



Centrum voor  
**Ethiek** en  
Gezondheid

---

# Wat mogen *we vragen?*

---

10<sup>e</sup> Els Borst Lezing | 20 jaar CEG





Centrum voor  
**Ethiek** en  
**Gezondheid**

#### Colofon

Het CEG is een samenwerkingsverband  
tussen de Gezondheidsraad en de  
Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

*Ontwerp:* Studio Duel  
*Druk:* Xerox Communicatie Services  
*Fotografie:* Marcel Antonisse  
(p.4 foto Els Borst)  
Arenda Oomen  
(p.21 foto Ernst Kuipers)

*Uitgave:* 2023

*ISBN:* 978-90-5732-334-8

*Disclaimer:* Bij de lezingen geldt de uitgesproken tekst.

## Wat mogen *we* vragen?

10<sup>e</sup> Els Borst Lezing | 20 jaar CEG



### **Over de Els Borst Lezing**

De Els Borst Lezing is in 2013 ingesteld ter gelegenheid van het tienjarig jubileum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het CEG signaleert en informeert over nieuwe en actuele ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek, die van belang zijn voor overheidsbeleid. De lezing is vernoemd naar Els Borst, die als voormalig minister van VWS aan de wieg stond van het CEG. Els Borst-Eilers (1932-2014) heeft tijdens haar carrière veel aandacht besteed aan diverse ethische thema's. We zullen haar blijven herinneren om wat zij heeft betekend voor de gezondheidszorg en de ethiek.

# Ethiek met beleid.

## *Twintig jaar Centrum voor Ethiek en Gezondheid*

---

*Alies Struijs\**

*Naar wie gaat het laatste IC-bed tijdens een pandemie? Kunnen we zorg overlaten aan algoritmes, robots en sensoren? Wat is eigenlijk goede zorg? En wat mogen we vragen van onze overheid? De afgelopen twee decennia heeft het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) een belangrijke rol gespeeld in het signaleren van en informeren over ethische aspecten binnen de gezondheidszorg. In deze tekst verkennen we de oorsprong en evolutie van het CEG, met speciale nadruk op de rol van de overheid bij complexe ethische vraagstukken. We bespreken een aantal hoofdthema's die het CEG heeft aangepakt en schetsen hoe deze thema's nog steeds relevant zijn in het hedendaagse gezondheidsbeleid. Daarnaast werpen we een blik op de personen achter het CEG en op de invloedrijke personen die hebben bijgedragen aan het ethische discours, en we belichten de impact van ethische vraagstukken op beleidsvorming. In losse kaders zetten we enkele projecten uit de afgelopen 20 jaar nog eens extra in het zonnetje.*

---

### **Inleiding**

Binnen de gezondheidszorg spelen ethische vraagstukken een cruciale rol. De overheid, en meer specifiek de regering, wordt regelmatig gevraagd om over deze vraagstukken beleidsstandpunten in te nemen. De complexiteit van deze vraagstukken en de verdeeldheid van meningen over mogelijke antwoorden maken het voor de overheid vaak lastig om een positie in te nemen. Daarnaast zien we dat de rol van de overheid rond ethische vraagstukken de laatste decennia is veranderd. Waar de overheid vroeger zelf morele normen stelde, vervult ze nu een regulerende en procedurele functie, mede gebaseerd op collectieve waarden en economische overwegingen, en regelt ze via wetgeving een zorgvuldige besluitvormingsprocedure. Ze stelt nu de verantwoordelijkheid van de burger en de arts centraal, bijvoorbeeld bij abortus, en voert discussie over de financiering van middelen, zoals de vraag of anticonceptie uit de collectieve middelen vergoed moet worden of voor eigen rekening is. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) vervult een signalerende rol in deze regulerende functie van de overheid; het heeft als missie om nieuwe en actuele ethische vraagstukken te signaleren op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek, die van belang zijn voor overheidsbeleid. Het CEG informeert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – gevraagd en ongevraagd – hierover, in de vorm van een rapport, een zogenoemd 'signalement'. Het CEG is in 2003 opgericht door de toenmalige minister van Volksgezondheid Els Borst. In deze bijdrage een impressie van het CEG in de afgelopen twintig jaar.

---

\* Met dank aan Ingrid Geesink



*Dolly (1997) was een schaap, het eerste zoogdier dat succesvol gekloond was uit een volwassen cel.*

### Waarom een Centrum voor Ethiek en Gezondheid?

In 1997 was Dolly in het nieuws: haar geboorte bracht wereldwijd een schok teweeg. Dolly was een schaap, het eerste zoogdier dat succesvol gekloond was uit een volwassen cel. Haar verschijning bracht met veel publiciteit een debat over (nieuwe) ethische vragen voor overheidsbeleid op gang. Is het ethisch verantwoord om dieren te klonen? En wat als deze technologie ook gebruikt kan worden voor het klonen van mensen – mag dat dan ook? En zo nee, waarom eigenlijk niet? Die vragen over de technische maakbaarheid van leven en de ethische grenzen van de biomedische wetenschap, op zich niet nieuw, fungeerden destijds als een trigger voor minister Borst. Dolly doordrong de minister van de noodzaak om nieuwe ontwikkelingen op medisch-ethisch terrein van nabij te blijven volgen, om zo tijdig te kunnen reageren op (nieuwe) ontwikkelingen met ethische implicaties voor beleid in gezondheid en zorg. Ze verzocht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, de voorganger van de huidige Raad voor Volksgezondheid & Samenleving) om advies over de vraag hoe ethiek en beleid structureel met elkaar te verbinden.

---

**“De voortgang van de medische wetenschap biedt vaak ongekende mogelijkheden, die tevens *ethische dilemma’s oproepen*. Om dit soort vraagstukken fundamenteel te bestuderen wordt volgend jaar een centrum voor ethiek en gezondheidsbeleid opgericht.”**

---

## Ethiek met beleid

De RVZ adviseerde in *Ethiek met beleid* (1999) om een kenniscentrum ethiek en gezondheid in te stellen dat actuele en beleidsrelevante ethische vraagstukken over gezondheidszorg en biomedisch onderzoek signaleert en de minister, het parlement en andere belanghebbende partijen daarover informeert. Minister Els Borst schreef hierover aan de Tweede Kamer: "Wat mij voor ogen staat is een centrum waar informatie over de verschillende ontwikkelingen wordt verzameld, van waaruit signalen over (nieuwe) medisch-ethische ontwikkelingen aan het ministerie worden gegeven en dat daarnaast goed toegankelijk is voor organisaties en zorgaanbieders."<sup>1</sup> Het kabinet nam dit advies over en op Prinsjesdag 2001 maakte Koningin Beatrix in de Troonrede het volgende bekend:

*"De voortgang van de medische wetenschap biedt vaak ongekende mogelijkheden, die tevens ethische dilemma's oproepen. Om dit soort vraagstukken fundamenteel te bestuderen wordt volgend jaar een centrum voor ethiek en gezondheidsbeleid opgericht."*

Het CEG kreeg de vorm van een samenwerkingsverband tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Die twee Raden waren gezamenlijk verantwoordelijk voor het CEG. Het CEG kon de onderscheiden expertise van beide raden benutten. De Gezondheidsraad heeft vanaf zijn ontstaan in 1902 ethische aspecten in zijn advisering betrokken. In 1977 werd dat explicieter met de instelling van de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht, de voorloper van de huidige Commissie Ethiek en Recht. Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), evenals zijn opvolger de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS), heeft vanaf de oprichting een ethicus in de raad gehad. In aanvulling daarop kwam er het CEG met een specifieke focus op ethiek en gezondheid.



Cover: *Ethiek met beleid* (1999)

## Founding mothers

Minister Borst was destijds een van de *founding mothers* van het CEG. Degene die de minister daarin bijstond en een doorslaggevende rol heeft gespeeld bij de ontwikkeling van het Centrum, is Inez de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek aan het Erasmus MC. Inez de Beaufort was destijds lid van zowel de Gezondheidsraad als van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Haar expertise, bestuurlijke ervaring en omvangrijke internationale netwerk, in combinatie met haar gave om mensen te motiveren tot samenwerken en haar onvermoeibare inzet, waren cruciaal bij de opbouw en uitbouw van het CEG; zij geldt volgens betrokkenen als CEG's tweede *founding mother*. Uiteraard werd Inez daarin met raad en daad bijgestaan door andere ethici die als extern adviseur, raadslid, stafid of opvolger bij het Centrum betrokken waren, met name de hoogleraren Govert den Hartogh, Maartje Schermer en Dick Willems.



*De founding mothers, Els Borst en Inez de Beaufort*

1. Kamerstuk 27 400 XVI - Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2001



## Opening

Els Borst was als eregast aanwezig toen het CEG in 2003 officieel werd geopend. Stevig doorvragend leidde zij tijdens het openings-symposium een socratisch gesprek met vooraanstaande ethici, onder meer over de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van mensverbetering, en over de veranderende verhouding in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Bij de viering van het tienjarig bestaan op 10 oktober 2013 was Els Borst ook aanwezig. De eerste Els Borst Lezing werd die dag uitgesproken door Inez de Beaufort. Op de vraag aan Els Borst of haar visie op de zorg in de loop der jaren was veranderd, benadrukte zij dat ze geleerd had om steeds meer door de bril van de patiënt te kijken, en ze bepleitte het patiëntperspectief steviger mee te wegen in beleidsadviezen voor gezondheid en zorg.

## Wat doet het CEG?

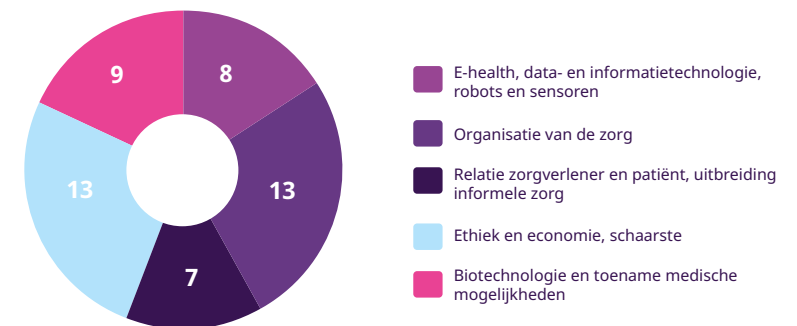
Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid heeft als taak het signaleren van en informeren over nieuwe en actuele ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedische technologie, die van belang zijn voor overheidsbeleid.

