

A close-up portrait of Hans Hogerzeil, an older man with grey hair and glasses, looking slightly to the right. He is wearing a dark suit jacket over a light blue shirt. The background is dark and out of focus.

'ELKE ARTS MOET IETS WETEN VAN **GLOBAL HEALTH**'

Hans Hogerzeil is hoogleraar global health in Groningen, waar je al in je bachelor kunt kiezen voor 'molecuul, ziekte, patiënt of de wereld'. Hogerzeil is van de wereld.

Henk Maassen

'Groningen is de enige plaats ter wereld waar al vanaf het eerste studiejaar *global health* op het programma staat.' Hans Hogerzeil, hoogleraar *global health* aan de Universiteit Groningen, zegt het met trots. Tijdens een korte tussenstop op Schiphol – hij is op reis van Uganda naar Zwitserland waar hij woont – wil hij graag vertellen over zijn vakgebied en over de opleiding waarvoor hij mede de grondslag heeft gelegd. Want, zo vindt hij, 'eigenlijk zouden alle artsen iets van *global health* moeten weten. Het leert ze beseffen hoe bevoorrecht ze hier zijn en hoe ze met andere culturen moeten omgaan. Daar heeft iedere arts baat bij. Dat maakt ze bovendien bescheiden.'

In de bachelorfase van de geneeskundestudie in Groningen kunnen studenten sinds september vorig jaar kiezen uit vier profielen die elk ongeveer 30 procent van het curriculum uitmaken, de resterende 70 procent wordt besteed aan het basiscurriculum. De profielen zijn: *molecular medicine*, intramurale zorg (specialistische zorg zoals die in het ziekenhuis wordt gegeven), duurzame zorg (de patiënt in zijn of haar sociale omgeving) en *global health*.

'DE HOOGLERAAR DIE STAAT VOOR TE KAUWEN UIT EEN BOEK IS TOTAAL UIT DE TIJD'

Molecular medicine en *global health* worden volledig in het Engels gedoceerd. Hogerzeil: 'Kortweg kies je dus tussen nadruk op het molecuul, de ziekte, de patiënt of de wereld. Daarbij geldt: vanaf dag één krijgen alle studenten met patiënten te maken. De medische basiskennis zoeken ze zelf uit; de hoogleraar die staat voor te kauwen uit een boek is totaal uit de tijd. Er zijn geen hoorcolleges meer. Studenten komen op de universiteit voor verdieping van de stof.'

Hoe is het onderwijs in global health georganiseerd?

'Studenten werken in kleine groepen waarin thema's aan de orde komen als armoede, mensenrechten, gezondheidsfinanciering, internationale epidemieën zoals malaria, tbc en hiv, *safe motherhood*, *non-communicable diseases*, tropische kindergeneeskunde, voeding, vaccinaties, humanitaire noodhulp, en essentiële geneesmiddelen. En niet te vergeten veel epidemiologie. Elke student kiest een (ander) land uit een lijst van negentig. Als ze les

krijgen over een bepaald onderwerp – zeg mensenrechten – dan zoeken ze voor hun "eigen" land uit welke mensenrechtenverdragen het heeft ondertekend, wat er in de nationale grondwet staat over mensenrechten, wat ngo's zeggen over de mensenrechtensituatie in het land. Ze zoeken uit welk percentage van de mensen een zorgverzekering heeft, hoe de zorgverzekering is geregeld (als die er al is), welk percentage van het bruto binnenlands product opgaat aan gezondheidszorg. Ze vergelijken dat vervolgens met andere studenten die landen uit dezelfde regio onder hun hoede hebben en maken daarover een "regionale presentatie". Ze moeten elk jaar wetenschappelijke stukken en *abstracts* schrijven. De makers van de tien beste stukken krijgen aan het eind van het jaar een masterclass over hoe ze hun resultaten kunnen presenteren, waarbij verder alle andere studenten aanwezig mogen zijn. Verder organiseren we eenmaal per jaar een symposium met alle drie de jaren bij elkaar. Dan gaat het over onderwerpen als: hoe ga je om met promotie door de farmaceutische industrie, hoe krijg je als clinicus te maken met mensenrechten, hoe ga je om met traditionele, complementaire geneeskunde zoals acupunctuur, voodoo, ayurveda of Chinese geneeskunde. Want met al deze zaken krijg je als dokter op het terrein van *global health* zo goed als zeker te maken.'

Hoe was de belangstelling voor de verschillende profielen?

