

Leesexemplaar

WAT MAAKT HET UIT?



SAM PROESMANS

**WAT
MAAKT
HET
UIT?**



WAAROM JOUW GEDRAG
IEDEREEN GEZONDER MAAKT

PELCKMANS

INHOUD

Waarom schreef ik dit boek? 9

Deel I

Jouw gezondheid is mijn gezondheid 32

Hoofdstuk 1: Mijn (individuele) gezondheid 37

Hoofdstuk 2: Onze (collectieve) gezondheid 82

Hoofdstuk 3: De gezondheid van onze planeet 127

Deel II

Godzijdank is er de wetenschap 138

Hoofdstuk 4: Associatie is geen causatie 143

Hoofdstuk 5: Multifactorieel is het nieuwe normaal 167

Hoofdstuk 6: Echt of nepnieuws? 187

Tot slot 204

Referenties 207

Voor Sofie, Lois en Rox,
de drie vrouwen
die mijn leven perfect maken.

Leesexemplaar

WAAROM SCHREEF IK DIT BOEK?

Mijn hele leven lang worstel ik met de existentiële vraag: ‘Wat maakt het uit?’. Maakt het uit dat ik niet meer met het vliegtuig reis, geen vlees meer eet en braaf afval sorteer, terwijl de rest van de wereld blijft vliegen, biefstuk verorberen en afval creëren? Gaat de planeet er dan echt minder snel aan? Maakt het uit dat ik nu en dan eens een sigaret rook en graag een glas wijn drink? Ga ik er dan echt minder snel aan? Wat is de impact van mijn gedrag op de wereld en op mijn eigen gezondheid? Maakt wat ik doe echt een verschil of is het slechts een druppel op een hete plaat? Ik stel me die vraag omdat ik wil streven naar een betere wereld: een wereld met minder klimaatverandering, minder milieuverontreiniging, minder armoede, minder ziekte, meer gezondheid en meer onderwijskansen... Het besef dat ik onwaarschijnlijk veel geluk heb gehad dat ik werd geboren in België – en niet in pakweg een vluchtelingenkamp in Soedan – en vervolgens alle kansen heb gehad als kind en opgroeiende volwassene, wekte bij mij een rechtvaardigheidsgevoel op dat me richting geneeskunde dreef. Want alles begint bij een goede gezondheid: zonder gezonde mensen geen gezonde economie en geen welvarende samenleving. Toch is het pas als we echt ziek worden en in het ziekenhuis belanden, dat we de betekenis van

het vaak nonchalante, maar niet minder enthousiaste ‘op uw gezondheid!’ bij het klinken van een glas echt naar waarde schatten. We zijn pas bezig met gezondheid als iemand al ziek is geworden, wanneer het eigenlijk al te laat is. We beseffen pas wat ziekte is als we de diagnose kanker krijgen of met 39°C koorts kotsend boven het toilet hangen.

Met die mindset begon ik in 2006 aan de studie geneeskunde: ik wilde ziekte beter begrijpen, maar ook gezondheid. Tijdens mijn studies leerde ik dat een mens uiterst complex in elkaar zit en dat er o zo ontzettend veel kan misgaan. *Het is een wonder dat ik nog leef!* dacht ik meermaals bij mezelf. Dat besef werd alleen maar groter tijdens mijn stages in verschillende Belgische ziekenhuizen, waarbij ik oog in oog kwam te staan met ziekten die voor mij tot dan toe slechts op papier hadden bestaan. Ik zag leeftijdsgenoten bezwijken aan kanker, mensen even oud als mijn ouders opgezaald worden met ellendige ongeneeslijke ziekten, kinderen van vijf jaar vechten voor hun leven... *Als die mensen al sterven in een land als België met een van de beste gezondheidszorgsystemen ter wereld, wat moet dat dan zijn in het merendeel van de wereld, in landen met een veel slechtere gezondheidszorg?* stelde ik mezelf al snel de vraag. Een vraag die werd uitgelokt voordat ik geneeskunde begon te studeren en de kans had gehad naar verschillende van 's werelds meest door armoede geteisterde gebieden te reizen, waaronder Bolivia, Myanmar en Tanzania. Die reizen hadden een enorme impact op mijn wereldbeeld en toekomstperspectief: het was moeilijk om niet na te denken over hoe ik persoonlijk kon helpen om de gezondheid van de mensen die ik zag te verbeteren. Jaren later, dit keer niet als toerist maar als stagiair geneeskunde, keerde ik terug naar

