 2021. (www.kce.fgov.be/nl/bieden-nieuwe-kankermedicijnen-altijd-eeen-echte-meerwaarde-voor-de-pati%C3%ABnten)
- 43 De farmaceutische lobbyorganisatie European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations deelde deze cijfers in "The Pharmaceutical Industry in Figures - Key Data 2021" (www.efpia.eu/media/602709/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2021.pdf)
- 44 De 'Campaign for Sustainable Rx Pricing (CSRXP)' analyseerde deze uitgaven in "Breaking down the Big Pharma dollar - Part I", 15 mei 2019. (www.csrpx.org/dose-of-reality-breaking-down-the-big-pharma-dollar/)
- 45 De grootste, wereldwijde organisatie van gezondheidsregulators, de Regulatory Affairs Professionals Society (RAPS) analyseerden de uitgaven in "Do Biopharma Companies Really Spend More on Marketing Than R&D?", 24 juli 2019.
- 46 We vermelden de studie naar deze jaarbalansen al eerder. 'The financialisation of Big Pharma'. (www.somo.nl/nl/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Rapport-The-financialisation-of-Big-Pharma-def.pdf)
- 47 Austin Frakt is een gezondheidseconoom uit Harvard en schreef in dit artikel over o.a. de prioriteiten van het geneesmiddelen-onderzoek tegen kanker. Austin Frakt, "Why Preventing Cancer Is Not the Priority in Drug Development", The New York Times, 28 december 2015 (www.nytimes.com/2015/12/29/upshot/why-preventing-cancer-is-not-the-priority-in-drug-development.html)
- 48 Een studie van de Universiteit van Bath (VK) legde literatuur over acht industriële sectoren bijeen om te begrijpen hoe ze wetenschap gebruiken om hun winsten te maximaliseren. Legg et al., "The Science for Profit Model-How and why corporations influence science and the use of science in policy and practice", PLOS ONE, 2021. (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253272>)
- 49 Nature Human Behaviour publiceerde hoe belangrijk het is om ook de afwezigheid van resultaten of tegenslaande resultaten bekend te maken. "The importance of no evidence", Nature Human Behaviour, 2019. (www.nature.com/articles/s41562-019-0569-7)
- 50 "Farmabezoekjes aan de huisarts dalen, maar 'beïnvloeding blijft'"
- 51 Farmaka had o.a. een uitgebreid aanbod aan medische documentatie die gratis gedownload konden worden tot het opgedoekt werd in 2018. BCFi/CBiP, 'Farmaka Archieven', 16 mei 2019. (<https://farmaka.bcf.be/nl/documentatie/publicaties>)
- 52 In het kiwi-wetsvoorstel pleiten we voor de oprichting van een overheidsagentschap (het 'Agentschap voor Farmaceutisch Management'), met een wetenschappelijke en een economische poot, respectievelijk voor het organiseren van de behoefteanalyse en de openbare aanbestedingen.
- 53 Jeroen Bossaert, "Rekenhof steunt PVDA-voorstel: 'kiwimodel' kan factuur geneesmiddelen onder controle brengen", De Morgen, 26 mei 2021
- 54 De christelijke mutualiteit (CM) publiceerde een analyse van het gebruik van biosimilars in 2019 waaruit blijkt dat België opvallend achteropinkt in vergelijking met onze buurlanden. (www.cm.be/media/CM-info285_geneesmiddelen_tcm47-71663.pdf)
- 55 Berekening van Medaxes, de Belgische lobbyorganisatie van de generische geneesmiddelenbedrijven. (www.medaxes.be/sites/default/files/inline-files/20190322_medaxes_memorandum_nl_final.pdf)
- 56 KCE en ZIN, "Toekomstscenario's voor betaalbare geneesmiddelen: België en Nederland verzamelen internationale denk-tank", 22 juni 2016. (www.kce.fgov.be/nl/press-release/toekomstscenario%E2%80%99s-voor-betaalbare-geneesmiddelen-belgi%C3%AB-en-nederland-verzamelen-inter)
- 57 Dokters en apothekers uit het VK beschreven hoe betaalbare, nieuwe kankerbehandelingen gerealiseerd kunnen worden voor dokter en patiënten wereldwijd door in te zetten op generische geneesmiddelen. Hill et al., "Estimated generic prices of cancer medicines deemed cost-ineffective in England: a cost estimation analysis", BMJ Open, 2017. (www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28110283/)
- 58 De Italiaanse economie werkte verschillende beleidsopties uit na een enquête bij stakeholders, in een rapport voor een commissie van het Europees Parlement, bevoegd voor onderzoek naar wetenschap & technologie (STOA) Florio et al., "European pharmaceutical research and development: Could public infrastructure overcome market failures?", STOA Panel, 2021.

Hoofdstuk 4

Empowerment



- 1. De strategie om verandering tot stand te brengen**
- 2. Empowerment van individu tot collectief**
- 3. Gezondheidswerkers en empowerment: van hulpverlener tot gezondheidsactivist**

1. De strategie om verandering tot stand te brengen



“Ervoor zorgen dat het lichaam sterk is, doe je niet zozeer door vakkundig werk van een doktershand op een zwak lichaam. Maar veeleer door het werk van de hele gemeenschap op sociaal vlak.”

Ernesto ‘Che’ Guevara – dokter en revolutionair

Het systeem waarin we leven, slaagt er niet in om ieders recht op een goede gezondheid te garanderen. De gezondheidskloof groeit. Veel te veel mensen wonen en werken in omstandigheden die ongezond zijn. In de zorg wordt gezondheid meer en meer als een koopwaar beschouwd en er wordt bespaard op de budgetten. Ondertussen plundert Big Pharma de portemonnee van patiënten én van onze sociale zekerheid. Als we een goede gezondheid willen voor onze patiënten, dan moet er iets fundamenteel veranderen in onze maatschappij.

Elke dag worden we in onze dokterspraktijken geconfronteerd met de gevolgen van dat onrechtvaardig systeem. Een bouwvakker met kapotte rug die nog vijftien jaar moet werken voor hij op pensioen kan. Een alleenstaande moeder die in financiële problemen komt door de facturen van haar kankerbehandeling. Als gezondheidswerkers willen wij de oorzaken van ziekte en ongelijkheid aanpakken. Tegen het idee in dat wij daar niets aan kunnen doen, dat we als hulpverleners ons daar maar moeten bij neerleggen of ons moeten beperken tot het opvangen van de klachten. Onze medische centra willen geen doekjes voor het bloeden aanbieden, maar hefboomen zijn voor structurele oplossingen.



