



Publicatieserie Stichting Oud-Katholiek Seminarie

<https://hdl.handle.net/1874/433891>

MENSELIJKE WAARDIGHEID IN DE KLEM?

Quasimodolezing 2015

Ruard Ganzevoort

Met reacties van André Rouvoet, Marieke Ridder en Jan Kimpen

onder redactie van Eva Coster-van Urk en Peter-Ben Smit



UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK UTRECHT



4060 1357

THEOL
11
54.00
A
01
dl 54

Publicatieserie Stichting Oud-Katholiek Seminarie, afl. 54

Amersfoort/Sliedrecht 2016

MERWEBOEK

de menselijke waardigheid in de klem?

De menselijke waardigheid in de klem?

De menselijke waardigheid in de klem?

De menselijke waardigheid in de klem?

De menselijke waardigheid in de klem?

De menselijke waardigheid in de klem?

De menselijke waardigheid in de klem?

De menselijke waardigheid in de klem?

MENSELIJKE WAARDIGHEID IN DE KLEM?

Quasimodolezing 2015

Ruard Ganzevoort

Met reacties van André Rouvoet, Marieke Ridder en Jan Kimpfen

onder redactie van Eva Coster-van Urk en Peter-Ben Smit

Publicatieserie Stichting Oud-Katholiek Seminarie, afl. 54

Amersfoort/Sliedrecht 2016

MERWEBOEK

Afbeelding omslag:

Beeld van Sint Maarten (negentiende-eeuws, kopie van een vijftiende-eeuws beeld uit het Utrechtse Hiëronymusgasthuis), bewaard in de kathedrale kerk van de Sinte Gertrudis, Utrecht.

Foto: Rob Holstvoogd.

Uitgeverij Merweboek
Postbus 217, NL-3360 AE Sliedrecht

(Publicatieserie Stichting Oud-Katholiek Seminarie; nr. 54)

ISBN 978-90-5787-189-4

© 2016 Stichting Oud-Katholiek Seminarie, Amersfoort

All rights reserved. No parts of this publication may be produced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the publisher.

The "Publicatieserie Stichting Oud-Katholiek Seminarie" is published under the responsibility of the staff and members of the Board of Administrators of the Old Catholic Seminary.

INHOUD

Inleiding	
<i>Peter-Ben Smit</i>	7
Quasimodolezing 2015:	
Menselijke waardigheid in de klem?	
<i>Ruard Ganzevoort</i>	9
Eerste respons:	
Het belang van solidariteit	
<i>André Rouvoet</i>	25
Tweede respons:	
De rijkdom van de geestelijke verzorging	
<i>Marieke Ridder</i>	28
Derde respons:	
Geen causaliteit tussen geld en waardigheid	
<i>Jan Kimpen</i>	30
Paneldiscussie	32
Publieksdiscussie	39
Over de auteurs	47

INLEIDING

Peter-Ben Smit

‘Quasimodo’ verwees bij de negende Quasimodolezing zowel naar de inhoud van de lezing als naar het moment in het jaar waarop hij gehouden werd. Op 10 april 2015, de vrijdag voorafgaand aan de eerste zondag van Pasen, sprak de praktisch theoloog en senator Ruard Ganzevoort over ‘Menselijke waardigheid in de knel? De kerk een zorg’ – Victor Hugo’s (en Disney’s) ‘Quasimodo’ is van deze issue een welsprekende belichaming. Op Ganzevoorts lezing, met name op zijn zorgethische inzichten, reageerden sprekers uit de wereld van de zorgverzekering, de geestelijke verzorging en de geneeskunde. Dit waren André Rouvoet (voorzitter Zorgverzekeraars Nederland), pastor Marieke Ridder (oud-katholiek priester en geestelijk verzorger) en Jan Kimpen (op dat moment voorzitter van de raad van bestuur van het Universitair Medisch Centrum Utrecht [UMC Utrecht]). De discussie tussen Ganzevoort, de panelleden en het publiek liet zien hoe belangrijk de menselijke waardigheid in de zorg is, hoe sterk dit thema leeft, hoe groot de betrokkenheid hierbij is, en hoe vruchtbaar een uitwisseling tussen theologische en spirituele inzichten en de wereld van bestuur, beleid en medische zorg kan zijn. De avond werd geleid door Loes Berkhout, geestelijk verzorger in het UMC en oud-katholiek seminarist. Gertjan Arentsen en Piet van der Steen verzorgden met levensliederen, begeleid door accordeon, een toepasselijke muzikale bijdrage. Het centrum ‘In de Driehoek’, een voormalige schuilkerk, bood een gastvrije en inspirerende omgeving. Met name Petra en Henk Hop en hun staf zorgden hiervoor.