Dit 'signaleren' is de hoofdtaak van het CEG. Het gaat daarbij om nieuwe en/of actuele ontwikkelingen waarvan de impact en het vervolg nog niet altijd bekend of te voorspellen zijn: signaleren betekent er zo vroeg mogelijk bij zijn. Met een interdisciplinaire CEG-commissie en een vaardige staf signaleert het CEG waar ethische vragen rijzen, en brengt deze met een gedegen analyse in kaart. Het kan gaan om vraagstukken in de gezondheidszorg, van micro tot macro, of om vraagstukken in (biomedisch) onderzoek, zoals nieuwe mogelijkheden die zich (wellicht) aandienen. Het CEG richt zijn blik zowel op de huidige praktijk als op de toekomst. Het houdt daarbij steeds zijn missie voor ogen – het gaat om vraagstukken die van belang zijn voor overheidsbeleid.

## Welke thema's?

Het keuzeproces van thema's voor signalering is flexibel en weloverwogen, maar niet altijd voorspelbaar. Het begint met voelsprietten uitsteken en ethische antennes activeren tijdens gesprekken met onderzoekers, leidinggevenden, beroeps- en patiëntenorganisaties en collega's in andere landen, en door informatie op te pikken uit de media en vaktijdschriften. Soms attenderen toevallige voorbijgangers het CEG op ethische vragen uit de praktijk. Op dit moment zijn de thema's in het werkprogramma: 'Mens & technologie', 'Digitale zorg', 'Toekomstbestendige zorgpraktijk' en 'Gezondheid van ons allemaal'.

Het CEG heeft de vrijheid om op basis van trends en ontwikkelingen te kiezen waarover het op dat moment een signaal afgeeft. Een signaleringsonderwerp: is ethisch én complex (vereist een ethische analyse); raakt aan gezondheid(zorg) of biomedische technologie; is nieuw of actueel (een disruptieve of sluimerende ontwikkeling); heeft maatschappelijke impact; en is van belang voor het overheidsbeleid en de maatschappij.



## Vijf rode draden

Zijn er bepaalde hoofdthema's of rode draden te zien in de thema's die het CEG op de kaart heeft gezet? Terugkijkend zien we autonomie, kwaliteit en rechtvaardigheid in verschillende betekenissen in alle signalementen terugkomen. In de signalementen van de eerste twintig jaar kwamen vijf rode draden naar voren, die alle vijf nog steeds actueel zijn en die ook in het CEG-Werkprogramma voor de komende periode doorlopen.



De eerste rode draad omvat de signalementen rond e-health, data- en informatietechnologie en het gebruik van robots en sensoren. De tweede rode draad betreft de organisatie van de zorg. De veranderende relatie tussen zorgverlener en patiënt en de uitbreiding van informele zorg is de derde rode draad. De vierde draad vormen de signalementen die de spanning tussen ethische en economische grenzen adresseren, zoals schaarste van zorg en personeel. En de vijfde omvat de signalementen over biotechnologische ontwikkelingen en de toename van medische mogelijkheden, soms voor niet-medische doelen. Het gaat dan om ontwikkelingen in voortplantingstechnologie en de maakbaarheid van mens en leven: van cosmetische chirurgie tot het invriezen van eicellen. En daarmee zijn we weer terug bij Dolly en het ontstaan van het CEG.

---

**Over de auteur: *Dr. Alies Struijs***

Dr. Alies Struijs is zelfstandig adviseur en onderzoeker ethiek en gezondheid. Tot najaar 2022 was ze senior beleidsmedewerker ethiek bij de directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS. Tussen 2001 en 2017 vervulde ze de rol van coördinator van het CEG, dat onderdeel vormde van de RVZ/RVS. Bij de RVZ/RVS was ze vanaf 1999 senior-adviseur ethiek.

---

**“Naar wie gaat het laatste  
IC-bed tijdens een pandemie?  
Kunnen we *zorg overlaten aan  
algoritmes, robots en sensoren?*  
Wat is eigenlijk goede zorg?  
En wat mogen we vragen van  
onze overheid?”**

---

## Een greep uit 20 jaar CEG

### 2004 – CEG-signalement:

#### *Economisering van zorg en beroepsethiek*

Dit signalement behandelt het thema dat dit jaar ook centraal staat in het CEG-jubileumsymposium: ‘Wat mogen we vragen? De ethische aspecten van schaarste’. Ethiek en economie gaan hand in hand in de zorg. Werken aan gezondheidszorg van goede kwaliteit, die betaalbaar en toegankelijk is voor ieder die het nodig heeft, betekent economische keuzes met ethische implicaties en ethische keuzes met economische implicaties. De uitdaging is misschien nog wel groter dan in 2004, omdat een groot deel van de huidige schaarste in de zorg niet langer met ‘meer geld’ kan worden opgelost. In de komende jaren zullen er simpelweg onvoldoende mensen zijn om alle zorgtaken te verrichten.

### 2007 – CEG-signalement:

#### *Financiële stimulering van orgaandonatie*

Aanleiding voor dit signalement vormde De Grote Donorshow, een tv-programma waarin een ongeneeslijk zieke vrouw zou kiezen aan welke patiënt ze haar nier zou doneren. De actualiteit dwong het CEG snel te handelen: in twee zomermaanden lag het signalement op tafel. Het haalde de voorpagina van de zaterdagkrant. Kort daarna volgde de CEG-Argumentenwijzer, waarin de voors en tegens van de verschillende donorregistratiesystemen overzichtelijk en toegankelijk geordend waren. Deze wijzer vormde belangrijke input voor het debat over orgaandonatie in 2008. Overigens werd tijdens het tv-programma onthuld dat de vrouw een actrice was en dat ze niet ziek was. De slimme makers slaagden erin om het onderwerp in dikke letters op de – politieke – agenda te krijgen.

### 2009 – CEG-signalement:

#### *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*

Ter voorbereiding van dit signalement sprak het CEG met meer dan honderd verpleegkundigen en verzorgenden. Terugkerend thema in de gesprekken was de vraag hoe goede zorg te geven bij financiële en personele schaarste. Volg je dan je professionele maatstaven of houd je je aan de te krap geïndiceerde zorg? Een dilemma dat nog steeds actueel is. Uitwisseling van good practices bood aanknopingspunten voor een andere aanpak van de zorg. Dit signalement kreeg veel aandacht in de media, in de Tweede Kamer en bij het ministerie. Het is nog steeds een veel gelezen signalement op de CEG-website.

### 2012 – CEG-signalement:

#### *Rechtvaardige selectie bij een pandemie*

Dit signalement is een mooi voorbeeld van de vooruitziende blik die het CEG vanuit zijn opdracht moet hebben. Want pas acht jaar later, bij de corona-pandemie, zou dit signalement een grote rol gaan spelen bij de ethische discussie over het draaiboek bij crisisfase 3, ‘code zwart’. Daarbij ging het om de vraag wie in geval van schaarste in aanmerking komt voor het laatste IC-bed wanneer medische criteria daarover geen duidelijkheid bieden. Gaan jongeren dan bijvoorbeeld voor op ouderen, omdat zij nog een heel leven voor zich hebben? De crisis van dat moment gaf dit signalement een bijzondere en beladen functie. Het signalement illustreert ook het belang om een dergelijk thema tijdig en in alle rust met de betrokken partijen te beschouwen. Regeren is vooruitzien.

### 2016 – NEC-Forum, Den Haag

Een bijzonder evenement was de jaarlijkse terugkerende internationale conferentie van Nationale Ethiek Commissies, die in 2016 in Nederland werd georganiseerd door het CEG. Genodigden uit 28 EU-landen discussieerden met elkaar over actuele medisch-ethische onderwerpen, zoals over de wetenschappelijk doorbraak van dat moment: CRISPR/Cas9. Dit is een techniek die genetische modificatie van de kiembaan makkelijker en sneller mogelijk maakt. Via de kiembaan worden de erfelijke eigenschappen doorgegeven aan het nageslacht. Het zijn nieuwe medische mogelijkheden die, zoals bijna altijd, nieuwe ethische dilemma's opwerpen.

### 2018 – CEG-signalement:

#### *Digitale dokters*

Het signalement *Digitale dokters* agendeerde de toepassingen van kunstmatige intelligentie bij diagnose en keuze voor behandelingen. Het gebruik van deze expertsystemen roept ethische vragen op. Hoe is bijvoorbeeld vast te stellen of een systeem het best mogelijke advies geeft voor een individuele patiënt als de werking van het systeem niet transparant is? En welke (onbedoelde) vooroordelen kunnen bij het schrijven van de code in zo'n systeem sluipen? Het zijn vragen die actueel blijven. Zeker ook rond ChatGPT en andere op AI gebaseerde systemen.



## Schaarste in de zorg: een *ongemak- kelijke waarheid* die kansen biedt

---

### **Ernst Kuipers (Meppel 1959)**

is demissionair Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Van 2013 tot 2022 was hij voorzitter van de raad van bestuur van het Erasmus MC. Tijdens de coronacrisis nam hij als voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg het initiatief voor het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding dat zorg droeg voor de landelijke spreiding van COVID-19-patiënten over de beschikbare IC-bedden.

---

Goedemiddag, Geachte aanwezigen,

Als eerste D66-minister na Els Borst, als eerste vakminister na haar ministerschap ook, is het me een eer om de Els Borst Lezing vandaag uit te mogen spreken. We hebben het over een thema waar de jeugd van Els Borst mee verweven was. We hebben het over schaarste. Geboren in 1932 in Amsterdam, groeide Els op in een tijd van grote tekorten. Eerst was er de grote depressie. Toen kwam de Tweede Wereldoorlog. In de hongerwinter was Els 13 en vel over been. Ze werd ondergebracht bij familie in het dorpje Anna Paulowna. Als één van de weinigen had ze aan de honger in de stad weten te ontsnappen.