Strijden voor het recht op gezondheid kan niet zonder onze patiënten. Verandering komt niet vanzelf. Een kleine machtige groep in deze maatschappij heeft baat bij het status quo. Multinationals die de lucht, de grond en waterlopen vervuilen, Big Pharma die woekerwinsten maakt, de Europese instellingen die zweren bij besparingen en privatiseringen... Om van hen te winnen moet je met veel zijn. Onderzoek van de sterftcijfers van de laatste tweehonderd jaar toonde aan dat meer welvaart niet automatisch leidt tot een betere gezondheid.¹ Pas toen mensen zich organiseerden en opkwamen voor hun rechten, verbeterde hun gezondheid. Ook in ons land stellen Belgische historici "dat alle grote hervormingen in België niet tot stand kwamen na initiatief van het parlement, maar onder druk van 'de straat'."²

Voor ons is het hoofddoel dus zo veel mogelijk patiënten bijeenbrengen om samen op te komen voor onze rechten. We willen mensen helpen, maar tegelijk ook sterker maken, dat is het idee achter de term 'empowerment'. Zorgverlener én activist zijn. In onze visietekst van 2010 klinkt het zo: "Empowermentstrategieën zouden mensen moeten helpen om hun persoonlijke strijd voor een betere gezondheid te verbinden met de collectieve strijd om de gezondheid van iedereen te verbeteren."



Veilige werkomstandigheden in COVID-tijden

Tijdens de pandemie was de werkvloer een belangrijke bron van besmettingen. "Vrij spel voor het virus," kopte een krant in het najaar van 2020 over de verspreiding van het coronavirus in de bedrijven. Een op vijf personen werd besmet op het werk, maakten we met onze praktijken bekend. Dat ontdekten we door te bellen naar al onze patiënten die positief testten. De verklaring voor zo veel circulatie op het werk? Onze dokter Sofie Merckx achterhaalde in het parlement dat bij controles naar de coronamaatregelen ruim zes op tien werkgevers niet in orde was.

Tijdens die periode belde een spoorwegaarbeider, patiënt in de groepspraktijk, me om te zeggen dat in zijn werkplaats in La Louvière verschillende collega's positief waren getest op corona. De zieke collega's moesten dan in isolatie, maar de andere collega's die met hen in contact zijn geweest, werden gevraagd opnieuw aan het werk te gaan. De NMBS weigerde een test te organiseren voor de collega's die nauw contact hadden gehad, ondanks het feit dat de vakbonden daar verschillende keren op hadden aangedrongen. Hij legde me uit dat de werknemers ongerust zijn. Sommigen zijn risicopatiënten en anderen hebben thuis kwetsbare gezinsleden. Ik legde dit voor aan mijn team en na discussie beslisten we om zelf 44 werknemers van de werkplaats in La Louvière te testen.

We spraken met de werknemers af op een zaterdagochtend. Het ganse team van de groepspraktijk was erbij betrokken samen met de werknemers die al vroeg aanwezig waren om het onthaal te organiseren. Sommigen schrijven de spoorwegaarbeiders in, anderen doen de administratie van de tests en de artsen nemen de tests af ... Na deze mooie en vlekkeloos verlopen samenwerking gaan we met de glimlach op het gezicht uit elkaar. Na 48 uur komen de resultaten binnen. 12 tests blijken positief te zijn. 12 spoorwegaarbeiders op 44 waren drager van het virus zonder dat ze dat zelf wisten en konden elke dag collega's en reizigers in de trein besmetten.

Verschillende praktijken van Geneeskunde voor het Volk schoten patiënten op hun werk te hulp. In Herstal gingen onze collega's testen in een afdeling van AB Inbev met veel besmettingen. De werknemers gingen in staking, wat leidde tot betere veiligheidsregels rond de verspreiding van corona op het bedrijf. Een belangrijke stap in de strijd om veilig te kunnen werken in COVID-tijden.

Saskia Deceuninck
huisarts GVHV La Louvière





De oorsprong van de term empowerment ligt in de sociale bewegingen van de jaren 60 en 70. Hun doel was de macht en invloed van onderdrukte groepen te vergroten. Onder anderen de Braziliaanse bevrijdingspedagoog Paolo Freire werkte het concept uit. De drie pijlers van empowerment waren het kritisch bewustzijn verhogen, controle en daadwerkelijke actie vergroten. Freire wou dat mensen door eigen directe ervaring kennis en inzicht verwierven in de aard en de oorzaken van onrechtvaardigheid, met de bedoeling om die te veranderen.³

Het concept van empowerment biedt een houvast voor organisaties zoals Geneeskunde voor het Volk die individuele hulpverlening willen verbinden met collectieve strijd. In de gezondheidszorg koesteren wij een visie op de relatie met de patiënt die radicaal breekt met het klassieke paternalisme van *Meneer Dokter*. In onze visie bevindt de patiënt zich niet in een afhankelijke positie tegenover de zorgverlener, maar zijn beiden gelijkwaardig. Empowerment veronderstelt dat patiënten zich emanciperen en zelf hun lot in handen nemen. Het vertrekt van de kracht van mensen om zichzelf te versterken, om hun rechten op te eisen en hun eventuele afhankelijkheid van hulp of liefdadigheid te overstijgen. In empowerment zit het woordje 'power'. Machtverandering staat centraal, in tegenstelling tot de klassieke benadering van hulpverlening die gericht is op het lenigen van noden.⁴



Empowerment, een 'kneedbaar' begrip

Tegenwoordig heeft iedereen de mond vol van empowerment. Maar wat als ook de Wereldbank die term te pas en te onpas gebruikt? Bedoelt iedereen wel hetzelfde? Empowerment is tijdens de voorbije 30-40 jaar een 'kneedbaar' begrip geworden met verschillende betekenissen.

Het neoliberalisme misbruikte de term vanaf de jaren 80 om haar eigen agenda door te drukken. 'Empowerment' werd een goed klinkende term om maatregelen te verdedigen waarbij de mensen vooral zoveel mogelijk hun problemen zelf moesten leren oplossen. Zo konden ze meteen ook de overheden ontslaan van hun primaire plichten. Empowerment ging niet meer om herverdeling van de macht maar om het inzetten op de 'eigen kracht' van burgers.