diezelfde drie landen, en Zuid-Afrika. Die ervaringen werden aangevuld met de *once in a lifetime*-ervaring van *Flying Doctors*, vertoond als een zesdelige docuserie op de Vlaamse televisiezender Eén in 2014. Daarin vloog ik samen met drie vrienden in een Cessna 206 sportvliegtuigje van Wevelgem naar het Virunga National Park in de Democratische Republiek Congo. Een vlucht van 10.000 kilometer met tussenstops in Egypte, Soedan, Ethiopië, Kenia, Oeganda en Rwanda. Dit keer gaf mijn geneeskundeopleiding me een nieuw en breder perspectief op mijn vorige ervaringen en kwam ik tot het besef dat geneeskunde alleen onvoldoende is om ziekte en gezondheid te begrijpen. Werk, socio-economische status, onderwijs, klimaat, milieuvervuiling, voeding, huisvesting... dát zijn de factoren die de gezondheid van die mensen bepalen. Als je in een sloppenwijk woont, heb je geen toegang tot gezondheidszorg, terwijl de kans dat je medische zorg nodig hebt vele malen groter is. Net omdat je in penibele omstandigheden woont, onder een golfplaat, waar de met malaria besmette muggen onverhinderd binnenvliegen, de met de ziekte van Chagas besmette wantsen door de muren kruipen en de allesdoordringende rook van het houtvuurtje waarop je noodgedwongen kookt je longen kapotmaakt. Om nog maar te zwijgen van het weinige eten dat amper iets van voedingsstoffen bevat en van de onophoudelijke mentale stress die je ervaart om elke dag opnieuw de overlevingsstrijd aan te gaan.

HET BELANG VAN PUBLIC HEALTH

Mijn stelling werd bevestigd: om ziekte beter te begrijpen moet je eerst en vooral beter begrijpen wat iemand ziek maakt.

Daarnaast begon het me te dagen dat *public health* daarop een antwoord biedt en veel bepalender is voor ons leven dan geneeskunde. Inderdaad, *public health* focust op de hele waaier van externe factoren die onze gezondheid bepalen: het zuivere kraanwater dat je drinkt, het met jodiumzout gebakken brood dat je eet, de loodvrije lucht die je inademt, het schimmelvrije huis waarin je woont, het gratis onderwijs dat je geniet, het sociale weefsel met gewaarborgd inkomen waarin je terechtkomt als je je baan verliest... *Public health* behelst en bestudeert het hele leven van individuen en zet die bevindingen om in actie, in een brede socio-economische en omgevingscontext.

De socio-economische context kun je samenvatten met het adagium: **'Je postcode bepaalt je gezondheid meer dan je genetische code.'** Die postcode staat symbool voor je omgeving. Een omgeving die barst van de 'sociale determinanten' van ziekte en gezondheid: de schoolomgeving van je kinderen, je werkplek, je woonplek, je wijk, parken en groene ruimte in de buurt of net het gebrek eraan, de nabijheid van sportfaciliteiten en supermarkten waar gezonde voeding te koop is... Die sociale determinanten bepalen in belangrijke mate je gedrag en levensstijl, waardoor ze doorslaggevend zijn voor je gezondheid en je uiteindelijke levensverwachting dan de biologische determinanten: de genen die je van je ouders meekrijgt. In het nature-nurture-debat kun je dus stellen dat *nurture* (je gedrag en je omgeving) het wint van *nature* (je genen). Neem als voorbeeld de door het London Health Observatory uitgebrachte alternatieve metrokaart, die aantoonde hoe sterk de levensverwachting varieert tussen metrostations. Zo daalt de levensverwachting met gemiddeld een jaar per twee stations naarmate je met de metro

verder weg rijdt van het (rijkere) centrum, tot een totaal verschil van maar liefst 21 jaar tussen centrum Londen (bijvoorbeeld Oxford Circus) en de rand van de stad (bijvoorbeeld Star Lane in Oost-Londen).¹ Onderzoek uit de Verenigde Staten toonde aan dat het aantal doden ten gevolge van sociale ongelijkheid in Amerika richting een miljoen per jaar gaat, wat neerkomt op een derde van de jaarlijkse nationale overlijdens.²

De omgevingscontext kun je samenvatten met wat Hippocrates, de vader van de geneeskunde, 2500 jaar geleden formuleerde in het manuscript getiteld *Over lucht, water en land*. Daarin stelt hij dat de gezondheid van de mens afhankelijk is van zijn leefomgeving en het klimaat. Dat principe leeft tot vandaag voort onder de noemer *one health* en maakt deel uit van *public health*. Tweeënhalf millennium later moeten we jammer genoeg vaststellen dat onze leefomgeving en het klimaat in veel slechtere gezondheid verkeren dan ten tijde van de oude Grieken.