De schaarste van toen is van een heel andere orde dan de schaarste van nu. Een gebrek aan voedsel, of een gebrek aan personeel: het is niet met elkaar te vergelijken, maar we moeten er wel een antwoord op vinden. Dat probeer ik in ieder geval voor de zorg. Voor ik daarover het gesprek met u aanga, is het misschien goed om eerst te kijken hoe die zorg aankwam bij waar ze nu is, want de geneeskunde is eigenlijk een jong vakgebied.

Eeuwenlang konden mensen nauwelijks iets als ze ziek werden. Sommige ziekten gingen vanzelf over, andere werden je dood. Wat de uitkomst was, lag - zo geloofde men - in de handen van God. Pas begin 19<sup>e</sup> eeuw, kwam steeds meer het besef dat de mens zélf invloed had op zijn leven. Dat ongelijkheid geen wet van de natuur was, maar door mensen ontstaan. En ongelijkheid was er.

In steden woonden op een steenworp afstand van de met bladgoud gedecoreerde grachten, grote arbeidersgezinnen in armoedige omstandigheden. Vochtige kelders en tochtige zolders waren hun deel. Koken, eten, wassen en slapen gebeurde allemaal in dezelfde kleine ruimte. Een keihard leven. In Amsterdam stierf 1 op de 2 kinderen onder de 5. In Rotterdam overleden in de arme wijken twee keer zoveel pasgeborenen als daar waar de mensen wel geld hadden. Het was dé aanleiding om midden 19<sup>e</sup> eeuw het Sophia Kinderziekenhuis op te richten. Optimisten als Samuel Sarphati of Balzagette zorgden in Amsterdam en Londen dat het vuilnis werd opgehaald, dat riolering werd aangelegd.

Een schonere omgeving was toen het belangrijkste middel om cholera- tyfus- en andere uitbraken een halt toe te roepen. De 19<sup>e</sup> eeuw bracht anesthesie, röntgenfoto's, een toenemend begrip over infectieziekten. De wetenschap kreeg vleugels. Ziekenhuizen schoten als paddenstoelen uit de grond. Vlak voor de geboorte van Els maakte de ontdekking van penicilline de weg vrij voor het behandelen van infecties en infectieziekten, maar de grote depressie van de jaren dertig, en de oorlog in de jaren veertig zetten een stop op die vooruitgang. De levensverwachting nam af, wetenschappelijk onderzoek stagneerde en het duurde even voordat na de Tweede Wereldoorlog weer op gang kwam. In de jaren vijftig, toen Els aan haar co-schappen begon, ronkte het Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde van vooruitgangsgeloof. Een beschrijving van de methode van 'controlled studies', nieuwe ziektebeelden, nieuwe medicijnen.

Mijn moeder heeft een leven lang last gehad van een polio-infectie in haar jeugd. Wat moet het voor haar een geruststelling zijn geweest dat het rijksvaccinatieprogramma mij en mijn broers tegen dat lot beschermde.

Toen ik arts werd, zag ik met eigen ogen hoe hard het ging. CT- en MRI-scanners deden hun intrede. Kijkoperaties zorgden ervoor dat patiënten sneller herstelden en eerder naar huis konden. Vandaag zijn kanker, of ziekten als cystic fibrosis, niet noodzakelijkerwijs meer een doodvonnis. Het zijn gouden tijden. Het geloof in alles wat we kunnen is groot.

Maar tegelijkertijd piept en kraakt het in de zorg. De Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid ziet schaarste in mensen en in middelen<sup>1</sup>. En met middelen denkt de Raad logischerwijs aan geld, maar er is ook een gebrek aan grondstoffen – voor medicijnen, bijvoorbeeld. Die schaarste kan voor levensgevaarlijke situaties zorgen. We dragen niet voor niets flink bij aan een nieuwe kernreactor in Petten. Daarmee kunnen isotopen worden geproduceerd die nodig zijn voor het behandelen van hart- en vaatziekten en bepaalde soorten kanker. Maar het grootste probleem voor

1. Kiezen voor houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid.

de zorg is toch vooral het tekort aan mensen. De reden is simpel: de naoorlogse geboortegolf zorgt er nu voor dat de samenleving verhoudingsgewijs veel ouderen en weinig werkenden telt. De arbeidsmarkt staat onder hoogspanning. 1 Op de 6 mensen werkt nu in de zorg. Als we die op deze manier blijven organiseren, loopt dat op naar 1 op de 4 in 2040. Die mensen zijn er helemaal niet, ze zijn er nu al niet. Als ze er wel waren, dan zou de zorg als een koekoeksjong sectoren zoals het onderwijs of de klimaattransitie uit het nest duwen.

Schaarste dus, die invloed heeft op onze zorg én op onze gezondheid. Inschrijven bij een tandarts, of een huisarts kan lang niet altijd. Heb je geestelijke gezondheidszorg nodig, dan kan het wel een jaar, soms drie jaar duren voor je überhaupt een eerste intake hebt. Goed dus, dat het CEG dit thema koos voor deze lezing. Politiek ging altijd al over het verdelen van schaarste en daarmee over ethiek. Hoe groter de schaarste, hoe prangender ook de ethische vraag hoe we de tekorten eerlijk verdelen. En hoe we tegelijkertijd de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg garanderen, zodat iedereen de zorg krijgt die hij nodig heeft. Het CEG heeft ons in Code Rood niet voor niets opgeroepen te bedenken welke keuzes in tijden van schaarste rechtvaardig zijn.

Het antwoord op al die vragen ligt in meer samenwerking en minder concurrentie. U heeft misschien gehoord over het integraal zorgakkoord. Een reeks afspraken, tussen alle partijen uit de zorg – en daarbuiten – bedoeld om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg overeind te houden in tijden van schaarste. We hebben met elkaar afgesproken om te gaan samenwerken in netwerken. Dat is in Nederland een noviteit, want in de zorg was het tot nog toe vaak ieder voor zich. Daarnaast zijn we hier van oudsher gewend dat alle zorg op een steenworp afstand ligt. Voor elk probleem een plekje bij de huisarts. De spoedeisende hulp vlakbij. Dat klinkt heel veilig, maar het huidige systeem zorgt vooral voor schijnveiligheid, want de mensen zijn er niet meer om elke SEH met voldoende goed opgeleid personeel te bemannen. Een spoedpost in elke stad is ook niet nodig, want ambulances zijn inmiddels bijna rijdende SEH's en niet alleen zij kunnen meer. Specialisten kunnen ook meer, maar hoe geavanceerder een behandeling, hoe kleiner de kans dat je eigen behandelaar die volgens de laatste stand der wetenschap

---

## Goede toegankelijke zorg, vraagt dus om meer zorg thuis, en meer autonomie, van iedereen die het in zich heeft zelfredzaam te zijn.

---

kan bieden. Als specialisten in netwerken samenwerken, dan bestrijken ze met elkaar wel het hele vakgebied. Daarnaast helpen digitale toepassingen ook bij het leveren van goede zorg. Soms denken mensen dat ze een huisarts nodig hebben, maar kunnen ze ook een antwoord op hun vragen vinden bij [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl). Een digitale medicijndispenser geeft een cliënt vrijheid, omdat die een seintje geeft wanneer welk medicijn moet worden ingenomen. Alles wat we zelf kunnen doen, geeft ruimte aan professionals om zorg te verlenen die we niet zelf kunnen doen. En dan hoge kwaliteit te leveren.

Goede toegankelijke zorg, vraagt dus om meer zorg thuis, en meer autonomie, van iedereen die het in zich heeft zelfredzaam te zijn.

Als we blijven doen wat we deden, krijgen we steeds minder van wat we kregen en dat is voor u en voor mij misschien niet zo erg. Ik vermoed dat u net als ik gezond leeft, een fijne woning heeft en genoeg vrienden om u heen. Dat beschermt al tegen veel kwalen. Als u toch ziek wordt, dan heeft u waarschijnlijk een netwerk dat kan helpen om er voor te zorgen dat u de beste behandeling voor uw kwaal krijgt. Tegelijkertijd is er ook een grote groep mensen voor wie dat niet geldt. Mensen die bij geboorte al 10-0 achterstaan, omdat ze in een gezin worden geboren waar veel stress is, soms gerookt wordt, gezonde voeding niet voorhanden is. Mensen die in de stad net een kamer zonder keuken kunnen betalen, en hun kinderen dus elke dag afhaalmaaltijden te eten geven.<sup>2</sup> Mensen zonder netwerk en zonder geld. Hoe vinden zij de weg? Ziehier een van de oorzaken van de gezondheidskloof.

2. Hoe armoede en woningnood kinderen dikker maken: 'Bijna elke avond kapsalon eten omdat je een kamer huurt zonder keuken' ([parool.nl](https://www.parool.nl))

De plek waar je wieg staat bepaalt steeds meer hoe je oude dag eruit ziet. Net als de kleur van je huid, je geslacht of de opleiding die je deed. Ik vertelde net dat het Sophia Kinderziekenhuis werd opgericht omdat er in de arme wijken van Rotterdam twee keer zoveel kinderen rond de geboorte stierven, als in de rijke wijken. Dat verschil is inmiddels verdubbeld. In 2023. Ook het verschil in gezonde levensjaren wordt steeds groter. Mensen met een lagere of middelbare opleiding hebben als ze ouder worden veel vaker last van chronische aandoeningen als astma, copd, contacteczeem, of artrose. Hun kans op overgewicht is groter<sup>3</sup> en dat overgewicht veroorzaakt ook weer chronische aandoeningen, zoals diabetes type II.

Gezondheid is dus een schaars goed, maar betekent dat ook dat ongelijkheid een gegeven is? Ik vind van niet. Het is aan ons om gezondheidsverschillen terug te dringen. En dat betekent dus dat we ziekten als diabetes type II, of hart- en vaatziekten niet alleen moeten behandelen. We moeten ze vooral zien te voorkomen. Zorg die we niet hóeven te bieden, kan ook niet oneerlijk verdeeld worden en gelukkig kunnen heel veel mensen daarbij helpen. Die taak is niet weggelegd voor zorgmedewerkers alleen.