De laatste jaren zien we terug meer sociale verenigingen spreken over empowerment. Er is een verhoogde aandacht voor de ongelijkheid in gezondheid en de vele barrières die maatschappelijk kwetsbaren ondervinden. Bij zorgverleners en sociaal werkers hoor je tegenwoordig al eens praten over 'equity' of 'proportioneel universalisme', dat betekent nadenken hoe je mensen de hulp en de kansen biedt die ze nodig hebben. In de eerste plaats gaat het dan om het verlagen van drempels en extra inzetten op het bereiken van maatschappelijk kwetsbaren. Maar ook mensen empoweren, meer controle geven, wordt vernoemd.⁷

Tegelijk zien we dat er meer en meer debat ontstaat over de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de huisarts en andere eerstelijnsverleners. Het idee van een wijkgezondheidscentrum werd 50 jaar geleden als radicaal beschouwd, maar is vandaag bezig aan een opmars. Die centra zetten het model van een 'gemeenschapsgeschiede eerstelijnszorg' op de kaart.⁸ Huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn kunnen zo lokale gezondheidsproblemen en ziekmakende factoren detecteren en signaleren (*'health advocacy'*). Het idee van zorgverleners die de verbinding maken met de maatschappelijke context maakt een comeback en dat is positief. Maar in de realiteit staat het beleid niet altijd aan onze kant en is signaleren vaak niet voldoende om de zaken te veranderen. Dan helpt het om het begrip empowerment in ere te herstellen: het organiseren van mensen om hun macht te vergroten en verandering af te dwingen.

Praktijken van Geneeskunde voor het Volk zijn zowel een medisch centrum als een actiecentrum. Empowerment is onze bescherming om niet systeembevestigend te worden. Een arbeider die worstelt met een depressie omdat hij zijn werk verloor, of een peuter die astma heeft omdat de muren van de slaapkamer vol schimmel zitten: ze hebben onze zorgen nodig, maar wat is het effect van de hulpverlening als we ons daartoe beperken? Dan worden de gevolgen van het onrecht in de maatschappij verzacht en zo wordt ook het systeem verder in stand gehouden. Via empowerment proberen we ervoor te vechten dat zo'n onrecht niet meer kan bestaan. Het is het verschil tussen systeembevestigend of systeembevrijdend werken.

De Amerikaanse gezondheidswerker Irving Zola beschreef dat ooit met een mooie metafoor: "Als dokters staan we aan de rand van een kolkende rivier. We horen de noodkreet van een man die verdrinkt. We springen in de rivier, slaan onze armen om hem heen, brengen hem naar de oever waar we hem kunstmatig beademen. Net wanneer hij weer begint te ademen, horen we een andere noodkreet en herhaalt de hele scène zich. Op die manier zijn we zo hard bezig met het redden en beademen dat we vergeten om stroomopwaarts te gaan kijken wie al die mensen in de rivier duwt." Systeembevrijdend betekent net dat laatste. Samen met de slachtoffers naar boven trekken en de oorzaken aanpakken van hun lijden.





Verandering gebeurt niet vanzelf

Tijdens de jongste dertig jaar heeft de ngo Viva Salud intensief gewerkt aan het recht op gezondheid en empowerment. Empowerment is volgens ons de beste garantie om tot duurzame veranderingen te komen. Verandering gebeurt niet vanzelf. Mensen die profiteren van uitbuiting en onderdrukking zullen niet vanzelf hun macht afstaan. Sociaal onderdrukten kunnen alleen macht verkrijgen door zich te organiseren en samen op te komen voor hun collectieve belangen. Zo creëren ze een tegenmacht die druk kan uitoefenen op bedrijven of de overheid. Door te mobiliseren kunnen mooie overwinningen worden geboekt. Een voorbeeld daarvan door onze partners in de Filipijnen is de strijd voor het Fabella-ziekenhuis. Fabella wordt beschouwd als de meest actieve kraamafdeling ter wereld (met een gemiddelde van 70 à 80 bevallingen per dag). In dat land, waar de gezondheidszorg in grote mate geprivatiseerd is en onbetaalbaar voor de meerderheid van de bevolking, is dat ziekenhuis sinds mensenheugenis een toevluchtsoord voor vrouwen uit de hoofdstad en de omliggende provincies, omdat de diensten gratis zijn. Door een gebrek aan overheidsinvesteringen was het gebouw al lang niet meer gerenoveerd. De overheid greep de bouwvallige toestand aan als argument om het hospitaal te sluiten en te vervangen door een privéziekenhuis. Door de sluiting zouden de gewone werknemers en gemiddeld duizend patiënten per dag in de kou komen te staan. Een van hen was Aniceta. Ze vertelde: “Als je in een ziekenhuis komt, is het eerste waaraan je denkt niet of je snel weer beter wordt maar of je de rekeningen zal kunnen betalen. Ik herinner me dat ik een bed moest delen met een andere patiënt omdat er te weinig bedden waren. Toen ik de privatiseringsplannen van de overheid vernam, was mijn eerste reactie: wat zal er met mensen als ik gebeuren wanneer we ziek worden?”

Onze partners lanceerden een oproep om te protesteren tegen de privatiseringsplannen. Die oproep veroorzaakte een ware volksofstand. Zwangere vrouwen voerden samen met verplegend personeel en vele bezorgde Filipino's dag na dag actie. Na verschillende confrontaties besliste de ziekenhuisdirecteur om in dialoog te gaan met de betogers. De vrouwen hadden gewonnen.

Doorheen de maanden leerden veel van de vrouwen die actief waren in de protestbeweging bij over hun rechten. Aniceta schreef ons: “In de vormingssessies en fora waaraan ik deelnam, leerde ik dat de privatisering van ziekenhuizen deel uitmaakt van het neoliberale programma van de regering. Mocht ik niet georganiseerd zijn, zou ik nooit die drang gevoeld hebben om te begrijpen wat er gebeurt in onze samenleving. Maar door deel te nemen aan betogingen en acties, werd mijn strijdlust voor de rechten van de mensen dieper en sterker.” De verandering die Aniceta beschrijft, gaat verder dan alleen het moment zelf. Een van onze partners, de vrouwenbeweging Gabriela, werkt specifiek rond de schending van vrouwenrechten in de Filipijnen, in het gezin en in de maatschappij. In strijdervaringen zoals die van Fabella groeit het zelfvertrouwen van de vrouwen en durven ze hun rechten opeisen. Ze zien zichzelf niet langer

als slachtoffer, niet alleen ten opzichte van de regering, maar ook stap voor stap ten opzichte van hun man.

Maar los van de individuele gevolgen, wordt pas echt een verschil gemaakt wanneer al die personen zich organiseren en samen op straat komen. Uiteindelijk leidde de collectieve inspanning van de nationale Filipijnse antiprivatiseringsbeweging in maart 2018 tot een grote overwinning: het parlement keurde de ‘antiprivatiseringswet voor openbare ziekenhuizen, instellingen voor gezondheidszorg en gezondheidsdiensten’ goed. Die wet verbiedt de minister van Gezondheid of elke andere persoon om de privatisering van een openbaar ziekenhuis, openbare instelling voor gezondheidszorg of openbare gezondheidsdienst op te starten, te veroorzaken of goed te keuren.