Als initiatief van de Oud-Katholieke Kerk van Nederland biedt de Quasimodolezing een platform voor het verkennen van vragen op het snijvlak van kerk en maatschappij. Als zodanig wordt de lezing gedragen door velen, waaronder de voorbereidende commissie, het Metropoolitaan Kapittel van Utrecht en de Haarlemse Bisschopskas. Bij het voorbereiden van deze uitgave was de samenwerking met Kees Bezemer (Merweboek) en Lidwien van Buuren (eindredacteur van de Seminarie-reeks) weer buitengewoon plezierig. Helen Gaasbeek, diaken in de oud-katholieke parochies van Hilversum en Leiden, verzorgde de transcriptie van de responses en de discussies; het mondelinge karakter van deze bijdragen is daarbij behouden gebleven. De redactie ten slotte werd

grotendeels verzorgd door Eva Coster-van Urk in het kader van haar stage in het theologische masterprogramma 'Exploring a Discipline' aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Aan allen hartelijk dank voor de samenwerking.

Op de omslag van deze uitgave is een afbeelding van de Utrechtse stadspatroon Sint Maarten te zien, een negentiende-eeuwse kopie van een vijftiende-eeuws beeld, bewaard in de kathedrale kerk van Sinte Gertrudis in Utrecht. Deze kerk is de opvolger van de voormalige schuilkerk waarin de Quasimodolezing gehouden werd. Dit herinnert ons eraan hoe wezenlijk zorg voor de naaste is en nodigt ons uit daarop in te gaan.

MENSELIJKE WAARDIGHEID IN DE KLEM?

Ruard Ganzevoort

Inleiding

Men moet maar durven. Een jaarlijkse lezing organiseren over de actualiteit van het gedachtegoed van de eigen traditie, inzetten op de relevantie en verstaanbaarheid daarvan en die lezing dan de cryptische naam ‘Quasimodolezing’ geven. De fijnproevers weten natuurlijk direct dat het dan gaat over Zondag Quasimodo, Beloken Pasen waar we met de woorden van 1 Petrus 2,2 – *quasi modo geniti infantes* – als pasgeboren zuigelingen verlangen naar de zuivere melk van het woord, opdat we daardoor groeien en onze redding bereiken.

Schijnbaar toepasselijk voor het onderwerp van dit jaar, menselijke waardigheid in de zorg, is het feit dat zondag Quasimodo door paus Johannes Paulus II in 2000 ook tot Barmhartigheidszondag is uitgeroepen. Dit deed hij op voorspraak van de Poolse zieneres Maria Faustina Kowalska. Zij had gezegd dat Christus haar sinds de jaren dertig verschenen is en zichzelf bekend gemaakt had als de ‘Goddelijke Barmhartigheid’. Het is verleidelijk om Barmhartigheidszondag te koppelen aan de barmhartige Samaritaan, een iconisch model voor veel werkers in de zorg. Maar Kowalska en paus Johannes Paulus dachten toch eerder aan de vergeving van zondaars dan aan de zorg voor zieken.

Maar dat is allemaal voor de fijnproevers. Wie iets minder gepokt en gemazeld is in het kerkelijk jargon, zal bij de naam ‘Quasimodo’ toch eerder denken aan de klokkenluider van de Notre Dame, zeker bij een lezing over zorg en waardigheid. Google maar eens op ‘klokkenluider’ en ‘zorg’, en onmiddellijk komen er artikelen in beeld over mensen die aan de bel trekken over wat er allemaal fout gaat in de zorg. Ben Oude Nijhuis bijvoorbeeld, die de publiciteit zocht over falende zorg in een Haags verpleeghuis. Een verpleeghuis waarin ook de moeder van de staatssecretaris bleek te verblijven. Of Arthur Gottlieb, de klokkenluider binnen de Nederlandse Zorgautoriteit, die pas postuum werd gerehabiliteerd. Ook stuit je op de klokkenluidersregelingen die instellingen en zorgbranches tegenwoordig hebben. Kennelijk is het niet vanzelfsprekend dat mensen en instellingen in de zorg altijd het belang van de zorgontvanger vooropstellen.