Een aantal jaar geleden zagen artsen in Kopenhagen dat het aantal mensen met morbide obesitas en diabetes type II in de wijk Tingbjerg veel harder steeg dan in de rest van de stad<sup>4</sup>. Tjingbjerg is een stadsdeel met veel verouderde, slecht geïsoleerde woningen, en elkaar rivaliserende jeugdbendes. Nu zijn artsen gewend te medicaliseren – ik kan het weten, maar hier deden ze iets verfrissends: ze zochten contact met woningbouwverenigingen, welzijnsorganisaties, buurthuizen, kinderdagverblijven. Samen startten ze een vijfentwintig jaar durend programma om gezondheidsverschillen terug te dringen. Woningen werden opgeknapt. Schuldulptrajecten opgestart. In overleg met de bewoners werden volkstuinen aangelegd, waar vooral de vrouwen uit de wijk de tuin bewerken. Vrouwen die anders dagenlang hun huis niet uit kwamen. Een restaurant uit de buurt levert zaaigoed

3. Cijfers en feiten gezondheidsverschillen | Loketgezondleven.nl

4. Tingbjerg Changing Diabetes: a protocol for a long-term Supersetting initiative to promote health and prevent type 2 diabetes among people living in an ethnically and socioeconomically diverse neighbourhood in Copenhagen, Denmark | BMJ Open

en neemt de oogst af. Helpt inwoners met recepten voor gezonde maaltijden. De cijfers voor diabetes type II en morbide obesitas stabiliseerden. De verwachting is dat ze de komende jaren zullen dalen. Gezondheidswinst op komst, zonder dat er ook maar één witte jas aan te pas is gekomen. Maar wel winst die vraagt om een lange adem.

Willen we de gezondheidsverschillen verkleinen, dan vraagt het om de bereidheid oplossingen te zoeken buiten de spreekkamer, om gezondheid als onderdeel van al ons beleid zien. In de manier waarop wijken ingericht worden, bijvoorbeeld, helpt het als het bewoners makkelijk wordt gemaakt te bewegen. Met niet alleen klimtoestellen voor kinderen, maar ook een trapveldje voor pubers. Met meer veilige fietspaden en minder ruimte voor vervuilende auto's. Van VWS vraagt het om de toegang tot schaarse zorg eerlijker te verdelen.

Misschien denkt u nu: waarom niet meer geld of meer marktwerking? We hoeven maar naar de VS te kijken om te zien dat dat niet automatisch leidt tot meer toegang. Daar is de zorg zo duur dat mensen zonder zorgverzekering vaak lang wachten om hulp te vragen. Te lang, soms. Volledige bepaald en betaald door de overheid dan, zoals in Engeland? Daar zitten voordelen aan, maar we zien ook dat het systeem nu zo slecht functioneert dat mensen met geld hun zorg buiten de National Health Service inkopen. Wie dat niet kan, moet lang – soms te lang – wachten. Dat is verschrikkelijk voor de mensen die het treft, maar ook voor de bevolking in zijn geheel, constateren economen in The New York Times. Is de zorg in een land niet op orde, dan heeft dat zijn weerslag op de economie. In het Verenigd Koninkrijk vallen oudere werknemers vaker ziek uit, dan in andere landen met ontwikkelde economieën.<sup>5</sup> Dat verband leggen economen in de VS, maar ook hier.<sup>6</sup>

Het zet een streep onder wat we allemaal weten. De zorg staat niet op zichzelf. Net zo min als de gezondheid van een individu op zichzelf staat. Gezondheid en zorg zijn niet primair kostenposten. Ze zijn een waarde, een pijler onder onze maatschappij. Daarom

5. Opinion | Why Is British Inflation so High? - The New York Times (nytimes.com)

6. Elke maand extra ggz-wachttijd verkleint de kans op een baan – en dat kost de samenleving veel geld - NRC



---

## Philip Morris, Chemours, Tata Steel – al decennia verspreiden ze giftige stoffen onder onze bevolking. De kankeratlas laat ons zien wat de gevolgen daarvan zijn.

---

kunnen we niet blijven toekijken hoe de gezondheidsverschillen steeds groter worden. Daar mogen we wat mij betreft best wat radicaler over gaan denken en niet alleen kijken naar hoe we gedrag kunnen veranderen, maar ook stelliger zijn als het gaat om het oppakken van de rekening. Als we het over het milieu hebben, vinden we het de normaalste zaak dat de vervuiler betaalt. Waarom betalen de vervuilers van onze volksgezondheid niet ook mee aan de schade die ze aanrichten? Philip Morris, Chemours, Tata Steel – al decennia verspreiden ze giftige stoffen onder onze bevolking. De kankeratlas laat ons zien wat de gevolgen daarvan zijn. En McDonalds, Haribo en Coca-Cola weten heel goed dat hun producten ongezond zijn. Wat mij betreft gaan al deze bedrijven meer belasting betalen dan ze nu doen. Want op dit moment worden mensen onnodig ziek en onze samenleving betaalt een lieve duit aan zorg die voorkomen had kunnen worden. Het lijkt me niet meer dan fair dat de bedrijven die bijgedragen hebben aan het creëren van die kosten, ook bijdragen aan de dekking ervan.

Zelf moeten we natuurlijk ook blijven werken aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Dat is een uitdaging, maar ik ben optimistisch. Als ik zie wat we allemaal kunnen, welke vooruitgang we elke dag opnieuw boeken: in de wetenschap, in de manier waarop we met elkaar samenwerken, in de wil om er met elkaar uit te komen en schaarste ons niet te laten beknotten, maar juist boven onszelf uit te laten stijgen, dan kan ik niet anders dan concluderen dat het gaat lukken om de verschillen in gezondheid terug te dringen. Om de zorg meer te zien als een kans en minder als een kostenpost.

Wat zou het mooi zijn als we over twintig jaar kunnen zeggen dat niet alleen de overlevingskans na kanker is gestegen, maar het ook is gelukt om alle kinderen rookvrij te laten opgroeien. We hebben het goed gedaan als in 2040 niet meer, maar veel minder dan de helft van de Nederlanders overgewicht heeft. Als tegen die tijd gezond eten voor iedereen de norm is en driekwart van de mensen dagelijks voldoende beweegt. En als het ons is gelukt om tegen die tijd een zorgsysteem te hebben dat goede zorg levert en toegankelijk is voor iedereen, maar dat vraagt wel om inzet van ons allemaal. Het vraagt om de bereidheid om over grenzen heen te werken, in en buiten de zorg. De bereidheid om soms verder te reizen, omdat je weet dat de zorg er niet alleen voor jou, maar voor iedereen beter op wordt. Het vraagt om de acceptatie dat zorg op een andere manier geleverd wordt. En het vraagt om uithoudingsvermogen, want het bouwen van een gezonde samenleving waarin goede zorg de norm is, is als het beklimmen van een hoge berg. Als je tien stappen hebt gezet, lijkt het landschap nauwelijks veranderd, en lijkt het doel verder weg dan ooit. Pas als je bent waar je wilt zijn, kun je terugkijken en zeggen: we hebben echt wat bereikt! En dus moeten we samen door. De schaarste eerlijker verdelen. Als dat lukt, hebben we een blijvende invloed op de gezondheid van onze kinderen, onze kleinkinderen en ook op die van hun kinderen.

Dank u wel.



# Wat is nodig voor een eerlijk gesprek over schaarste in de zorg?

**Ingrid Robeyns\*** (Leuven 1972)

is hoogleraar Ethiek van Instituten aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht. Haar onderzoek richt zich op verdelingsvraagstukken in de politieke filosofie, alsook op de interdisciplinaire vraag welke instituties en welk beleid bijdragen aan een betere samenleving. In haar VICI project 'Visions for the Future' zal ze op systematische wijze bestaande voorstellen voor een betere samenleving evalueren, en op zoek gaan naar nieuwe of hybride voorstellen. De voorbije jaren onderzocht ze argumenten voor en tegen economisch limitarisme: het begrenzen van rijkdom met een vermogensgrens. Dit najaar verschijnt haar boek *Limitarisme*. Pleidooi tegen extreme rijkdom, bij De Bezige Bij.

\* Voor commentaar op een conceptversie van deze tekst dank ik Maurits de Jongh, Jos Philips, Roland Pierik, Naomi van Steenberg en Marcel Verweij. Deze publicatie kwam mede tot stand dankzij onderzoekfinanciering van NWO voor het VICI-project 'Visions for the Future' (VI.C.211.038).



Volgens verschillende instanties is het Nederlandse zorgstelsel niet toekomstbestendig. De huidige groei van de vraag naar zorg is op termijn onhoudbaar. Er is steeds meer mogelijk in de zorg dankzij de ontwikkeling van dure nieuwe technologie, behandelmethodes en medicijnen. Daarnaast blijft de zorgvraag stijgen door de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en de gevolgen van zogenoemde ‘welvaartsziekten’, waaronder overgewicht. Het gevolg is dat de totale overheidsuitgaven aan zorg, die al jaren stijgen, de komende jaren nog sterk gaan toenemen.

Volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) is het niet zomaar mogelijk om meer mensen en middelen in te zetten, omdat dit tot veel hogere zorgkosten zou leiden, via stijgende premies, belastingen of eigen bijdragen. En het zou arbeidskrachten onttrekken aan andere sectoren en andere overheidsuitgaven verdringen – zoals voor het onderwijs, klimaatbeleid of armoedebestrijdingsbeleid. Daarom concludeert de WRR: “Samenleving, politiek en bestuurders moeten zich [...] voorbereiden op een tijdperk waarin schaarste in de zorg onontkoombaar is en een steeds grotere rol gaat spelen.”<sup>A</sup> De overheid en de instituties die verantwoordelijk zijn voor het zorgstelsel zijn begonnen met het uitwerken van ‘passende zorg’. Dit wordt omschreven als een lerende beweging die het antwoord moet bieden op de vraag hoe de zorg toekomstbestendig te maken.<sup>B</sup>

De enige manier om deze crisis te vermijden, is door nu keuzes te maken en de zorg anders te gaan organiseren, zo stellen de overheid en zorginstanties. In deze lezing wil ik de vraag stellen wat nodig is om het maatschappelijke gesprek over deze noodzakelijke keuzes op een eerlijke manier te laten verlopen. Met andere woorden: op een manier die ethisch verantwoord is. Welke inzichten en gezichtspunten mogen niet ontbreken, zodat het gesprek over de toekomst van de zorg echt democratisch en geïnformeerd is, en alle relevante gezichtspunten aan bod komen en meegewogen kunnen worden? En welke vragen moeten er gesteld worden?<sup>1</sup>

1. Gegeven de beperkte lengte van de lezing kan de ethische en politiek-filosofische analyse die ik hier uitwerk niet volledig zijn. Er valt ongetwijfeld meer te zeggen over wat we nodig hebben voor een eerlijk en goed gesprek over de toekomst van de zorg dan ik hier kan schetsen.

---

## Welke inzichten en gezichtspunten mogen niet ontbreken, zodat het gesprek over de toekomst van de zorg echt democratisch en geïnformeerd is.

---

### Schaarste, natuurlijke behoeften en dynamische behoeften

Het beeld dat geschetst wordt, is er een van *toenemende schaarste*. Schaarste is een situatie waarin er te weinig middelen beschikbaar zijn om onze behoeften te bevredigen. Welke wetenschappelijke inzichten uit de ethiek en aanverwante gebieden zijn er om na te denken over schaarste, en in het bijzonder over de vraag hoe om te gaan met schaarste?

We kunnen onderscheid maken tussen twee vormen van behoeften. In het Engels hebben we daarvoor de termen *wants* en *needs* – waar helaas geen eenduidige Nederlandse vertaling voor bestaat. Ik volg daarom de terminologie die Rutger Claassen hanteert in zijn boek *Het Eeuwig Tekort. Een Filosofie van Schaarste*.<sup>C</sup> Daarin maakt Claassen onderscheid tussen natuurlijke en dynamische behoeften. *Natuurlijke behoeften* zijn behoeften die voor elke mens min of meer hetzelfde zijn. Natuurlijke behoeften gaan over wat we nodig hebben om te overleven en een minimaal goed leven te leiden. Zaken zoals gezonde voeding, zinvolle arbeid, goede gezondheidszorg, veiligheid, vriendschap, sociale steun, enzovoort. De natuurlijke behoeften van de mens vloeien voort uit zijn aard en zijn begrensd in aantal.

*Dynamische behoeften* ontwikkelen zich steeds verder: door maatschappelijke processen ontstaan er aldoor nieuwe behoeften. Als we onze behoeften als dynamische behoeften begrijpen, dan zal er altijd schaarste zijn.<sup>D</sup> Dynamische behoeften zijn inherent aan het kapitalisme, omdat de creatie van nieuwe behoeften nodig is om het vermogen van ondernemers en investeerders te laten groeien. Daarnaast worden dynamische behoeften veroorzaakt door onze drang naar sociale status. Hetgeen we als behoeften ervaren hangt daardoor deels af van wat anderen doen en hebben.

## Schaarste verminderen door dynamische behoeften te remmen

Als schaarste zowel kan slaan op natuurlijke behoeften als op dynamische behoeften, hoe kunnen we dan het probleem van schaarste aanpakken?

In theorie kunnen we schaarste verminderen door de mate waarin dynamische behoeften gedreven worden door sociale status te beperken. Meer en betere goederen of diensten willen vanwege de sociale status die dat oplevert, mondt uit in een uitzichtloze negatieve spiraal. Om dit aan te pakken, moeten we afstappen van de maatschappelijke focus op competitie en vergelijkingen. Ook zullen we reële ongelijkheden tussen mensen moeten reduceren. Dat is niet eenvoudig, omdat deze dynamieken inherent zijn aan het moderne kapitalisme, en omdat de ontwikkeling van die behoeften enorm is versterkt door de ICT-revolutie. Het zou zeker helpen als mensen zich niet constant opgejaagd voelen om meer en beter te presteren, en als ze rolmodellen zien die genoeg nemen met *genoeg* en niet steeds méér willen. In ons huidige maatschappijmodel is competitie belangrijk. Niet alleen in de commerciële markt, maar ook in wat we nog steeds 'de publieke sector' noemen. In een samenleving waarin competitie bepaalt waaraan behoefte is en wat er wordt gemaakt, en de markt een deel van de publieke sector heeft overgenomen, moeten we niet verbaasd zijn dat schaarste aan goederen die we nodig hebben voor het bevredigen van onze dynamische behoeften, een permanente conditie is.

Een groot deel van de discussie over schaarste in de ethiek, de politieke filosofie en aanverwante disciplines gaat over deze dynamische behoeften. Men gaat op zoek naar strategieën om het ontstaan van steeds nieuwe behoeften een halt toe te roepen. Maar mij lijkt heel weinig daarvan van toepassing op de vraag over schaarste in de zorg. Want als het over zorg gaat, zijn de belangrijkste behoeften fysieke en mentale gezondheid, of, in het geval van langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten, hun algemene kwaliteit van leven. Dat zijn geen dynamische behoeften; dat zijn natuurlijke behoeften. En die kun je niet zomaar een halt toe roepen.

## Schaarste in de zorg

De toename van schaarste in de zorg bestaat uit meerdere componenten. Ten eerste de vergrijzing. Daarbij gaat het om een toename van natuurlijke behoeften, zoals fysiek verzorgd worden, erkend worden als mens, voldoende sociale interactie hebben, enzovoort. Je kunt andere woonvormen of strategieën bedenken om die behoeften te vervullen zonder dat het veel geld kost, maar de behoeften zelf zitten in de aard van de mens en zijn daarom robuust.

Een andere toename van schaarste ontstaat door innovaties in de zorgtechnologie. Er zijn steeds meer en betere behandelmethodes mogelijk. Denk aan nieuwe medicijnen tegen kanker of de peperdure medicijnen tegen zeldzame ziektes. De schaarste ontstaat hier niet door het ontstaan van nieuwe dynamische behoeften, maar doordat er nieuwe middelen gecreëerd worden die een antwoord zijn op natuurlijke behoeften, namelijk de behoefte aan overleven. In theorie is deze schaarste te verminderen door te voorkomen dat deze middelen ontstaan, maar dat zou moreel laakbaar zijn en bovendien praktisch onmogelijk; we kunnen deze technologische ontwikkelingen niet tegenhouden. Dus voor deze behandelmethodes is het vraagstuk dat schaarste oproept onvermijdbaar. Wel is de vraag of we de ontwikkeling van deze medicijnen en technologieën aan de markt moeten overlaten. De enorme winstmarges in de farmaceutische industrie zouden op zijn minst de vraag moeten oproepen of de private markt dit goedkoper en doelmatiger doet dan wanneer publiek gefinancierde wetenschappers deze medicijnen zouden ontwikkelen.<sup>2</sup>

De zorg draait om drie belangrijke behoeften: fysieke gezondheid, mentale gezondheid en algemene kwaliteit van leven voor mensen met een beperking, breed gedefinieerd. Naast medicijnen en behandelmethodes zijn er twee andere hulpbronnen voor deze behoeften: professionele zorg en informele zorg, die we in Nederland mantelzorg noemen. Door de vergrijzing zal het aantal zorgprofessionals in verhouding tot de vraag afnemen en daarom zal de schaarste toenemen. En door de ontgroening neemt de

2. In de VS zijn de winstmarges van grote farmaceutische bedrijven 13,8% vergeleken met 7,7% voor niet-farmaceutische bedrijven. Zie <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054843/>.

## De overheid heeft de voorbije decennia in de publieke sector een top-down model gehanteerd.

beschikbaarheid aan mantelzorgers ten opzichte van de vraag ook af. De schaarste in de zorg is dus wel degelijk reëel, en kan niet opgelost worden door enkel op een andere manier naar schaarste en de onderliggende behoeften te kijken of door de behoeften met beleid af te remmen, zoals we bij dynamische behoeften wel kunnen proberen.

### Ethische reflectie vanuit politiek en sociaal oogpunt

Als het klopt dat de zorg vooral gaat over natuurlijke behoeften, en als de schaarste aan middelen voor het vervullen van deze groeiende behoeften in de toekomst alleen maar gaat toenemen, wat zijn dan de belangrijkste ethische en politiek-filosofische aandachtspunten voor het debat over de toekomst van de zorg?

Ten eerste is er de vraag hoe we het aantal zorgprofessionals op peil houden zonder verdringingseffecten in andere sectoren te veroorzaken. Het is cruciaal om uitval in de sector en ook verkwisting van geld, door bijvoorbeeld het inhuren van zorgprofessionals via dure uitzendbureaus, te minimaliseren. Gegeven de signalen uit die sector lijkt het van het allergrootste belang om de zorgprofessionals *zelf* te betrekken bij de vraag hoe dit te realiseren. De overheid heeft de voorbije decennia in de publieke sector een top-down model gehanteerd, waarbij in de eerste plaats managers en bestuurskundigen aan zet zijn en niet altijd de professionals zelf.<sup>E</sup> We moeten professionals in de zorg, net als in de rest van de publieke en semipublieke sector, veel meer serieus nemen als kennispartners die kunnen aangeven wat er moet veranderen en hoe dat kan gebeuren. Er is maatschappelijke winst te behalen door mensen op de werkvloer zelf serieus te nemen als partijen die het beleid mee kunnen ontwikkelen. Er zijn organisaties, zoals de Stichting Beroepseer, die hier al jaren op hameren.<sup>3</sup> Kan de

3. Zie <https://beroepseer.nl/>

overheid echt vernieuwen, ook als dat zou betekenen dat we het neoliberale model dat we de voorbije 40 jaar hebben uitgerold in de publieke sector vaarwel moeten zeggen? Kan dit met managers en bestuurders die opgeleid zijn in het *new public management* denken, en die vertrekken vanuit het mens- en maatschappijbeeld en de waarden die onder het neoliberale model liggen?