Geraldine Malaise

medewerker Viva Salud



2. Empowerment van individu tot collectief

In een medisch actiecentrum kan je op veel verschillende manieren heel concreet werken aan het empoweren van patiënten.

A. De patiënt betrekken

Om te beginnen kan je de patiënt betrekken bij de onderzoeken of de behandelingen die je plant. Empowerment in de consultatie begint bij die *'shared-decision making'*. Het doel is dat patiënten mee kunnen nadenken over wat de beste behandeling is voor hen, zodat ze meer controle krijgen over hun gezondheid. Dat gaat in tegen het paternalisme van *Meneer Dokter* dat je in de zorg helaas nog altijd kan terugvinden. Van artsen over verpleegkundigen tot onthaalmedewerkers: er wordt nog altijd regelmatig gepraat over en tegen patiënten vanuit de positie dat alleen de zorgverlener weet wat er moet gebeuren. Terwijl je eigenlijk vooral veel kan leren van elkaar – de een als expert van de medische kennis en de ander als expert van het eigen lichaam en de eigen gezondheid. Shared-decision making zet de patiënt centraal en probeert te vertrekken van de doelen die mensen zelf stellen, in plaats van te focussen op alles wat de persoon net ziek maakt en verzwakt. Het geeft mensen meer zeggenschap over hun eigen gezondheid en maakt hen zo sterker.

B. Kritisch bewustzijn verhogen

Naast de controle vergroten is ook het kritisch bewustzijn verhogen cruciaal bij empowerment. Patiënten die naar ons komen, zijn in de eerste plaats op zoek naar een medische oplossing voor hun gezondheidsproblemen. Het kan helpen om samen met die mensen op dat moment ook eens na te denken over de sociale context van hun klachten. Bij Geneeskunde voor het Volk noemen we dit de sociale stethoscoop. Dat bredere plaatje tekenen kan mensen weer energie geven, omdat je hen toont dat hun probleem verder gaat dan alleen henzelf. Het gaat in tegen het individualistische en culpabiliserende discours van media, politiek, werkgevers. "Je hebt burn-out omdat je niet genoeg je grenzen stelt." "Je hebt corona omdat je niet gevaccineerd bent." "Je hebt suikerziekte omdat je niet gezond eet." "Je had een arbeidsongeval omdat je niet voorzichtig bent."

Het is belangrijk om die sociale blik zo breed mogelijk te houden. Een woning in slechte staat, zware werkomstandigheden, vervuiling in de lucht: mensen beleven hun problemen vaak als een toestand waaraan niets te veranderen valt. Wie alleen blijft met die 'awareness of exploitation', kan ook net zieker worden. Het kan leiden tot frustratie, kwaadheid, gelatenheid. Medisch zie je dan als dokter patiënten die de moed laten varen, die te veel medicatie slikken, de therapie niet trouw volgen en geen motivatie hebben voor een behandeling.

Het is nochtans geen noodlot, het is een onrecht dat je wordt aangedaan door de beslissingen van regeringen of bedrijven die de plak zwaaien. Het kritisch bewustzijn verhogen betekent ook: vertellen dat het niet zo hoeft te zijn. Waarom laat de regering iedereen langer werken? Wat zit er achter hun mooie woorden op tv? Dat is de eerste stap naar zelf actie ondernemen. Moeten we ons bij ons lot neerleggen, of kunnen we er iets aan doen?



“Het ligt niet aan mij.”

Rita, een alleenstaande vrouw van 54, belt me op voor een afspraak. Ze keek ertegen op om mij te contacteren, vertelt ze, maar haar vakbond raadde haar aan om toch de stap te zetten. Rita is nu een jaar thuis, sinds de Ford-fabriek waar ze twintig jaar werkte, de deuren sloot. De laatste tijd voelt ze zich heel erg gespannen. Ze is het beu om altijd de vraag te krijgen of ze nu eindelijk al werk heeft gevonden. Werkgevers staan vaak niet te springen om haar aan te nemen, ze kiezen liever voor jongere werknemers. Haar begeleiders zeggen haar dat ze niet kieskeurig mag zijn, dat ze niet alleen dichtbij huis naar werk moet zoeken. Het voelt alsof ze zich continu moet bewijzen. Iedere keer als ze een afspraak heeft met haar werkbegeleider voelt ze zich gespannen. Ondertussen is ook haar inkomen verminderd. Nog meer stress. Ze voelt zich ook onzeker omdat ze twintig jaar een functie heeft uitgeoefend waar ze zich goed bij voelde en nu moet ze ineens iets anders gaan doen. Op een andere plaats, met andere collega's. Ze mist haar oude routine, haar oude klikje, haar job waar ze zekerheid en zelfvertrouwen had. Het is een emotioneel gesprek. Ik kan haar stress voelen.

Verhalen zoals dat van Rita zagen we de jaren na de sluiting van de Ford-fabriek vaak opduiken. Er is in ons land weinig begeleiding voor mensen na een collectief ontslag. Noch mentaal, noch sociaal. Ze worden onder druk gezet om snel een baan te vinden, maar het is niet hun keuze geweest om van de ene op de andere dag werkloos te worden. Eenmaal bij de psycholoog worden problemen vaak individueel behandeld, wat bij bepaalde problematieken ook helemaal klopt. Maar werkverlies en de gevolgen daarvan zijn maatschappelijke problemen. Hoe meer ik dit bespreek met Rita, hoe beter ze de situatie begrijpt en steeds meer inziet dat dit een collectief probleem is. Wanneer patiënten het inzicht verwerven dat (een deel van) hun problematiek te verklaren valt door sociale ongelijkheid of andere maatschappelijke problemen, kan dat heel bevrijdend en empowerend werken. Ik merk duidelijk dat onze gesprekken haar deugd doen. Bij het volgende gesprek motiveer ik haar om deel te nemen aan een praatcafé voor mensen die hun job verloren bij Ford. Nu is het helemaal niet meer haar individuele probleem: samen in groep wordt het weer mogelijk om dingen te bereiken. De groepsgesprekken over het leven na Ford geven tientallen ex-werknemers steun, begrip en informatie.