Public health raakt daardoor aan elk aspect van de samenleving. Je wilt de gezondheid van zoveel mogelijk mensen verbeteren door niet alleen direct op hun gezondheid dan wel hun ziekte in te werken, maar ook op de indirecte factoren die bijdragen tot gezondheid en ziekte. Dat was voor mij enorm belangrijk: ik wilde voor zoveel mogelijk mensen goed doen, niet louter voor de patiënt die in het bed voor mij lag. Alleen met een *public health*-lens kun je een antwoord bieden op de monumentale uitdagingen waarvoor we staan, zoals een ouder wordende bevolking, het verlies aan biodiversiteit en de opwarming van de aarde. De kracht van *public health* zit in het feit dat het een individu bestudeert in zijn volledige levensloop, in al zijn facetten en in interactie met maatschappij en leefomgeving: van de negatieve

impact van luchtvervuiling op de foetus in de baarmoeder, over de positieve effecten van onderwijs op de latere gezondheid, tot het creëren van een juridisch kader dat palliatieve zorg en euthanasie mogelijk maakt.

Waar weinig mensen bij stilstaan, is dat de gemiddelde levensverwachting in de westerse wereld in de loop van de twintigste eeuw toenam van 45 naar meer dan 75 jaar, in hoofdzaak door verbeteringen op het vlak van *public health*; op het voorkomen – en niet het genezen! – van ziekte dus.³ Inderdaad, slechts vijf extra levensjaren hebben we te danken aan betere medicatie en geavanceerdere operaties, de overige 25 jaar zijn op het conto te schrijven van *public health*. Denk aan regulering van tabaksreclame en antirookcampagnes, meer en betere vaccins, betere huisvesting, veiligere werkomstandigheden, gestegen verkeersveiligheid door het verplichten van autogordels en airbags, properdere lucht door het uitfaseren van steenkool en loodhoudende brandstoffen, minder schildklierproblemen door toevoeging van jodium aan brood, minder bedorven tanden door toevoeging van fluor in tandpasta, minder bedorven voedsel door de uitvinding van de koelkast of schoner water door riolering en uiterst strenge controlemechanismen. De kostprijs van *public health* bedraagt slechts een fractie van het budget dat onze gezondheidszorg opeist en toch geven we er amper geld aan uit. Gezondheidszorg, het genezen van ziekten, draagt voor slechts 15 percent bij aan onze levensverwachting⁴ en toch spenderen we er ruim 10 percent van ons bruto binnenlands product aan. (Wat in lijn is met vergelijkbare landen zoals Frankrijk, Canada en Japan, maar ver weg van de Verenigde Staten, die aan een hallucinante 20 percent zitten – paradoxaal in een systeem

waar meer dan vier op de tien mensen onvoldoende of niet verzekerd zijn).⁵ Naar het voorkomen van ziekte, *public health* dus, gaat slechts een vijftigste van dat budget. Bizar toch, als *public health* voor 85 percent onze levensverwachting bepaalt? Bovendien, hoe minder geld er naar het voorkomen van ziekte gaat, hoe meer mensen ziek worden en hoe groter de gezondheidszorgkosten. Omgekeerd, hoe meer geld naar het voorkomen van ziekte gaat, hoe minder mensen ziek worden en hoe lager de gezondheidszorgkosten. Geld uitgeven aan *public health* is een investering met een positieve *return on investment*. Dat kan moeilijker gezegd worden over gezondheidszorg.