Ten tweede roept 'passende zorg' dezelfde vragen over mantelzorg op die we in het debat over de participatiesamenleving hebben gezien. Beleidsmakers benadrukken dat het belangrijk is dat de formele zorg, waarin geld en personeel omgaat, ontlast wordt doordat er meer informele zorg verleend wordt. Maar we kennen de risico's: de behoefte aan mantelzorg is zeer ongelijk verdeeld tussen gezinnen. Dat geldt ook voor de mate waarin mensen een netwerk hebben waarbinnen ze beroep kunnen doen op mantelzorg. Er zijn ook ouderen die zelf mantelzorgers zijn, bijvoorbeeld voor hun volwassen kinderen met psychiatrische aandoeningen of fysieke handicaps, en waarbij beide generaties nu al de facto maar beperkt beroep kunnen doen op de overheid. De minister van Langdurige Zorg en Sport stelt dat Nederlanders straks niet meer moeten rekenen op de overheid.<sup>F</sup> Maar hoe stellen we ons dat voor bij families waarbinnen veel meer mensen mantelzorg nodig hebben dan mensen die dat kunnen geven? Bovendien verrichten vrouwen nog steeds veel meer mantelzorg dan mannen. Als het omdenken van de zorg betekent dat we als Nederlanders meer gaan zorgen voor elkaar, dan wel graag op een faire manier waarbij mantelzorgers niet opbranden en op een manier die er rekening mee houdt dat vrouwen nog steeds vaker te maken hebben met verwachtingen om te zorgen dan mannen.<sup>4,G</sup>

Bovendien moeten we ook hier het bredere plaatje voor ogen houden, want de overheid zegt dat we meer zelf zullen moeten zorgen, maar wil ook dat deeltijdwerkers meer gaan werken. De vraag over de toekomst van het zorgstelsel en hoe we in de toekomst zorg gaan leveren zonder roofofbouw te plegen op andere sectoren, moet daarom maatschappelijk besproken worden in het

4. De overheid kan die gender-gerelateerde verwachtingen en normen proberen te doorbreken door er bij pasgeboren kinderen van uit te gaan dat beide ouders zorgverlof zullen opnemen, waardoor de impliciete onderhandelingspositie van vrouwen binnen heterostellen versterkt wordt (Gheaus en Robeyns, 2011).



---

## Daardoor zet de overheid haar eigen geloofwaardigheid op het spel als ze zegt dat er schaarste is aan financiële middelen voor de zorg.

---

kader van de grotere vraag hoe de samenleving van de toekomst eruitziet. De laatste jaren horen we vaker de roep om een maatschappelijke discussie over het sociaal contract van de toekomst. Het combineren van arbeid en zorg, waarbij we de verschillen tussen mensen en gezinnen steeds voor ogen houden, moet daarbij een centraal uitgangspunt worden.

Daarnaast moeten we ons verhouden tot de kritiek dat de overheid altijd kan kiezen waaraan ze geld uitgeeft en altijd kan beslissen de belastingen te verhogen. Volgens deze kritiek is er niet echt sprake van schaarste, want we kunnen gewoon meer geld in de zorg pompen. Er zijn maatschappelijke eisen voor meer overheidsbudget waarbij deze kritiek mij terecht lijkt. Maar de gerapporteerde verwachte stijging van het budget voor de zorg is dermate groot, dat het probleem niet te reduceren valt tot het verhogen van belastingen.

Dat neemt niet weg dat we de voorbije decennia een grote verandering hebben gezien in de verhouding tussen privaat en publiek vermogen. Als we het over schaarste hebben, moeten we het ook over verdeling hebben – zowel de verdeling van de schaarste zelf als de verdeling van de bijdragen aan het oplossen van die schaarste. Wie over schaarste praat, moet ook de vraag stellen hoe zich dat verhoudt tot economische ongelijkheid. De voorbije decennia zagen we een terugtrekkende beweging van de overheid, die haar taken steeds meer liet uitvoeren door privépartijen en die de belastingen voor de meestverdienende en vermogende medeburgers aanzienlijk heeft verlaagd. De gevolgen zijn een armere en minder daadkrachtige overheid en meer economische ongelijkheid tussen burgers.<sup>H</sup>

Vragen over economische ongelijkheid zijn op twee manieren relevant voor het debat over de toekomst van de zorg. Een overheid die belastingen verlaagt, bijvoorbeeld door ze minder progressief te maken en meer ontwijkroutes toe te laten, ontvangt minder belastinginkomsten die gebruikt kunnen worden voor, bijvoorbeeld, de zorg.<sup>5</sup> Daarnaast moeten we beseffen dat veel mensen de overheid ervaren als één geheel – er is voor hen één Nederlandse overheid die gaat over alle publieke voorzieningen en over het fiscale stelsel. De overheid die ons nu oproept om scherpe keuzes te maken in de zorg is dezelfde overheid die weigert € 30 miljard aan fossiele subsidies af te bouwen,<sup>I</sup> die de wildgroei en het vermoedelijke misbruik van stichtingen (ANBI's) niet voldoende controleert,<sup>J</sup> enzovoort. Daardoor zet de overheid haar eigen geloofwaardigheid op het spel als ze zegt dat er schaarste is aan financiële middelen voor de zorg – die middelen bestaan immers voor een groot deel uit belastinginkomsten. Mij lijkt dat als aan burgers wordt gevraagd om na te denken over de zorgparagraaf van het Nederlandse sociaal contract, dat die burgers terecht kunnen zeggen dat ze het ook over andere zaken willen hebben waarbij de overheid geld verspilt of geld dat haar toekomst niet int.

De uitdagingen om het zorgstelsel toekomstbestendig te maken zijn significant. Maar de vraag is of de oplossing te vinden is binnen de neoliberale manier van denken – waarbij kostenbeheersing centraal staat in plaats van te vertrekken vanuit de vraag welk soort samenleving voor de mens het beste is, waarbij de overheid de professionals te vaak wantrouwt waardoor ze heel veel tijd kwijt zijn aan administratie en verantwoording, en waarbij de overheid burgers behandelt als consumenten aan wie zo doelmatig mogelijk diensten worden verleend. Mijn visie is dat het neoliberale sociaal contract op de schop moet, en dat de vraag hoe we de zorg in de toekomst organiseren alleen maar beantwoord kan worden binnen de grotere vraag naar dat post-neoliberale sociaal contract.

5. De overheid faciliteert op allerlei manieren de mogelijkheden van de meest vermogenden om nog meer vermogen te vergaren, bijvoorbeeld door sluiproutes in het belastingstelsel toe te laten (denk aan het misbruik van de Bedrijfsopvolgingsregeling (BOR) in de erfbelasting waardoor vermogenden veel minder erfbelasting betalen). Of door als Nederland een faciliterende rol te spelen in het zogenoemde *profitshifting*, een fiscale tactiek waardoor grote internationale ondernemingen nauwelijks winstbelasting betalen.

## Conclusie

Samenvattend lijkt mij dat het eerlijke gesprek over schaarste in de zorg twee dingen vergt. Ten eerste moeten we schaarste serieus nemen. Een aanzienlijk deel van de behoeften die zullen toenemen, zijn namelijk natuurlijke behoeften, en de gerapporteerde verwachte stijging in de vraag naar zorg (zowel in tijd als geld) is enorm. Ten tweede moeten we het gesprek over schaarste niet reduceren tot een technocratische discussie waarbij onze normatieve keuzes en ons maatschappijbeeld niet uitgesproken worden. Het gaat daarbij ook over hoe de aanpak van de schaarste in de zorg zich verhoudt tot alle andere onderdelen van ons sociaal contract die een beroep doen op dezelfde schaarse middelen. Met andere woorden, ik pleit ervoor om het gesprek over de toekomst van de zorg te plaatsen binnen de grotere, zeer urgente vraag naar een alomvattende visie op het sociaal contract voor de toekomst in Nederland.

## Referenties

- A. WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, p. 14.
- B. <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg>
- C. Claassen, R. (2004). Het eeuwig tekort. Een filosofie van de schaarste. Amsterdam: Ambo | Anthos.
- D. Ibid, pp. 34-44.
- E. Zie ook de analyse in Tjeenk Willink, H. (2023). Het tij tegen. De democratische rechtsorde als fundament. Amsterdam: Prometheus.
- F. Palm, T. & W. Scholten (2023). 'Zorgminister Conny Helder: Mensen moeten meer zelf gaan doen.' In: Trouw, 3 juli 2023. <https://www.trouw.nl/politiek/zorgminister-conny-helder-mensen-moeten-meer-zelf-gaan-doen-bf7410a2/>
- G. Gheaus, A. & I. Robeyns (2011). 'Equality-promoting Parental Leave'. In: Journal of Social Philosophy, 42(2): pp. 173-191.
- H. Robeyns, I. (2023). Limitarisme. Pleidooi tegen extreme rijkdom. Amsterdam: De Bezige Bij.
- I. Metten, A. (2023), 'Belastingvoordeel voor fossiele brandstoffen nóg veel groter'. In: Me Judice, 23 maart 2023. <https://www.mejudice.nl/artikelen/detail/belastingvoordeel-voor-fossiele-brandstoffen-nog-veel-groter>
- J. Bekkers, R.H.F.P., G.J. van Leijenhorst & A.E.M. Leijten (2022). Toezicht op Algemeen Nut. Rapport van de Commissie ANBI's. Den Haag: Ministerie van Financiën.

---

**“Mijn visie is dat *het neoliberale sociaal contract op de schop moet*, en dat de vraag hoe we de zorg in de toekomst organiseren alleen maar beantwoord kan worden binnen de grotere vraag naar dat *post-neoliberale sociaal contract*.”**

---



## *Een wereld te winnen*

---

### **Teun Toebes (Best 1999)**

strijdt al jaren voor een betere wereld voor mensen met dementie, omdat hij vindt dat ieder mens recht heeft op de best mogelijke levensstandaard, ongeacht leeftijd of diagnose. Als verpleeghuisbewoner op de gesloten afdeling ervaart hij al bijna drie jaar waarom deze verandering zo hard nodig is en daarom besloot Teun zijn missie kracht bij te zetten door over onze grenzen heen te kijken. Om antwoorden te vinden over hoe we de toekomst mooier en inclusiever kunnen maken, reisde hij de afgelopen jaren de wereld rond voor een internationale documentaire om te zien wat we van andere landen kunnen leren. De film gaat in première tijdens een internationale top met G20-landen in oktober 2023. Tijdens zijn Els Borst lezing zal hij niet alleen ingaan op de nodige verandering en de manier waarop we naar elkaar kijken, maar juist ook op hoopvolle vormen van samenleven.