Aysun Yildiz
psycholoog GVHV Genk



C. Collectief

Een derde niveau van empowerment is het collectieve. Om aan patiënten te tonen dat ze niet alleen zijn met hun verhaal, proberen we met praktijkprojecten voor gezondheidspromotie patiënten en 'lotgenoten' bijeen te brengen rond bepaalde thema's. We organiseren een groepscursus over de oorzaken en de werking van stress voor patiënten die overspannen zijn, we geven Nederlandse les voor migrantenvrouwen uit de buurt, enzovoort. Door elkaar te leren kennen en door ervaringen uit te wisselen, ontdekken mensen dat ze met velen in hetzelfde schuitje zitten.

Die collectiviteit was ook in Freires visie op empowerment essentieel. "Want werkelijke veranderingen in de leefsituatie zijn nooit alleen op individueel niveau mogelijk. Het gaat altijd om een collectief en persoonlijk proces."⁹



Samen praten over chronische pijn

Elke week krijg ik verschillende patiënten met aanhoudende pijnklachten over de vloer. De schouder, de nek, de knie, de rug... Ze werken in de bouw, in de haven, in de supermarkt, noem maar op. Ik zie ze vaak van de ene specialist naar de andere lopen, zoekend naar een verklaring en oplossing voor hun pijn. Elke keer krijgen ze een ander advies, een andere behandeling. Maar de pijn gaat niet weg. Na verloop van tijd lijkt niemand nog te weten hoe ze echt van hun pijn verlost kunnen geraken. Patiënten verliezen de moed. Ze worden niet beter, maar hebben wel een torenhoge factuur aan medische kosten.

In onze dokterspraktijken organiseren we groepslessen voor mensen met aanhoudende pijnklachten. Een belangrijk deel van de inhoud gaat naar pijn-educatie, uitleg over hoe de gewaarwording van pijn in ons lichaam werkt. De medische kennis over het ontstaan en aanhouden van pijn in ons brein is de laatste jaren enorm geëvolueerd. Die informatie bij patiënten krijgen is heel belangrijk.

Pijn is een alarmsignaal van het lichaam dat niet altijd overeenkomt met een probleem daar waar we de pijn voelen. Daardoor is het ook niet zinvol om bij lang aanhoudende klachten te blijven zoeken met technische onderzoeken naar mogelijke letsels. Het lijkt erop dat veel psychosociale factoren zoals gepieker en emoties, stress, maar ook ervaringen uit het verleden mee het ontstaan en de sterkte van de pijn beïnvloeden. Dat biedt mogelijkheden om te leren hoe je die factoren zelf positief kunt beïnvloeden om weer grip op je pijn te krijgen.

Onze groepscursussen helpen daarbij. Lotgenoten vinden erkenning, begrip en advies bij elkaar. Ze zijn niet alleen met hun pijn, het is iets wat anderen ook dagelijks meemaken. Pijn wordt een gedeeld probleem. Bovendien wordt chronische pijn ook ontmaskerd: wat een persoonlijk issue lijkt, is veeleer een maatschappelijk alarmsignaal. De ratrace van onze prestatie-maatschappij houdt mensen chronisch ziek en sluit hen uit van het actieve leven. Na een vaak jarenlange vergeefse zoektocht naar een wonderbehandeling bij specialisten vinden patiënten bij elkaar opnieuw moed en vertrouwen.

Leen Vermeulen

huisarts en nationaal medewerker groepsprojecten



D. Concrete actie

Tot slot is er de stap om over te gaan tot concrete actie. Van de loodvervuiling in Hoboken tot een golf coronabesmettingen op het werk in Herstal: als blijkt dat veel mensen getroffen worden door hetzelfde onrecht, dan is het tijd om de handschoenen op te nemen. Met als doel de zaken echt in verandering te brengen.

Deelnemen aan een beweging maakt mensen sterker. Empowerment is goed voor je gezondheid, geven studies aan. Zo merkten onderzoekers in Baltimore een spectaculaire verbetering op van verschillende gezondheidsparameters toen de bevolking in bepaalde wijken zich begon te organiseren om te strijden tegen racisme en discriminatie.¹⁰ In eigen land stelde het ziekenfonds CM vast dat er een verband bestaat tussen sociaal engagement en gezondheid. "Wie zich sociaal engageert, voelt zich meer een onderdeel van de samenleving, ervaart sterkere sociale banden, voelt zich minder eenzaam, heeft een sterker gevoel van zelfontplooiing en is minder individualistisch ingesteld dan wie niet deelmeent."

Hoe actiever het engagement trouwens was, hoe groter de verschillen werden.¹¹ Viva Salud schrijft in hun handboek over empowerment: "Wanneer we mensen vragen om te vertellen over wat voor hen de belangrijkste verandering is sinds ze zich organiseren in een collectieve strijd voor sociale rechtvaardigheid, dan blijkt dat collectieve actie het zelfvertrouwen versterkt en het besef groeit dat hun situatie geen noodlot is, maar ze samen met gelijkgezinden zelf iets kunnen doen."¹²



Politieke campagnes bij GVHV, hoe werkt dat ?

Collectieve actie zit in ons DNA. We stellen ons niet tevreden met het verzorgen van ziekteverschijnselen in onze kabinetten. Iedere campagne die we voeren in onze groepspraktijken is een moment van uitwisseling met onze patiënten en met de werkende klasse in het algemeen. Of de campagnes nu nationaal, lokaal of Europees zijn, de mensen herkennen zich erin en hebben er interesse voor. Ze zorgen steeds voor veel discussie en stof tot nadenken. En ook veel concrete acties ! De coronacrisis heeft dat meer dan ooit aangetoond. Geneeskunde voor het Volk is ondertekenaar van het Europese burgerinitiatief "No Profit on Pandemic". In dat kader hebben we duizenden handtekeningen opgehaald in België om de opheffing van de patenten op de vaccins te eisen. Wij hebben onze patiënten gevraagd dit burgerinitiatief te tekenen en zelf hebben ze mensen rondom hen, in hun gezin en op het werk laten tekenen. Samen met andere organisaties hebben we in Brussel acties georganiseerd voor de Europese Commissie en voor de hoofdzetel van Pfizer. We hebben de lijnen doen bewegen en dit maatschappijdebat op de agenda gezet: gaan we echt toelaten dat Big Pharma maximale winst slaat uit de pandemie door hun vaccins aan woekerprijzen te verkopen?

We willen dat mensen zich ervan bewust worden dat hun gezondheidsproblemen, werkomstandigheden, woonsituatie en financiële zorgen het gevolg zijn van een kapitalistisch systeem dat de mens en zijn behoeften niet centraal stelt. En vooral dat zaken



kunnen veranderen en dat we niet verplicht zijn de situatie te aanvaarden zoals ze is. Er zijn talrijke mogelijkheden om zich te engageren en in actie te komen. Dat is de motor van verandering. Wij willen samen werken aan een brede emancipatorische beweging en we doen dat doorheen onze campagnes. Door zoveel mogelijk mensen rondom ons bij dat project te betrekken.