Ook het omgekeerde is waar, hoe meer geld naar de gezondheidszorg gaat, door stijgende kosten om de steeds duurdere medische technologie en medicijnen te betalen, hoe meer er wordt bespaard op andere maatschappelijke uitgaven, zoals onderwijs, huisvesting, armoedebestrijding, mobiliteit... Per slot van rekening is het gezondheidszorgbudget beperkt, passend in een ruimere begroting. Als je 100 miljoen euro uitgeeft aan een beloftevol nieuw geneesmiddel, kun je diezelfde 100 miljoen niet meer uitgeven aan de nieuwste generatie MRI-scanners. Elke euro uitgegeven aan X, kun je niet meer uitgeven aan Y. Dat noemt men de 'opportuïteitskost', een centraal begrip in de economie. Economie is immers de wetenschap die het maken van keuzes bestudeert. Aan elke keuze die je maakt – en je maakt er dagelijks honderden – is een opportuïteitskost verbonden. Door te kiezen waar je je geld, tijd, energie aan besteedt, mis je onvermijdelijk een andere opportuïteit. Sterker nog, het kost je die andere opportuïteit. Zo is er ook een opportuïteitskost verbonden aan wat je nu aan het doen bent: de

opportuïteitskost van het lezen van dit boek is het equivalent van twee avonden bingewatchen van die ene Netflixserie die je al zo lang had willen zien. Je koos er echter bewust voor om dit boek ter hand te nemen, waarvoor dank. Het feit is dat je elke minuut die je hebt slechts één keer kunt besteden: *time is money*. De opportuïteitskosten van de almaar stijgende uitgaven in de gezondheidszorg door steeds nieuwe en gesofisticeerde technologieën in combinatie met de vergrijzing, betekenen dat er minder geld beschikbaar is voor *public health*. Dat leidt paradoxaal genoeg tot nog hogere uitgaven in de gezondheidszorg omdat ziekte niet wordt voorkomen en alleen behandeld. Vervolgens is er nog minder geld voor *public health*, en ga zo maar door. Zo zitten we in een vicieuze cirkel. De opportuïteitskosten maken het daarom juist ethisch om over geld te spreken in de gezondheidszorg. Een mensenleven kan dan nog van onschatbare waarde zijn, het probleem is dat je dat leven juist wel naar geldwaarde moet schatten, omdat je geen gezondheidszorg voor al die andere mensen kunt voorzien. De genterapeutische behandeling van kinderen met een zeldzame aangeboren aandoening bijvoorbeeld, kost vaak miljoenen. Toch kan dat – los van het ethische vraagstuk – vanuit gezondheidseconomisch perspectief maatschappelijk te verantwoorden zijn, als je weet dat die mensen daarna op een normale manier kunnen leven en werken en niet hun hele leven afhankelijk zijn van de (financiële) hulp van anderen.

De twintigste eeuw leerde ons ook dat de mens weinig gevoelig is voor klimaat- en milieuthema's. Tenzij er een duidelijke impact is op de mens zelf en met name menselijke gezondheid. Zoals in 1987, toen de voorspelling van forse toenames van met

name huidkanker en cataract als gevolg van het gat in de ozonlaag – veroorzaakt door bepaalde koelvloeistoffen en drijfgassen gebruikt in onder andere koelkasten – dé overtuigende factor was voor overheden om het Montréal-protocol te ondertekenen.⁶ Tot vandaag is dat protocol een van de weinige echt succesvolle internationale verdragen, met als resultaat dat het gat in de ozonlaag nu langzaam weer kleiner wordt, en zou verdwijnen tegen 2060.⁷ Een mooi neveneffect van dat protocol is overigens dat het bijzonder effectief is in de strijd tegen klimaatverandering. Recent nog werd het veranderen naar (al beschikbare en betaalbare) alternatieven in koelkasten en airco's gecategoriseerd als een van de meest effectieve maatregelen die we kunnen nemen in die strijd.⁸

VERDER DAN HET OPERATIEKWARTIER

De drang naar meer kennis over die bredere maatschappelijke thema's die gezondheid beïnvloeden en het onbehaaglijke gevoel mijn ei ergens kwijt te moeten, brachten me bij de Vrijdaggroep. Dat is een unieke denktank die jonge twintigers en dertigers van alle hoeken van het land samenbrengt en uitdaagt om na te denken over de uitdagingen en opportuniteiten waar ons land op lange termijn voor staat. Ik kwam er in contact met mensen met zeer diverse achtergronden en het drong tot me door dat zoveel disciplines raakvlakken hebben met gezondheidszorg. De groep was instrumenteel voor mijn ontwikkeling en gaf me een bredere kijk op België, een land dat er net zoals de meeste rijke landen in geslaagd is het grootste deel van de sociale determinanten van gezondheid te neutraliseren of te optimaliseren.