Ook de persoon van Quasimodo zelf biedt genoeg aanknopingspunten voor het nadenken over de zorg. In de roman van Victor Hugo ontleent hij zijn naam aan de zondag waarop hij als vondeling voor de deuren van de Notre Dame gevonden wordt. Met zijn medische afwijking – een misvormde hoge rug vanaf zijn linkeroog wegtrekkend tot zijn gebochelde rug – krijgt hij van zijn adoptievader de zorg die hij nodig heeft. Althans gedeeltelijk, want in de jaren dat hij als klokkenluider werkt wordt hij geleidelijk doof. Dit zou de bedrijfsarts ongetwijfeld een arbeidsgerelateerde aandoening noemen. Dat Quasimodo in de kerk een functie krijgt, wil bovendien nog niet zeggen dat hij in sociaal opzicht ook geaccepteerd wordt. Hij blijft grotendeels onttrokken aan het oog en de omstanders beschouwen hem als een monster. Zijn liefde voor Esmeralda blijft onbeantwoord. Ze kan zijn handicap niet verdragen. Sociale onrechtvaardigheid en menselijke wreedheid blijven zijn deel.

Voor de psychische gevolgen daarvan – en die ondervindt deze complexe persoonlijkheid genoeg – zou Quasimodo vandaag de dag een beroep kunnen doen op de ggz. Maar in de ggz zou hij direct te maken krijgen met de politieke vraag of elke psychische aandoening vergoed wordt, of dat daarvoor een duurdere, aanvullende polis nodig is.

De verschillende taalvelden buitelen over elkaar heen als je begint over Quasimodo. Dat is eigenlijk heel passend bij een reflectie op de gezondheidszorg. Dat geldt nog meer als je zoals ik theoloog en politicus bent en dus voortdurend zoekt naar de diepere waarden in, met en onder de gewone praktijk, om het maar eens in woorden uit de lutherse sacramentstheologie te vatten.

Ik benader de vragen rondom de zorg vanuit drie invalshoeken: de relationele, de technologische en de economische invalshoek. Steeds verken ik het kernthema ‘menselijke waardigheid’.

Zorg als relatie

Ik begin met een relationele visie op zorg. Wie zijn oor te luisteren legt in het brede veld dat wij ‘zorg’ noemen, die vindt – met alle onderlinge verschillen van dien – steeds de constante factor dat zorg in de eerste plaats een relationele kwestie is. Zorg is een zorgrelatie. Zeker, de verzorgende in de langdurige zorg beleeft dit sterker dan de patholoog die weefsels onderzoekt, maar in de kern geldt het overal. En ook voor de

patiënt of cliënt is de kwaliteit van de zorgrelatie en de bejegening – hoe kortstondig en technisch ook – van groot belang.

De lovende woorden van patiënten of cliënten gaan natuurlijk over knappe dokters, waarbij men dan waarschijnlijk eerder denkt aan hun vakbekwaamheid dan aan hun uiterlijk. Maar hun woorden gaan vooral ook over lieve verplegenden en zorgzame artsen. Aandacht en omgang zijn fundamenteel voor hoe mensen de zorg waarderen. Of soms nog basaler: een ziekenhuisdirecteur vertelde me eens dat patiënttevredenheid vooral afhangt van een goede koffiecorner en voldoende parkeerplaatsen. En de woonzorgcentra van Humanitas hanteren als praktische en werkzame filosofie dat een goed restaurant en aardige medewerkers leiden tot significant lagere zorgvragen bij de bewoners.

Ik kom straks terug op de vraag wat dit alles betekent voor ons denken over de kwaliteit van de zorg; het is nodig dat we eerst spreken over de zorgrelatie en pas daarna over de zorgverlening. Precies ditzelfde inzicht staat ook centraal in de zorgethische benadering van Joan Tronto. Deze benadering is in Nederland uitgewerkt door onder anderen Annelies van Heijst, en is bijvoorbeeld te herkennen in de presentietheorie van onder anderen Andries Baart.¹ Zorgethiek gaat namelijk niet primair over zorghandelingen, over rechten en plichten, of over de vraag of een bepaalde keuze wel of niet te legitimeren is. Zorgethiek gaat over de waarden die nodig zijn om een zorgrelatie vruchtbaar te maken.