We proberen mensen ook aan te moedigen om zich actief te organiseren. In hun vakbond, op hun werkplaats om hun recht om te werken in goede omstandigheden te verdedigen. In wijkcomités voor het behoud van groene ruimtes of kwalitatieve en betaalbare woningen. In een jongerenbeweging zoals RedFox om leerlingen met leerproblemen gratis bijlessen aan te bieden. Of nog: bij de PVDA, de partij die strijdt voor een andere, meer solidaire maatschappij.

Amandine Linotte

nationaal campagneverantwoordelijke



3. Gezondheidswerkers en empowerment: van hulpverlener tot gezondheidsactivist

"Je kan niet toegewijd zijn aan gezondheid zonder geëngageerd te zijn in de sociale strijd voor gezondheid."



Bernard Lown – Amerikaanse professor cardiologie en uitvinder, ontving de Nobelprijs voor de Vrede in 1985

Voor het recht op gezondheid hebben we goede en sociale gezondheidswerkers nodig (health professionals) maar ook en vooral geëngageerde gezondheidsactivisten (health activists). Bij Geneeskunde voor het Volk combineren we de twee.

Sociaal engagement wordt door meer en meer mensen erkend als een belangrijk onderdeel van de job als zorgverlener. In de opleiding is 'maatschappelijk handelen' een van de zeven cruciale competenties die je moet verwerven – zowel voor artsen, verpleegkundigen als paramedici.¹³ Een Amerikaanse decaan geneeskunde schreef in een medisch toptijdschrift een pleidooi voor 'Dokters als activisten': "Alleen door sociale problemen aan te klagen, kunnen we de gezondheid van de bevolking verbeteren. Sociale betrokkenheid hoort een deel te zijn van de jobomschrijving."¹⁴

Dit geldt in de eerstelijnszorg nog meer dan in de rest van de zorg. De huisartsenpraktijk bevindt zich in een bevoorrechte positie door het langdurige en intensieve contact met alle lagen van de bevolking. Dat maatschappelijk perspectief bezorgt ons een sterke positie om bij te dragen aan de preventie van aandoeningen en de signalering van ziekmakende factoren.

Empowerment kan gezondheidswerkers beschermen tegen gevoelens van machteloosheid en burn-out. "Hoe langer je werkt als huisarts, hoe meer je de invloed van politieke beslissingen op de gezondheid van de mensen ziet," zei professor huisartsgeneeskunde Stephanie De Maesschalck in Humo. Die vaststelling kan een bron zijn van verontwaardiging en engagement, maar het werkt bij vele hulpverleners ook demotiverend. In een enquête van de Artsenkrant haalden vier op de tien dokters een hoge score voor burn-out. Een kwart heeft het soms helemaal gehad met de job en een derde laat zich er steeds vaker afstandelijk over uit.¹⁵ Een ziekenhuisspecialist die er na dertien jaar mee stopte, verwoordde het in Knack zo: "Ik voel een overheersende machteloosheid als ik patiënten voor me in bed zie liggen. (...) Mensen worden ziek en sterven aan vermijdbare oorzaken. Zolang de echte oorzaken niet worden aangepakt, zal ik die onmacht blijven voelen."¹⁶

Toch krijg je in je opleiding maar weinig vorming hoe je met deze belangrijke taak aan de slag kan gaan. Integendeel, zowel de opleiding als het beroep leren je als hulpverlener vaak een aantal attitudes aan die empowerment van de patiënt net in de weg staan. Engagement en activisme maken niet alleen patiënten sterker, maar hebben ook een impact op de hulpverleners en hun manier van werken zelf.

A. Mensen in hun sterkte zien

Empowerment laat je toe meer aandacht te hebben voor de sterktes en talenten van patiënten. In een huisartsenpraktijk zie je de mensen meestal wanneer het slecht gaat. Een kapotte rug, burn-out, hoge koorts... Op basis van die indrukken is het soms moeilijk om te geloven dat diezelfde mensen kunnen opkomen voor hun rechten en een gezondere maatschappij kunnen afdwingen. Hulpverleners vervallen vaak in fatalisme. "Zoveel miserie in de wereld, mensen zijn continu bezig met het oplossen van hun problemen, het is onmogelijk om hen nog te mobiliseren of te organiseren." Maar door samen met patiënten acties te ondernemen, ontdek je vaak tot je eigen verbazing ontzettend veel verborgen sterktes en talenten.

B. Delen is vaak de duurzame oplossing

Als hulpverlener zie je regelmatig complexe problemen. Vaak komen patiënten bij jou alleen met hun probleem en voel je de druk om toch maar snel met een oplossing te komen. Denk bijvoorbeeld aan de jonge twintiger die geen kansen krijgt op de arbeidsmarkt. Of het gezin dat de wanhoop nabij is omwille van vochtproblemen in de woning waar ze geen oplossing voor vinden. Dokters, psychologen en sociaal assistenten werken zich soms uren te pletter met attesten schrijven of bellen naar instanties. Op zulke frustrerende momenten kan het soms goed zijn om even stil te staan: misschien zijn er nog mensen in de buurt met hetzelfde probleem?

Het is een klik die je moet kunnen maken: even de individuele hulpvraag van een patiënt onthoud zetten en de tijd nemen om je ervaring met anderen te delen. Soms lijkt het alsof je als individuele hulpverlener op dat moment tekortschiet tegenover de patiënt, maar vaak levert die collectieve benadering op middellange termijn net veel meer en veel duurzamere resultaten op.



Teamwork tijdens corona: van pessimisme en terugplooiën op zichzelf, naar een collectieve aanpak en steunen op elkaars krachten

Bij Geneeskunde voor het Volk sta je er nooit alleen voor en dat is op zich vrij bijzonder in de zorgsector. Hoewel ze dagelijks in contact komen met tientallen patiënten, hebben veel huisartsen het gevoel dat ze er alleen voor staan. De uitbraak van de coronacrisis was zo'n moment. Plots leken er alleen maar telefoons, mails, regeltjes, administratie en extra taken op ons af te komen, samen met een ziekte waar we weinig of niets van afwisten. Veel collega's plooiden zich nog wat meer terug op zichzelf. Want er was veel papierwerk dat moest gebeuren en er was natuurlijk ook het gevaar om besmet te worden. De frustratie groeide gaandeweg. Dagelijks kregen we veel patiënten aan de lijn met problemen door quarantaine, inkomensverlies, eenzaamheid of zieke familieleden waarvoor we weinig konden doen. Het leek alsof het elk voor zich zou worden in de pandemie.