Daardoor is het voor mensen in onze samenleving vanzelfsprekend dat het water uit de kraan drinkbaar is, onderwijs en gezondheidszorg gratis zijn, de weg van thuis naar je werk geen hachelijke onderneming is waarbij je moet vrezen voor je leven. Het is daar dat mijn verlangen om meer betrokken te zijn bij de toekomst van ons land en beleidsvoering in de brede zin van het woord echt gegroeid is.

Na zeven jaar studeerde ik in 2013 af als arts, waarna ik een specialisatie moest kiezen. Ik vertrok meteen na de proclamatie voor twee maanden naar Harvard University in Boston in de Verenigde Staten, om te kijken of een *master of public health* echt was wat ik zocht: ik nam enkele vakken op en keerde twee maanden later terug met de vraag of ik in die korte tijd meer had geleerd dan in de afgelopen zeven jaar. Terug in België besloot ik een specialisatie interne geneeskunde met focus op infectieziekten aan te vatten en me tegelijkertijd voor te bereiden om die *master of public health* af te ronden om zo mijn interesse finaal te verzilveren. Uiteindelijk, na mijn derde jaar interne geneeskunde, ging ik naar Columbia University in New York City, om er een tweejarige academische *master of public health* af te werken. New York was voor mij levensveranderend. Een dagelijkse fietstocht, slalomend tussen de gele taxi's over Broadway en langs de Hudsonrivier, bracht me op een universiteit waar mensen van over de hele wereld samenkomen om hun inzichten en kennis aan te scherpen. Mijn eerdere inzicht dat de socio-economische en omgevingscontext voor het individu veel bepalender zijn voor gezondheid dan louter gezondheidszorg, werd weerspiegeld in mijn lessenrooster: ethiek, geschiedenis, mensenrechten, epidemiologie, gezondheidseconomie, klimaatwe-

tenschappen, gezondheidszorgsystemen, determinanten van gezondheid, onderzoeksmethoden en toepassingen, integratie van wetenschap en praktijk, leiderschap... Niet alleen door artsen onderwezen, maar ook door antropologen, sociologen, psychologen, juristen, economen, managers... Die master verruimde mijn visie zo sterk dat ik weliswaar terugkeerde om mijn opleiding interne geneeskunde af te ronden, maar tegelijkertijd ook wist dat mijn werk als arts verder zou reiken dan een consultatieruimte of operatiekwartier. Mijn begrip van wetenschap was ontzettend uitgebreid in de breedte en bood eindelijk een antwoord op het allesoverheersende gevoel van machteloosheid als patiënten voor me in bed lagen. *Waarom heb jij longkanker terwijl je nooit gerookt hebt? Waarom kreeg jij op je veertigste een hartinfarct? Waarom ga jij dood aan leukemie en niet ik?* Ik leerde wat de échte grondoorzaken van ziekte zijn en wat we eraan kunnen doen. Die interesse in ziekte en dood heeft zeker ook te maken met het onbehagen dat iedereen ervaart wanneer iemand in de naaste omgeving onverwacht sterft. Zou er zich in mij geen kanker aan het ontwikkelen zijn? Staat er een bloedvat in mijn hersenen op springen?

Daarnaast beseftte ik meer dan ooit dat zowel ons gezondheidszorg- als ons onderwijssysteem kwalitatief hoogstaand en bijna gratis is. In de Verenigde Staten moest ik als gezonde twintiger 12.000 dollar betalen voor de goedkoopste verzekeringspolis en 70.000 dollar inschrijvingsgeld aan de universiteit. In België is de kostprijs van het universitaire onderwijssysteem slechts de helft, en betaalt een student amper 3 percent van dat bedrag. De overige 97 percent past de belastingbetaler bij. De drang om impact te hebben op het grotere (gezondheids)plaatje,

in een wereld waar de helft van de wereldbevolking geen toegang heeft tot zelfs de meest rudimentaire gezondheidszorg,⁹ was groot. De *master of public health* had me net het kader en de tools gegeven om daarmee ook echt aan de slag te gaan, om beleid te voeren ten gunste van de patiënt van morgen. Ik zou verder gaan dan de traditionele arts-patiëntrelatie, terwijl ik trouw bleef aan de eed van Hippocrates, die stelt: *primum non nocere* – in de eerste plaats niet schaden. Wat zoveel betekent als: je therapie mag niet erger zijn dan de ziekte zelf. **Zou het dan niet nóg beter zijn om die ziekte überhaupt te voorkomen?**

POLITICS VERSUS POLICY

Met die *master of public health* op zak ging ik eerst kort aan de slag bij Boston Consulting Group. Daar werkte ik onder meer in een team dat de strategische transformatie van een ziekenhuis op poten zette, en vulde ik mijn klinische vaardigheden aan met complementaire vaardigheden gericht op het structureren en oplossen van complexe problemen. En toen kwam de COVID-pandemie, ironisch gezegd op een ideaal getimed moment.