Vijf aspecten binnen de zorgrelatie

Zorgethici onderscheiden vijf aspecten binnen de zorgrelatie. Het eerste is dat iemand zich zorgen maakt om een ander, vanuit de morele waarde van aandachtigheid. De bereidheid om je te laten raken door de situatie, de behoefte en de nood van de ander gaat vooraf aan elk handelen.

De Leuvense ethicus Roger Burggraeve spreekt graag over de zorg vanuit het verhaal van de barmhartige Samaritaan – daar heb je hem weer. Deze is onderweg en gaat op in zijn eigen plannen en gedachten. Dan wordt hij geconfronteerd met een in elkaar geslagen man, die simpelweg door zijn aanwezigheid een beroep op hem doet. De Samaritaan is niet, zo zegt Burggraeve, ‘s ochtends op pad gegaan met de bedoeling onderweg een ander te helpen, noch vanuit het gebed of de wens er-

¹ A. Baart, *Een theorie van de presentie*, Utrecht 2001; A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Zoetermeer 2008; J. Tronto, *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*, London 1993.

gens onderweg een slachtoffer tegen te komen of een goede daad te kunnen stellen'.² De priester en de Leviet die voor hem langs de gewonde man kwamen, liepen er in een boog omheen. Ze wilden ontsnappen aan precies dat appèl dat de gewonde ander op hen deed. Ze bezweken voor de verleiding van de onverschilligheid, die wij ons allemaal zo goed kunnen voorstellen.

Zorg begint met aandachtigheid, met de bereidheid te zien en geraakt te worden door wat we zien. Dat heeft niet zozeer te maken met emotioneel aangedaan zijn – al zou het goed zijn als we daar soms wat meer ruimte voor maken – maar met de morele basishouding van compassie en empathie voor de ander. Die aandachtigheid leidt tot het tweede aspect: de bereidheid zorg op je te nemen vanuit de morele waarde van verantwoordelijkheid. Wie zich laat aanspreken door de nood van de ander, die kan niet anders dan antwoorden met verantwoordelijkheid. Aandacht en empathie zetten ons in beweging en maken dat we ons gaan inzetten voor de ander. Daarbij ontstaat ook asymmetrie in de relatie: de een gaat verantwoordelijkheid dragen voor de ander, en dat leidt onmiddellijk tot afhankelijkheid bij de een en tot macht bij de ander. Precies daarom is het zorgethische perspectief van verbondenheid en relationaliteit zo belangrijk als tegenwicht voor die machtsrelatie.

Als wij zorg en verantwoordelijkheid op ons nemen, dan is het derde aspect binnen de zorgrelatie dat we zorg verlenen. Nu gaat het om de morele waarde van competentie en komt de professionaliteit van de zorgverlener om de hoek kijken. Want natuurlijk moet er – ook in zorgethisch perspectief – iets concreets gedaan worden. Dat professionele, technische, competente verlenen van zorg is echter niet een losse handeling die we kunnen isoleren en 'vermarkten'. Het is een aspect van de zorgrelatie dat pas tot zijn recht komt in combinatie met aandachtigheid en verantwoordelijkheid.

De wederkerigheid die dat met zich meebrengt, wordt uitgedrukt in het vierde aspect: zorg ontvangen. De morele waarde van responsiviteit of misschien ook wel ontvankelijkheid maakt het mogelijk om met de asymmetrie van de zorgrelatie om te gaan op een manier die niet afhankelijkheid maar *empowerment* versterkt. Dit draagt bij aan de menselijke waardigheid. Het ontvangen van zorg is evenzeer constitutief

² Deze woorden zijn uitgesproken tijdens een lezing bij de UP-Leuven over 'interreligieuze dialoog' op 16 november 2013. In andere bewoordingen ook te vinden in R. Burggraave, *Eigen-wijze liefde. Fragmenten van bijbels denken*, Leuven 2000, 74.

voor de zorgrelatie als het verlenen van zorg. Dat nodigt omgekeerd de zorgverlener uit tot waardering voor de bereidheid van de ander om zorg te ontvangen. De fundamentele empathie van de zorgverlener heeft alles te maken met erkennen dat het toelaten van zorg misschien wel net zo ingewikkeld is als het verlenen van zorg.