'Dat was heel aardig verdeeld: 100 studenten kozen voor *molecular medicine*, 125 voor intramurale zorg, 80 voor duurzame zorg, en 125 voor *global health*. Uit eerder onderzoek weet ik dat meer dan 80 procent van de studenten die kozen voor *global health* in de laatste vijf jaar voordat ze naar Groningen kwamen niet had gewoond in het land waar ze waren geboren. Het zijn echte wereldburgers.' Hogerzeil kwam in 2012 naar Groningen om de *global health*-opleiding meer inhoud te geven. Er bestond toen al een International Bachelor of Medicine Groningen (IBMG) waarin hij *global health* een belangrijke plaats gaf. Het *global health*-'profiel' bestaat in die zin dus al wat langer dan de overige drie, en de eerste lichting IBMG-studenten is nu bezig met de coschappen. Hogerzeil: 'Wat zij gaan doen weet ik nog niet. Maar studies uit Engeland, waar ze tien jaar op ons voorlopen, geven wel aanwijzingen. 17 procent kwam terecht in *public health*, 11 procent werd kinderarts, ruim de helft had op moment van ondervragen al in het buitenland gepraktiseerd, anderen waren van plan te gaan werken voor hulporganisaties en ngo's.'

U heeft zich een groot deel van uw loopbaan bij de WHO beziggehouden met de beschikbaarheid van basismedicijnen waarmee de meest voorkomende ziekten zijn te behandelen: de zogeheten 'essentiële medicijnen'.

Uw proefschrift uit 1984 ging erover. Waar staan we nu na dertig jaar?

'Vroeger was het probleem hoe je basale medicijnen als penicilline of aspirine bij mensen in arme landen en

landen met een middeninkomen moest krijgen. Dat is beter geworden, maar voor 2 miljard mensen is het niet-temin nog steeds een probleem. We zien bijvoorbeeld dat nieuwe essentiële geneesmiddelen vaak duur zijn. Neem de nieuwe antivirale middelen tegen hepatitis C, die anderhalf jaar geleden zijn geregistreerd. Ze betekenen een drastische verbetering. Maar dat doosje met 84 pillen, dat een patiënt twaalf weken moeten slikken, kost wel 84.000 dollar. De fabrikant zegt: dit is goedkoper dan een levertransplantatie, die kost 90.000 dollar. Maar het merendeel van de patiënten leeft in middeninkomenlanden, zoals Mexico, Thailand, Egypte, Brazilië. Daar is het onbetaalbaar.' Met andere woorden *essential medicines* zijn, volgens Hogerzeil, nog steeds even hard nodig als dertig jaar geleden, maar op een andere manier. 'Kijk naar de opkomst van niet-besmettelijke ziekten zoals overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten: 80 tot 90 procent van de sterfte aan deze ziekten vind je nu in de ontwikkelingslanden.'

'JE MOET IDEALISME COMBINEREN MET OPPORTUNISME'

Dat heeft zijn weerslag op het soort medicijnen dat nodig is; en die moeten vaak levenslang worden gebruikt. The Lancet heeft een commissie ingesteld, waarvan ik één van de drie voorzitters ben, die gaat inventariseren wat de grootste problemen zijn op het gebied van essentiële medicijnen. We rapporteren volgend voorjaar. Ik hoop dat het rapport vooral ngo's, activisten en jonge mensen munitie geeft en motiveert om zich te blijven inzetten voor *global health*-kwesties. Er is daarom ook een jeugdcommissie ingesteld die zich hiermee zal bezighouden.'

Moet je eigenlijk niet vooral een politicus zijn bij een organisatie als de WHO?

'Wie bij de VN werkt, blijft alleen overeind als hij een idealist is. Als je dat niet bent, word je doodongelukkig. En dat betekent ook: geloven in het goede van de mensen. Ik ben nooit cynisch geworden. Ik weet het: regeringen zijn soms slecht en corrupt, maar er zijn altijd goede mensen in een land. Die moet je steunen. Je moet idealisme daarom combineren met opportunisme: dat wil zeggen constant openstaan voor het goede moment. Dat heb ik van politici geleerd.' *Als*



Hans Hogerzeil

Hans Hogerzeil (1951) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Hij werkte na zijn afstuderen als missie-arts voor de protestantse kerk vierenhalf jaar in een Ghanese ziekenhuis. Daar ontwikkelde hij zich tot een expert op het gebied van essentiële medicijnen, een onderwerp waarop hij in 1984 promoveerde. Geneesmiddelen heten 'essentieel' – en staan als zodanig op een lijst opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) – als ze onontbeerlijk zijn om de medische noden van een meerderheid van de bevolking te lenigen. Ze moeten daarom steeds in voldoende hoeveelheid aanwezig zijn, in bruikbare vorm en voor een maatschappelijk haalbare prijs. In 1985 trad Hogerzeil in dienst van de WHO. Aanvankelijk vanuit Alexandrië en later vanuit het hoofdkantoor in Genève adviseerde hij meer dan veertig ontwikkelingslanden, met name in Afrika en Azië, op het gebied van geneesmiddelenbeleid en essentiële medicijnen. Van 2008 tot 2011 was hij directeur *Essential Medicines and Pharmaceutical Policies* bij de WHO. In 2012 werd hij hoogleraar *global health* in Groningen, maar hij doet ook nog steeds werk voor de WHO.