---



Sommigen van jullie kennen mij. Maar voor de anderen: mijn naam is Teun Toebes, 24 en kerngezond, en ik woon al ruim drie jaar op de gesloten afdeling van een verpleeghuis. Waarom? Nu wordt er nog geluisterd naar wat ik zeg en vind, en kan ik gaan en staan waar ik wil. Maar de kans dat dit in de toekomst niet meer het geval is, is 1 op 5. Daarom besloot ik drie jaar geleden om mijn ouderlijk huis te verruilen voor een verpleeghuis en zo te ervaren hoe wij omgaan met mensen met dementie en wat wij hiervan kunnen leren om de toekomst mooier en inclusiever in te richten voor iedereen die hiermee moet leven.

Als ik één ding heb geleerd, is het dat wij in de gezondheidszorg het woord 'schaarste' compleet verkeerd gebruiken. Hoe durven wij juist dit woord zo vaak in onze mond te nemen voor een verpleeghuiszorgsysteem dat ruim 18 miljard kost, maar waar bijna niemand in wil wonen? Het is precies deze focus op 'meer geld' die onze zorgwereld heeft uitgehold, waarbij dementie verworden is tot een sociale dood en het verpleeghuis slechts de wachtkamer is voor het naderende einde. Het enige juiste gebruik van het woord 'schaarste' is mijns inziens waar het over het gebrek aan menselijkheid gaat. Of zoals ik het vaker noem: de armoede van onze welvaart.

In deze drie jaar dat ik op de gesloten afdeling woon, hoor ik bijna niets anders dan: "We hebben te weinig geld", of: "Dat kan niet, want we hebben te weinig personeel, Teun." Kortom, schaarste als excuus voor het ontbreken van goede zorg. Als ik dan zeg: "Het grootste probleem is niet schaarste of gebrek aan middelen of personeel, maar onze eigen cultuur", dan kijken mensen me aan alsof ze water zien branden. Door de jaren heen ben ik steeds beter gaan begrijpen waaróm.

Hoewel ik keer op keer benadruk dat de boodschap van mijn eerste boek, *VerpleegThuis*, geen aanval is op de zorg of zorgverleners, krijg ik dit toch vaak terug van 'de vloer'. "Dus jij vindt dat wij het verkeerd doen? Jij zegt nog steeds dat het niet goed genoeg is, terwijl wij zo ons best doen? Weet je wel hoe hard wij werken?"... Het lijkt alsof de meesten van mijn collega-zorgverleners na het eerste punt van kritiek op het systeem de conclusie trekken: "Zie je wel? Wij doen het weer niet goed!" En dat ze in dat verzet de

---

## Het grootste probleem is niet schaarste of gebrek aan middelen of personeel, maar onze eigen cultuur.

---

boodschap niet meekrijgen. Tijdens het schrijven van mijn eerste boek heb ik zo vaak expliciet gesteld dat de oorzaak van ons falende systeem zeker niet alleen ligt bij de mensen die er nu werken, maar dat zij wel een groot deel van de oplossing vormen. Juist omdat zij de drijvende kracht achter ons zorgsysteem zijn, kunnen zij ook de koers onmiddellijk veranderen.

Waarom zijn wij dan toch zo bang voor kritiek op datzelfde systeem waar bijna niemand van ons in wil wonen? Dat is toch de wereld op z'n kop? Mensen in de zorg zouden toch juist op de banken moeten staan om verandering te brengen in een systeem waarin zij zich zo vaak moedeloos voortbewegen? Juist hen gun ik zoveel meer... Maar ik begrijp steeds beter waar deze basishouding vandaan komt. Decennialang roept men in de zorg dat alle problemen komen door te weinig geld en personeel. Ofwel: "Wij doen alles goed, zij – de politiek – doen het fout." In principe een comfortabele gedachte, want deze problemen liggen volledig buiten je macht als zorgverlener. Laat dit een jaartje of wat sudderen aan koffietafels, in MDO's (Multi Disciplinaire Overleggen) en MT's (managementteams), en de ideologische gifbeker van "wij doen niks verkeerd" is gevuld.

Het is dan ook niet makkelijk om dan te worden geconfronteerd met een 'betweterige snotneus' die vloekt in de 'wij-kerk' door te zeggen dat het niet aan het tekort aan geld of mensen ligt, maar aan hoe wij het systeem hebben ingericht. Ineens is het geen vijand meer van buitenaf, maar zijn wij onderdeel van het probleem dat wij als samenleving zelf hebben gecreëerd, en dat we daarmee ook zelf kunnen oplossen. Dat deze gedachtegang nieuw was, typeerde zich doordat – net als mijn vakgenoten – ook de media erg moesten wennen aan een boek dat niet tegen de klassieke 'geld'-vijand vocht, maar tegen de erfenis van de ideeën van onze verzorgingsstaat. Afleren blijkt, net als bij mijn officiële eerste rijles, ook nu moeilijker dan aanleren.

## Dit is de gesloten deur 2.0, die sociaal wordt goedgepraat door meer ruimte te bieden aan bewoners, maar feitelijk het probleem verplaatst.

Precies bij deze focusverschuiving van het verzorgen van de mens naar de zorg voor de mens wringt de schoen het meest. We zijn zo getraind om het juiste te doen als iemand goed wordt verzorgd, dat we ons tot op het bot uitgedaagd voelen als die gedachte wordt weerlegd. Vaak hoor ik dan: "Wij kunnen toch niet zomaar de protocollen laten varen? Wie draagt de verantwoordelijkheid als er iets gebeurt? En wat als de familie niet akkoord is?" Allemaal mooie vragen die ons leiden naar de kern van verpleeghuiszorg, namelijk kwaliteit van leven in plaats van kwantiteit. Als we dat écht gaan inzien en hiernaar handelen, denk ik dat het niet meer zal voelen als persoonlijk falen om anders te kijken, maar meer als collectieve winst. Ik weet namelijk zeker dat het zal leiden tot blijere familieleden, zorgverleners en mensen met dementie. Wie wil dat nou niet?

Een treffend voorbeeld dat de schaarste van het huidige systeem illustreert en waartegen ik mij al tijden verzet, is de gesloten deur. Het makkelijkste wat we kunnen doen in een samenleving die zichzelf inclusief noemt, is mensen collectief opsluiten. Dan hoeven we namelijk nooit te bedenken: wat is er in deze specifieke situatie en context mogelijk voor een zo goed mogelijk leven?

Veel organisaties lijken de mogelijkheid van open deuren wel te willen onderzoeken, maar commerciële partijen lijken er baat bij te hebben om alles bij het oude te laten en verpakken dit zo slim mogelijk. Vanuit commercieel oogpunt niet gek, want aan enkel het model 'vrijheid' valt niets te verdienen, dus daarom 'veilige vrijheid'. Door het sentiment van gevaar uit te buiten en daar met behulp van moderne technologie slim op in te spelen, creëren ze de schijn van vrijheid, maar betaal je in werkelijkheid voor duurbetaalde veiligheid. Waar heb je het over, Teun? Leefcirkels, lieve mensen. De

officiële uitleg daarvan klinkt als volgt: "Een 'leefcirkel' is een zorg-technologie voor mensen met dementie. Een bewoner draagt een tag bij zich, die zijn bewegingsruimte 'op maat' inregelt. Sommige deuren gaan voor de bewoner open, andere blijven gesloten." Dit is de gesloten deur 2.0, die sociaal wordt goedgepraat door meer ruimte te bieden aan bewoners, maar feitelijk het probleem verplaatst. En het prijskaartje van dit systeem, dat mijn huisgenoot Wil treffend "de moderne enkelband van mensen met dementie" noemt, bedraagt bij ons in het verpleeghuis een kleine 200.000 euro. Twee ton voor dezelfde deur als die even verderop net zo gesloten blijft. Wie houden wij hier voor de gek? En hoe werkt het?

### De praktijk werkt als volgt.

Alsnog staan mijn huisgenoten voor de deur te wachten en zien ze dat de één wel naar 'buiten' mag en de ander niet. Leg dat maar eens uit! Sommige mensen die wel door mogen, staan vervolgens op de volgende deur te kloppen, omdat ze niet begrijpen waarom de ene deur wel opengaat en de andere niet. "Ik mocht toch naar buiten?" De enkeling die wel verder mag lopen, wordt met een soort *track and trace* continu in de gaten gehouden door de zorgverleners, die het al te druk hadden met alle andere (soms vanuit de cultuur zelf gecreëerde) formaliteiten. Kortom, nog steeds geen vrijheid voor de bewoners, een extra controlemechanisme en daarmee nog meer druk op nog duurder zorg. Dat klinkt als precies het tegenovergestelde van wat wij willen bereiken. Echte verandering bereiken we daarom alleen als we niet met nieuwe producten hetzelfde systeem in stand houden. Om echte oplossingen te creëren, moeten wij andere gesprekken durven voeren. En accepteren dat het verpleeghuis geen vogelkooi is waarin wij iedereen veilig opsluiten, maar een echt huis waar ook dingen kunnen en mogen gebeuren, net als thuis.

Om de kwaliteit van leven van mijn huisgenoten en anderen met dementie te verbeteren, besloot ik mijn missie naar een hoger plan te tillen. Samen met goede vriend en filmmaker Jonathan de Jong reisde ik de wereld over om te zien hoe er in andere landen met dementie wordt omgegaan en wat we hiervan kunnen leren. Want ook in de zorg geldt: eerst zien, dan geloven. En lieve mensen, geloof me, het komt goed.