We zijn aangekomen bij het vijfde aspect van de zorgrelatie: respect, vertrouwen en solidariteit. Of anders gezegd: het medemenselijke besef dat het uiteindelijk een kwestie van toeval is wie in het bed ligt en wie het uniform aanheeft; wie uitzichtloos lijdt en wie beslist over de aanvaardbaarheid van euthanasie; wie een behandeling vraagt en wie over de vergoeding beschikt; wie snijdt en wie gesneden wordt. Het had steeds net zo goed andersom kunnen zijn. Dat herinnert ons aan de principiële wederkerigheid tussen mensen in een zorgrelatie.

Veel zorgverleners herkennen deze zorgethische inzichten, vooral in de zachtere sector waarin het allemaal draait om de zorgrelatie. Wie patiënten enkel ziet via een microscoop of met hen van doen heeft middels een declaratieformulier zal daar iets verder van af staan. En wie de zorg alleen ziet langskomen in statistieken, wetgeving en politieke beleidsvoornemens, die kan gemakkelijk vergeten waar het eigenlijk over gaat. Daardoor ontstaat er een kloof tussen het beleid en de praktijk. Beleid is gebaseerd op abstracties en cijfers, terwijl de praktijk draait om medemenselijkheid en empathie. Wie die praktijk probeert te veranderen zonder zich fundamenteel rekenschap te geven van de relationaliteit van die praktijk, die is bijna per definitie bezig de echte kwaliteit van de zorg af te breken.

De discussie over de participatiesamenleving

Ik zeg zo dadelijk meer over de kwaliteit van de zorg. Eerst wil ik de verbinding leggen met de bredere discussie over de participatiesamenleving – ‘Van Dale Woord van het Jaar 2013’ – en de decentralisaties in de zorg. In 2014 is de wettelijke basis gelegd voor deze decentralisaties en ze zijn in 2015 hortend en stotend ten uitvoer gebracht.

Laat ik maar niet de discussies herhalen die ik in Den Haag voer over de problemen met de persoonsgebonden budgets (pgb's) in de langdurige zorg voor mensen met een meervoudige complexe handicap, over de vraag of de staatssecretaris zijn risicomanagement wel op orde had toen hij tegen de Kamer zei dat het allemaal goed zou komen, over grootouders die een boete krijgen als ze onbetaald op hun kleinkinderen passen, over de kwestie van privacy nu de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de jeugdzorg en de jeugd geestelijke gezondheidszorg (ggz), en

over ouders die daarom geen hulp zoeken voor hun kind of het geld dan nog liever uit eigen zak betalen. Ik laat die politieke discussies nu even rusten en stel in plaats daarvan de vraag naar het functioneren van de participatiesamenleving. Daarmee kom ik dicht bij het zorgethische criterium van wederkerigheid en bij een buitengewoon belangrijke paradox.

Een interessant rapport uit 2014 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) beschrijft de grote betekenis van ‘Verschil in Nederland’.³ Op allerlei fronten dreigt een toenemende tegenstelling te ontstaan tussen groepen met meer kansen en groepen met minder kansen. Dat heeft te maken met allerlei dimensies van segregatie. Op het terrein van de zorg houdt het rechtstreeks verband met het feit dat economische kwetsbaarheid vaak samengaat met bijvoorbeeld sociale en medische kwetsbaarheid. Heel concreet betekent dit dat als we niet uitkijken, de participatiesamenleving bijdraagt aan het vergroten van de tweedeling in de samenleving.

Dat prachtige, zorgethische verhaal van aandachtigheid voor het lijden van de ander, het nemen van verantwoordelijkheid voor elkaar en het verlenen en ontvangen van zorg in een medemenselijk besef van wederkerigheid doet het ongetwijfeld goed in een wijk van bovenmodale bakfietsgezinnen of, met andere woorden, in de hechte gemeenschappen van de *biblebelt* en op de Wadden. Het grote risico is alleen dat het sociale kapitaal dat daarvoor nodig is veel minder beschikbaar is in Utrecht Overvecht en Kanaleneiland. En voor zover het aanwezig is, is het veel minder aangesloten en afgestemd op de formele zorgstructuren waarvoor de overheid garant staat. Het gevolg is dat de participatiesamenleving aardig tot bloei komt in die wijken waar mensen het redelijk goed hebben en er genoeg mensen zijn om een beroep op te doen, maar dreigt te verzanden in een ‘gooi het over de schutting en laat ze het zelf maar uitzoeken’-filosofie in de kwetsbare wijken.