COVID-19, de infectieziekte veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, staat voluit voor ‘Corona Virus Disease’, aangevuld met het jaartal 19 omdat de eerste besmettingen in China in 2019 hadden plaatsvonden. Het virus evolueerde echter erg snel en verschillende golven volgden elkaar wereldwijd op. Elke golf werd veroorzaakt door de opkomst van een nieuwe – meer besmettelijke – variant die slechts gedeeltelijk aan de opgebouwde

immuniteit door infectie (en later vaccinatie) ontsnapte, waardoor de intensiteit van opeenvolgende golven afnam. Zo waren Golf 1 en 2 de grootste, veroorzaakt door respectievelijk de originele Wuhan-variant en de D614G-variant. Golf 3 en 4 volgden een jaar later in 2021 en werden respectievelijk veroorzaakt door de Alpha- en de Delta-variant. De verschillende Omikron-golven die daarop volgden waren allemaal kleiner, omdat de opgebouwde immuniteit door vaccinatie en infectie steeds sterker werd. COVID-19 was al snel een achterhaalde benaming. In 2020, toen de Alfa-variant elke viroloog ter wereld met verstomming sloeg, hadden we net zo goed kunnen spreken van COVID-20. Vandaar dat ik in dit boek COVID-19 afkort tot COVID. De belangrijkste reden waarom COVID zo snel kon muteren, was dat niemand op aarde enige vorm van immuniteit had tegen het virus. Hoe meer circulatie, hoe meer mutatie. Influenza ('de griep') daarentegen is al minstens vijfhonderd jaar onder ons en muutert niet meer (zo snel) tot nieuwe schadelijke varianten.¹⁰ Dat is ook exact de reden waarom zulke ingrijpende maatregelen nodig waren voor COVID. 'Voor griep doen we dit toch allemaal niet', hoorde je vaak. Dat klopt, maar de cijfers waren dan ook compleet anders. In België worden jaarlijks 500.000 mensen, of 5 percent van de bevolking, getroffen door de griep. Dan spreken we van een matige griepepidemie. We spreken van een ernstige griepepidemie wanneer ongeveer 10 percent van de bevolking wordt getroffen. Voor COVID was dat percentage virtueel 100 percent als we het virus niet hadden geprobeerd in te dijken en te vertragen, omdat het voor ons immuunsysteem een nieuw virus was. Bovendien ontwikkelt gemiddeld 1 op de 1000 griep-patiënten complicaties waarvoor een ziekenhuisopname vereist

is. Voor COVID was dat zonder vaccinatie 1 op de 100 onder de 65 jaar en tot maar liefst meer dan 5 op de 100 boven de 65. Dat zijn relatieve proporties die een maatschappij doen ontsporen door het zorgsysteem compleet te overspoelen.

Tijdens mijn eerste weken als apolitiek beleidsadviseur van de eerste minister ontdekte ik snel dat beleid (*policy* in het Engels) en politiek (*politics*) twee verschillende dingen zijn, ook al hebben ze etymologisch dezelfde Griekse basis: *politeía*, wat ‘burgerschap’ betekent. Op zijn beurt afgeleid van het Griekse woord *polis* met de betekenis ‘stad, staat, overheid’. Beleid is wat achter de schermen gebeurt, politiek ervoor. Ik deed aan *policy*, niet aan *politics*. Ik maakte de brug tussen *science* en *politics*, via *policy*. Ik probeerde aan *evidence informed policy making* te doen: beleid dat zo goed mogelijk gebruikmaakt van de beschikbare evidentie. Dat was waar het mij om ging. Een wisselwerking is nodig en in een ideale wereld gebeurt dat ook: voorafgaand aan een politieke beslissing zullen beleidsadviseurs zoveel mogelijk informatie verzamelen, om zo de best mogelijke context te scheppen voor politici om beslissingen te nemen. Nadat de politieke beslissing op basis van dat gewogen beleidsadvies genomen is, zullen diezelfde adviseurs vervolgens helpen – samen met broodnodige en slagkrachtige administraties – om de beslissing om te zetten in actie. Die politieke vertaalslag van geadviseerd beleid naar actie is niet altijd objectief en gebalanceerd, omdat er te vaak wordt teruggegrepen naar het partijpolitieke kader en niet wordt nagedacht in het algemene publieke belang. Zoals de beroemde Franse schrijver Victor Hugo zou zeggen:

'*politique politicienne*', waarbij het laatste bijvoeglijk naamwoord zoveel wil zeggen als 'kenmerkend voor een politiek die uit is op eigenbelang'. In een ideale wereld daarentegen zijn beleid en politiek een goed geoliede tandem, in uitzonderlijke gevallen zelfs belichaamd door een enkele persoon.

De levensverwachting was wereldwijd met een tweetal jaar afgenomen door forse oversterfte in 2020. Toch slaagden we er als land in, als een van de weinige in de wereld, om de crisis zo te managen dat de levensverwachting in 2021 weer op het niveau was van voor de pandemie.¹¹ Minder rooskleurig was de situatie in een land zoals de Verenigde Staten met hun tweepartijensysteem. Daar werd zelfs niet gekeken naar het beleid van de tegenpartij en verviel men in een tribalisme waarbij men de partijpolitiek niet kan overstijgen, wat onnodig veel mensenlevens kostte. Jammer genoeg zijn er genoeg dossiers op te sommen waar, ook in een meerpartijensysteem zoals het onze, de politiek zichzelf niet kan overstijgen om aan goed beleid te doen. Neem het politieke getouwtrek over verkeersinfrastructuur, waar te lang vastgehouden werd aan de hegemonie van de auto, ook al nemen de files jaar na jaar toe. Nederland en Denemarken tonen dat het anders kan. Decennia geleden al schaarde links, rechts en centrum zich achter een mobiliteitsbeleid met een hoofdrol voor de fiets. Het is niet toevallig dat Nederlanders dubbel zo vaak hun fiets gebruiken voor verplaatsingen – meer dan 25 percent – waarmee ze samen met Denemarken eenzaam aan de wereldtop staan.¹² Hoe realiseren wij in hemelsnaam ook zo'n *modal shift*, als de route met je kind naar school meer een survivaltocht is dan een effectieve en veilige verplaatsing? Belgische fietspaden lijken aangelegd door aannemers

van minigolfterreinen: hoe meer hindernissen en hoeken van 90 graden, hoe beter. Ons land loopt op dat vlak tientallen jaren achter op Nederland en Scandinavië. De autogordel – in 1959 uitgevonden door de Zweedse autobouwer Volvo – deed de sterfte bij ernstige auto-ongevallen dalen met meer dan 50 percent.¹³ Mensen gaan dood. Allemaal, maar als ze voor hun 65ste doodgaan, verliezen ze hun leven. Verkeersslachtoffers zijn in de grote meerderheid jonger dan 65. Net daarom is het voorkomen van ongevallen zo impactvol, omdat het die jonge mensen in de fleur van hun leven behoedt voor rolstoelafhankelijkheid of een kille dood. **De autogordel heeft maatschappelijke normen veranderd en toont glashelder aan dat collectieve actie een grote individuele impact kan hebben op iemands gezondheid.** De airbag volgde in de jaren 1980 en werd zonder verplichting de standaard in elke auto, wat het overlevingspercentage van ernstige auto-ongelukken verder deed stijgen naar bijna 70 percent. Het verbeteren van fietsinfrastructuur heeft het potentieel om minstens even impactvol te zijn voor het terugdringen van nodeloze verkeersslachtoffers, met daarbovenop het gratis neveneffect dat mensen fysiek en mentaal gezonder zullen zijn naarmate ze meer de fiets zullen nemen in plaats van de auto.

DE SPOED ALS REALITYCHECK

In 2021 eindigde ik de innerlijke strijd tussen geneeskunde en *public health* door terug te keren naar het ziekenhuis, omdat ik het patiëntencontact, de intellectuele uitdaging van het klinisch redeneren en de dynamiek van een ziekenhuis miste. Zo werd voor mij duidelijk welke mensen in een grootstedelijke context