Ik hoop wel dat jullie de tijd hebben, want de afgelopen drie jaar zijn we dwars door vier continenten en elf landen gereisd, dus toen ik hoorde dat ik 2500 woorden had voor deze lezing, schrok ik wel een beetje. Ik zit nu al op ongeveer 1600, dus dat wordt een beknopte samenvatting over een land dat veel schaarste kent, maar dat voor mij een van de rijkste voorbeelden van samenleven en daarmee van goede zorg is: Moldavië.

### Daar gaat 'ie.

De republiek Moldavië ligt in Oost-Europa en grenst in het westen aan Roemenië en in het noorden, oosten en zuiden aan Oekraïne. Moldavië behoorde tot 1991 tot de Sovjet-Unie. De sporen daarvan zijn vandaag de dag nog levendig aanwezig in het straatbeeld. Overall zie je grote grijze flats uit de tijd dat de Sovjet-Unie werd geleid door Chroesjtsjov en vierkante meters belangrijker waren dan architectonische vormgeving. Maar zodra je verder het centrum van de hoofdstad Chisinau inrijdt, word je overweldigd door imposante gebouwen in de stijl van het Brutalisme, waarbij je geen twee keer hoeft na te denken waarom deze stijl deze naam heeft gekregen. Het zijn kolossale massieve betonnen gebouwen met geometrische vormen die meer weg hebben van monumenten uit de toekomst dan uit het verleden. Hoewel deze mooie bouwwerken wellicht anders doen vermoeden, is Moldavië veruit het armste land van Europa en regelt de overheid niets op het gebied van dementie. Juist daarom wilden we hier graag naartoe, want in ons land wordt meer geld dus altijd gezien als dé oplossing voor betere zorg. Is dat ook zo? En zien ze dat hier ook zo?

Op de een na laatste dag van ons bezoek aan dit land – twee dagen voor de inval van Rusland in buurland Oekraïne – rijden wij naar een psychiatrisch ziekenhuis vlak bij het afvallige deel Transnistrië. Via een kronkelweg door een donker bos komen we bij een huis dat op een oude school lijkt. Aan de buitenkant zijn kooien waarin mensen staan te luchten. Als ik dichterbij kom, zie ik meteen dat de mannen en vrouwen op verschillende etages zijn ondergebracht. De meesten van hen zwaaien vriendelijk naar mij voordat ik door een grote deur naar binnen ga. Het zijn beelden die mij meer aan een gevangenis doen denken en me weinig hoopvol stemmen over deze plek.

Boven word ik opgevangen door een kleine man met een snor en de bekende witte jas. “Dag Teun, ik ben Gheorghe, directeur en hoofdarts van dit psychiatrische ziekenhuis”, zegt hij alleraardigst, terwijl hij de sleutel omdraait van een houten deur met veel glas. “Kom erin, dan stel ik je voor aan onze mensen.” Met een liefelijk handgebaar laat hij mij voorgaan naar de sectie, waar alle ogen op mij gericht zijn. Overal hoor ik gegiechel. Ik ga aan een willekeurige tafel zitten om te kijken of ik contact kan maken. Vrouwen van allerlei leeftijden en met sterk uiteenlopende voorkomens slurpen uit tinnen soepkommen. Tegenover me zit een mooie oude vrouw met een rode hoofddoek en een blauwwit gestreepte jurk waarover een parelketting met kruis hangt. Haar helderblauwe ogen kijken mij gemoedelijk aan, terwijl zij eet. Ze laat zich niet afleiden van haar soep. Naast haar zit een jonge vrouw met flinke baardgroei en zonder gebit, die mij zonder gêne bestudeert. “Hoi”, klinkt het schuin achter mij. Ik draai mijn hoofd en zie een nog jonger gezicht met een grappig bloempotkapsel, waardoor ik niet meteen kan zien of het van een jongen of meisje is. “Mijn naam is Teun, hoe heet jij?” vraag ik vriendelijk. Zij lacht, en ook bij haar zie ik dat de meeste tanden verdwenen zijn. Zonder aarzeling geeft ze mij een dikke knuffel en zegt: “Ik ben Nathalie. Waar kom jij vandaan?” Ze blijft dicht bij me staan en ik antwoord: “Holland, ken je dat?” Het blijft even stil terwijl ze nadenkend kijkt, en dan schudt ze duidelijk nee. Ook nu gaat het spreekwoord over schapen en een dam op, want tijdens ons praatje hebben zich tien vrouwen om mij heen verzameld. Als Nathalie mij nogmaals omhelst en zegt: “Ik vind je leuk”, vormen alle vrouwen snel een rij. Nathalie wordt vakkundig aan de kant geduwd door de volgende die zich aandient voor een knuffel. Vervuld van geluk sta ik op. Ik stel mij voor en knuffel de volgende in de rij. Ook de laatste dames uit de kamers sluiten aan in de rij. Het ene sprankelende gezicht volgt het andere en ik bespeur een saamhorigheid die ik alleen van mijn familie herken. Mensen slaan armen om elkaar heen en plagende opmerkingen gaan over en weer, die worden opgevolgd door hard gelach. Jongere vrouwen helpen oudere vrouwen met eten, anderen zingen voor elkaar, en mijn nu al grote vriendin Nathalie troost op de gang een vrouw die verdrietig is. “Hoe kan het dat iedereen zo begaan is met elkaar als je in kooien moet luchten, met zijn zessen op een kamer slaapt en amper voorzieningen hebt?” denk ik, terwijl ik afloop op de directeur, die met een grote grijns geniet van wat hij ziet. Hij is zichtbaar trots.

“Ongelofelijk wat ik hier zie”, vertel ik hem. “Ik kan mij geen plek herinneren die vanaf het allereerste begin zo medemenselijk voelt als deze. Wat is je geheim?” Hij lacht, terwijl hij me als laatste van het huis een knuffel geeft. “Zoals je ziet hebben wij niet veel om te laten zien, maar wel veel om te geven. Wij streven ernaar om mensen hier een zo’n mooi mogelijke dag te geven. Of het nou gaat om geborgenheid, lol of soms verdriet, voor alles moet ruimte zijn. Ik zie de mensen ook niet als patiënten, maar ik ga met ze om alsof het mijn eigen kinderen zijn. Ik luister naar ze, geef complimenten, steun ze waar ik kan, maar ik probeer vooral altijd en overal vriendelijk te blijven.” En terwijl ik van de ene in de andere verbazing val, gaat hij verder: “Niemand kiest ervoor om te krijgen waarvoor hij of zij hier komt, maar wij als zorgverleners kunnen wel kiezen hoe wij met ze omgaan. Door ons zo op te stellen, komen mensen hier graag en voelen ze zich veilig. Dat is het doel.” Dan verontschuldigt hij zich omdat hij wordt weggeroepen.

Ik ben beduusd van wat ik net heb gezien en gehoord. Waar ik een paar uur geleden nog gestript van alle hoop binnenkwam, zit ik nu te stralen als nooit tevoren. Hier zie ik met mijn eigen ogen wat ik zo vurig had gehoopt te vinden: dat mensen van verschillende leeftijden en met verschillende aandoeningen het verschil kunnen maken tussen een huis en een thuis. Tussen apathie en empathie. En dat zij niet alleen het verschil kunnen maken in het goede leven van de mensen die erin wonen, maar ook van degenen die erin werken. Want in onze cultuur waarin er alleen over verlies wordt gesproken, is er nog een wereld te winnen.

Dank je wel.

---

**“Ik kan mij geen plek *herinneren* die vanaf het allereerste begin zo *medemenselijk* voelt als deze. *Wat is je geheim?*”**

---

# Els Borst Lezingen tot nu toe:

## 1<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*Kleine ode aan onafhankelijkheid (2013)*

Uitgesproken door Inez de Beaufort, hoogleraar Gezondheidsethiek aan het Erasmus MC, Rotterdam, ter gelegenheid van het tienjarig jubileum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

## 2<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*Bescheiden professies. Over evidence based werken buiten de cure (2014)*

Uitgesproken door Margo Trappenburg, bijzonder hoogleraar Grondslagen van het maatschappelijk werk (vanwege de Marie Kamphuis Stichting) aan de Universiteit voor Humanistiek en hoofddocent bij Bestuurs- en Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht.

## 3<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*De mens achter de moleculen (2015)*

Uitgesproken door Bert Keizer, arts, filosoof en schrijver.

## 4<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*Omwille van de feiten en de democratie (2016)*

Uitgesproken door wetenschapsonderzoeker en emeritus-hoogleraar Trudy Dehue.

## 5<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*Kwaliteit van zorg: wie mag het zeggen? (2017)*

Uitgesproken door Joris Slaets, emeritus-hoogleraar ouderengeneeskunde, directeur van Leyden Academy.

## 6<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*Nieuwe voortplantingstechnologie, nieuwe familievormen, nieuwe ethische vragen? (2018)*

Uitgesproken door Annelien Bredenoord, hoogleraar ethiek biomedische innovatie, rector magnificus van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

## 7<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*De prijs van de vrijheid. Over de positie van sociaal kwetsbare jongeren met beperkte cognitieve vaardigheden in de samenleving. (2019)*

Uitgesproken door Carlo Leget, hoogleraar Zorgethiek en bijzonder hoogleraar Palliatieve zorg aan de Universiteit voor Humanistiek.

## 8<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*Ontwrichte zorg. Over het verlies van publieke waarden in de strijd om betere (digitale) gezondheid. (2020)*

Uitgesproken Tamar Sharon, hoogleraar Wijsgerige ethiek en politieke filosofie aan de Radboud Universiteit.

## 9<sup>e</sup> Els Borst Lezing

*Een vernieuwde verhouding tussen gezondheid van mens, dier en milieu na de coronapandemie. (2022)*

Uitgesproken door dr. Bernice Bovenkerk, universitair hoofddocent dier- en milieu-ethiek bij de Filosofie Groep van Wageningen Universiteit.



20 JAAR

The logo consists of three stylized, overlapping letters: 'C', 'E', and 'G'. Each letter is filled with a gradient from light blue at the top to dark purple at the bottom. The letters are positioned such that the 'E' overlaps the 'C' and the 'G' overlaps the 'E'.