Maar GVHV zou GVHV niet zijn als we daar niet snel samen oplossingen voor zochten. Op de teamvergadering maakten we een inventaris op van de belangrijkste problemen die onze patiënten ondervonden. En dan: mensen mobiliseren en actie ondernemen. Samen met patiënten en buurtbewoners

zetten we verschillende vrijwilligersteams op: om boodschappen te doen en voorschriften rond te dragen, maar ook om patiënten te informeren, om een luis-terend oor te bieden in tijden van lockdown, om te helpen bij het testen en contact- en brononderzoek en het maken van mondmaskers.



Uiteindelijk zouden meer dan driehonderd vrijwilligers zich aansluiten bij GVHV tijdens corona. Zelfs de pastoor zette zijn kerk voor ons open als testcentrum. Allemaal supersamenwerkers die er mee voor gezorgd hebben dat we die hele periode patiëntgerichte, preventieve en sociale eerstelijnszorg konden blijven garanderen.

Anne Delespaul
huisarts GVHV Deurne



C. Dokter en patiënt gelijkwaardig

Empowerment helpt ook om de relatie tussen hulpverlener en patiënt minder top-down te maken. In de maatschappij worden hulpverleners – en zeker artsen – nog altijd op een piëdestal gezet. De patiënt komt met een zorgvraag en is dus op één of andere manier afhankelijk van de hulpverlener, maar dat maakt hem of haar daarom niet minderwaardig. Samen actie voeren is een van de beste manieren om dat gevoel van asymmetrie zo veel mogelijk terug te dringen. Door patiënten aan te spreken over het reilen en zeilen in de wereld geef je aan dat hun mening gewaardeerd wordt.



D. Kant kiezen

Wij kiezen er bewust voor om kant te kiezen. Als wij zien dat mensen in de problemen zitten, dan willen we daar iets aan doen. Veel hulpverleners zijn die aanpak niet gewoon. Ze vinden dat het niet aan hen is om standpunt in te nemen over de wantoestanden die in hun praktijk de revue passeren. "Meng je niet in politieke tegenstellingen, want dat werkt alleen maar polariserend en brengt je medisch werk in gevaar", klinkt het dan. De vraag is wat ons dat oplevert op lange termijn? "Politiek is geneeskunde op grote schaal", schreef Rudolf Virchow, een van de grondleggers van de sociale geneeskunde in de 19de eeuw. Uit de coronapandemie hebben we geleerd dat die les nog altijd geldt. Aan politiek doen wordt vaak als een beperking of afleiding gezien, maar het maakt je net sterker. Het vormt een verlengstuk van ons dagelijkse werk. Dus is het ook de taak van gezondheidswerkers om aan politiek te doen.

Gaat kant kiezen dan niet in tegen de principes van medische neutraliteit? Natuurlijk moet je neutraal zijn in de behandeling van patiënten. Iedereen heeft recht op dezelfde goede zorg, of je nu links, rechts, gelovig of atheïst bent. Maar dat betekent niet dat je als hulpverlener geen actie mag ondernemen als je met wantoestanden geconfronteerd wordt.

“Wie neutraal is in situaties van onrecht, kiest de kant van de onderdrukker. Als je ziet dat een olifant de staart van een muis verplettert, heeft die muis niets aan je neutraliteit”, zei de in 2021 overleden Zuid-Afrikaanse mensenrechtenactivist Desmond Tutu. Geen kant kiezen is ook kiezen, de kant van de status quo, de kant van de olifant in het citaat van Desmond Tutu. Daarom is Geneeskunde voor het Volk verbonden met de PVDA, de politieke partij die ijvert voor een ander systeem.

“Filosofen hebben de wereld slechts verschillend geïnterpreteerd, het komt erop aan haar te veranderen,” zei Karl Marx. Toen in 2018 zijn tweehonderdste verjaardag gevierd werd, richtte hoofdredacteur Richard Horton zich in het toonaangevende medische tijdschrift *The Lancet* tot de lezers: “Marxisme is een oproep om je te engageren, een uitnodiging om de strijd te versterken voor de bescherming van de waarden die we delen. We kunnen besluiten dat de geneeskunde een heleboel te leren heeft van Marx.”¹⁷



Samen met de PVDA aan onze kant

Toen ik meer dan tien jaar geleden begon als huisarts bij Geneeskunde voor het Volk, was mijn ervaring met ongelijkheid en de sociale determinanten daarvan erg beperkt. Ik wist dat een deel van de collega's erg actief waren binnen de PVDA. Dat leek me toen een moeilijk vol te houden spreidstand. Hoe kan je objectief handelen in een consultatieruimte als je engagement openlijk gekleurd is? Ben je dan nog wel geloofwaardig als arts?

Maar het zijn de verhalen van de patiënten die me hebben doen beseffen dat je als arts actief kant moet kiezen als je wil dat de gezondheid van de mensen verbetert. Zo is er het voorbeeld van Moretusburg in Hoboken, een volkse woonwijk langs de fabrieksmuren van de metaalverwerkende multinational Umicore, waarvan de uitstoot van zware metalen al decennia lang belangrijke gezondheidsproblemen veroorzaakt. De kinderen die er opgroeien en die bij ons over de vloer komen, hebben geen baat bij een 'onpartijdige' hulpverlener, die het status quo aanvaardt. De confronterende verhalen van ongeruste ouders duwen je automatisch in de richting van sociaal activisme.

De PVDA hielp mee om deze verhalen onder de aandacht te brengen en te vertalen naar het beleidsniveau, om dan samen met de mensen de lood-in-bloedwaarden naar beneden te krijgen. De kracht van de symbiose tussen GVHV en de PVDA bleek een echte hefboom te zijn om op het terrein de zaken daadwerkelijk in beweging te krijgen. De leefomstandigheden zijn hierdoor over de jaren spectaculair verbeterd voor vele mensen, een impact waar je als individuele arts maar moeilijk aan kan tippen. GVHV en de PVDA zijn gewoon een deel van één grote sociale beweging, die je als arts helpt om echt structureel de gezondheid van de mensen te verbeteren.