De vraag komt op of zorgethische aandachtigheid zich alleen afspeelt op individueel niveau of ook op collectief niveau. Laten we ons ook collectief aanspreken door de zorgbehoevende ander, die door zijn of haar aanwezigheid een beroep op ons doet? Wat blijft er over van de solidariteit in de zorg als verzekeraars – met subtiele wervings- en uitsluitingsmethoden – liever alleen jonge en gezonde mensen als klant

³ Het rapport ‘Verschil in Nederland’, gepubliceerd op 12 december 2014, is te vinden op de website van het Sociaal en Cultureel Planbureau: www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Verschil_in_Nederland

willen? Waar is de basale verbondenheid in de samenleving als we het participeren alleen gunnen aan mensen die voor zichzelf kunnen zorgen? En waar is die verbondenheid wanneer je jezelf volgens de minister-president als nieuwkomer moet invechten in de maatschappij? Wat blijft er over van een participatiesamenleving, wanneer die niet is gegrond in een verzorgingsstaat waarin we ons collectief verantwoordelijk weten voor elkaar?

Een verbinding met de ecclesiologie

Als theoloog maak ik graag een koppeling met de ecclesiologie. Dat is de leer van de gemeenschap. Ik beperk ‘gemeenschap’ niet – zoals te vaak gebeurt – tot de kerkelijke gemeenschap, alsof die iets heel anders is dan de wereld daarbuiten. Ik beschouw het theologisch spreken over de kerkelijke gemeenschap juist als symbooltaal voor het spreken over de ideale wereld. Dat is riskant. Het spreken over de kerk als ideale samenleving, als *societas perfecta*, heeft het grote risico in zich dat je die twee uit elkaar trekt tot een totale scheiding van kerk en staat, of zelfs dat je in de hoogmoedige val trapt te denken dat de kerk ook in empirische zin beter is. Abraham Kuyper zei het al: ‘De wereld viel meê en de kerk tegen.’⁴ Typisch woorden van een kerkmens overigens die bovendien schrijft dat hij het omgekeerde ook zou kunnen aantonen. In elk geval stelde hij dat de goddelijke werking, de ‘gemeene gratie’ of algemene genade, overal te vinden is. De theoloog Van Ruler ging zelfs nog een stap verder: het gaat helemaal niet om de kerk. De kerk is slechts een intermezzo. Het gaat God om de wereld. Een standpunt dat bij hem leidde tot een visie op theocratie die ik probeer te vermijden.⁵

Ik ben geïnspireerd door de pogingen van deze theologen om theologisch denken maatschappelijk relevant te maken, maar dan met de bescheidenheid die het leven in een plurale en postseculiere wereld met zich meebrengt. Ik beschouw de ecclesiologie als een manier van denken over hoe de gemeenschap eruit zou moeten zien en de vraag wat dat betekent voor het grotere verband van onze nationale en wereldwijde samenleving. In de ecclesiologie wil ik graag het leven uit genade vooropstellen; het besef dat het totale bestaan ons in de schoot geworpen is en dat er niets voorwaardelijks aan is. Wij mogen er zijn om de simpele

⁴ A. Kuyper, *De Gemeene Gratie Deel 2*, Amsterdam 1903, 9.

⁵ A.A. van Ruler, *Verwachting en voltooiing – een bundel theologische opstellen en voordrachten*, Nijkerk 1978, 9-28.

reden dat we er zijn. We hoeven niet eerst ergens aan te voldoen. We zijn er gewoon. En in die genade zijn we aan elkaar gegeven en hebben we elkaars bestaan te aanvaarden, te verdragen en zelfs mede mogelijk te maken. Hoe ongemakkelijk dat soms ook is. Genade in de ecclesiologie betekent dan ook het werken aan een inclusieve gemeenschap. Het betekent dat we niet de vraag stellen hoeveel het leven waard is van iemand in vegetatieve toestand. Het betekent dat we zijn of haar bestaan en aanwezigheid in ons samenleven beamen en de zorg bieden die van ons gevraagd wordt. We kunnen erover doorpraten of dat zorg zou moeten zijn die het leven in stand houdt of misschien wel zorg die het leven beëindigt, maar principieel zijn we geroepen tot zorg voor de ander.