Filip Vanderoost
huisarts GVHV Hoboken



Eindnoten

- 1 De Britse historicus Simon Szreter studeerde in Cambridge op de geschiedenis van de volksgezondheid in de laatste 200 jaar. Zijn bevindingen gaan in tegen het idee dat het kapitalisme en de industrialisering in de 19e eeuw geleid hebben tot een verbetering van de volksgezondheid. Integendeel, het effect was eerder negatief. De levensverwachting begon pas te stijgen toen vanuit de politiek geïnvesteerd werd in sociale hervormingen, onder druk van sociale strijd van onderuit.
Jason Hicke, auteur van het boek 'The Divide', verwijst vaak naar het werk van Szreter in het debat met vooruitgangsoptimisten zoals Steven Pinker. Zie zijn opinie in The Guardian in 2019:
<https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/nov/22/progressive-politics-capitalism-unions-healthcare-education>
- 2 Marc Reynebeau is auteur van 'Een geschiedenis van België'. Hij baseert zich voor zijn stelling op het werk van hoogleraar in de geschiedenis Jan Dhondt: "In 1954 poneerde hoogleraar in de geschiedenis Jan Dhondt van de UGent de stelling dat alle grote veranderingen in het politieke systeem van België niet door het parlement of de politiek tot stand zijn gebracht, maar wel onder druk van straatprotest." https://www.standaard.be/cnt/dmf20160531_02317229
- 3 Voormalig GVHV-voorzitter Dirk Van Duppen schreef in 2014 een hoofdstuk over empowerment voor het 'Leerboek Huisartsgeneeskunde', waarin het werk van Paolo Freire centraal staat. (Hfdst 18, p. 246)
- 4 We verwijzen naar de themabrochure van Viva Salud, 'Empowerment. Samen sterk voor gezondheid.' (p. 85)
<https://www.vivasalud.be/wp-content/uploads/2020/10/Brochure-Empowerment-NL.pdf>
- 5 Met dank voor het begrip aan een artikel in Santé Conjugué, het tijdschrift van de Franstalige Fédération des Maisons Médicales.
<https://www.maisonmedicale.org/L-empowerment-une-notion-malleable.html>
- 6 Gezondheidswetenschapper Jenny Boumans werkt al jaren op de betekenis van het begrip empowerment. Ze schreef het boek 'Naar het hart van empowerment.' Ze schrijft: "Empowerment moet van een breder perspectief worden voorzien. Zeker nu het overheidsbeleid tamelijk eenzijdig gericht is op versterking van 'eigen kracht'. Het is even belangrijk dat kwetsbare burgers daarnaast ook meer stem krijgen en invloed kunnen uitoefenen op hun leefomstandigheden." <https://www.movisie.nl/artikel/focus-empowerment-niet-alleen-eigen-kracht>
- 7 Proportioneel universalisme is een methode om de gezondheidsongelijkheid aan te pakken. Het concept is dat het beleid of de actie gericht is op alle burgers (universeel), maar dat de toepassing ervan des te intensiever is naarmate de doelgroepen kwetsbaarder zijn en meer obstakels moeten overwinnen (proportioneel).
De term werd voor het eerst gelanceerd door Michael Marmot, auteur van het WHO-rapport over sociale determinanten.
Meer info vind je in de brochure over proportioneel universalisme van Gezond Leven. In hun 10 werkwijzen benadrukken ze ook het belang van politiserend en empowerend te werken
<https://www.gezondleven.be/files/ongelijkheid/10-werkwijzen-volgens-het-principe-van-proportioneel-universalisme.pdf>
- 8 In het leerboek huisartsgeneeskunde van de Vlaamse en Nederlandse faculteiten schrijft Professor Jan De Maeseneer: "Het maatschappelijk perspectief van de huisarts vloeit verder voort uit zijn positie en werkwijze in de frontlinie van de gezondheidszorg. De huisartsenzorg is medeverantwoordelijk voor de optimalisering van het gebruik van de zorgvoorzieningen. De huisarts zorgt ervoor dat mensen met de grootste zorgbehoefte ook de meeste zorg ontvangen (het equity-principe)."
Men beschrijft vier belangrijke bijdragen die de huisarts kan leveren:
 - Het bieden van laagdrempelige zorg.
 - Actief inspelen op sociale factoren, en zo nodig verwijzen naar maatschappelijk werk om die sociale factoren aan te pakken
 - Het signaleren van ziekmakende sociale factoren.
 - Het versterken van sociale cohesie en empowerment van de patiënt, door samen te werken met lokale gezondheids- en welzijnsdiensten.Men spreekt van community-oriented primary care (COPC) wanneer vanuit eerstelijnsvoorzieningen interventies worden opgestart om de gezondheidstoestand van hun buurt te verbeteren. (p. 240-242)
- 9 Citaat van Jenny Boumans uit hetzelfde werk rond empowerment.
<https://www.movisie.nl/artikel/focus-empowerment-niet-alleen-eigen-kracht>
- 10 Deze studie wordt beschreven door de Spaanse socioloog Vicenç Navarro in een artikel uit 2007 waar hij ondermeer zijn visie op empowerment strategieën uitwerkt. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17436983/>
- 11 Sociaal engagement en gezondheid. Uit CM-informatie maart 2020
https://www.cm.be/media/CM-Info-Sociaal-engagement-en-gezondheid_tcm86-65707.pdf
- 12 Uit Empowerment-brochure van Viva Salud (p. 67)
- 13 Men noemt dit het CanMEDS-model, ontwikkeld in Canada en vandaag internationaal gebruikt als referentiekader voor de opleiding en erkenning van artsen, verpleegkundigen, enzovoort.
<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- 14 Hommage in het toptijdschrift New England Journal of Medicine naar aanleiding van de 200e verjaardag van Rudolf Virchow en de 100e verjaardag van Bernard Lown, twee artsen die zich in hun loopbaan engageerden: 'Physicians as Activists.'
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2103050>
- 15 Beschrijving resultaten door De Standaard: https://www.standaard.be/cnt/dmf20210519_98356659
- 16 "Na 13 jaar ben ik van plan om de geneeskunde vaarwel te zeggen. Ik wil geen dokter meer zijn." Afscheidsbrief op knack.be van internist in opleiding Sam Proesmans
<https://www.knack.be/nieuws/belgie/na-13-jaar-ben-ik-van-plan-om-de-geneeskunde-vaarwel-te-zeggen-ik-wil-geen-dokter-meer-zijn/article-opinion-1451199.html>
- 17 Offline: Medicine and Marx - [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32805-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32805-2/fulltext)



Colofon

1 april 2022

Redactie: Geneeskunde voor het Volk

Verantwoordelijke Uitgever: Jan Franssen, Commandant Weynsstraat 85,
2660 Hoboken

Ontwerp: commsa.be

Cover: Jasmine Elsen

Druk: Drukkerij EPO