De positie van cliënten en patiënten

We leven in een interessante tijd. De vertaling van dit idee van zorg in een inclusieve samenleving is eeuwenlang gedragen door geloofsgemeenschappen. Hun verantwoordelijkheid met betrekking tot de barmhartigheid, de *caritas*, leidde ertoe dat diaconieën de spil werden van het sociale stelsel, net zoals de medische zorg sterke religieuze wortels had. Dat alles is in de twintigste eeuw grondig veranderd en gesecculariseerd. (Even terzijde: zelfs dat woord ‘seculier’ is gesecculariseerd, want vroeger duidde het op priesters die niet in een kloosterorde, maar in de wereld hun werk deden – vandaag de dag zou je een priester juist niet seculier noemen.) De medische en sociale zorg zijn in de vorige eeuw omgevormd van *caritas* naar verzorgingsstaat. Het grote voordeel daarvan is geweest dat er meer nadruk werd gelegd op de rechten van cliënten en patiënten. Ze werden minder afhankelijk van de goedwillendheid van gevers. Talrijk zijn de verhalen van zorgbehoefte mensen die door regenteske diakenen gekleineerd werden. De mondige bewoner in een zorgcentrum en de patiëntenraad in een zorginstelling zijn de belichaming van die beweging naar meer rechten.

We leven in een spannende tijd. Enerzijds willen we cliëntenrechten steeds preciezer definiëren en versterken, terwijl we anderzijds met maatwerk, keukentafelgesprekken en participatiewetten de knop omzetten en stellen dat niet iedereen recht heeft op hetzelfde. Dit vanuit het idee dat er per situatie gekeken moet worden of er wel behoefte is aan dezelfde zorg en of mensen dat niet zelf kunnen opvangen. Op zich is die gedachte natuurlijk niet zo vreemd. Mensen zijn nu eenmaal verschillend. Maar hoe voorkomen we dat afhankelijkheid en willekeur weer toeslaan? Hoe voorkomen we dat juist de kwetsbaarsten het onderpit delven, doordat zij minder goed in staat zijn het systeem te bespe-

len? Hoe voorkomen we dat het recht op zorg toch weer een gunst wordt?

Ik koppel dit aan de discussie die eind 2014 losbrandde rond de vrije artsenukeuze. De minister had het voorstel enigszins onder de radar binnengevloren als deel van een redelijk technisch combinatiewetsvoorstel, en met een vrij summiere argumentatie. Het idee was dat zorgverzekeraars beter kunnen sturen op prijs en kwaliteit als ze geen behandelingen hoeven te vergoeden van alle zorgverleners. De kritiek daarop was dat zorgverzekeraars maar heel beperkt kunnen sturen op kwaliteit, doordat ze in heel veel gevallen niet de informatie hebben en in feite vooral – of zelfs uitsluitend – sturen op prijs. Bovendien zou met het voorstel de tweedeling in de zorg versterkt worden. Mensen die een duurdere polis nemen krijgen dan wél de arts van hun keuze en mensen met een goedkopere polis niet. Volgens de minister krijgen verzekerden dan juist meer keuzevrijheid, omdat er meer verschillende polissen komen en verzekeraars ruim op tijd moeten aangeven welke zorgaanbieders ze zullen contracteren.

Ik heb in dit debat rond de vrije artsenukeuze een paar vragen gesteld, omdat ik de realiteitszin van de argumenten wilde toetsen: ‘Hoeveel procent van de verzekerden kiest een polis enkel op basis van de prijs? Hoeveel verzekerden zijn in staat om een adequate inschatting te maken van risico’s en randvoorwaarden bij het kiezen van een polis? Hoeveel procent van de verzekerden heeft te maken met twee of meer zorgbehoefte en zal dus moeten checken of alle zorgaanbieders ook gecontracteerd zijn? Hoeveel procent van de verzekerden weet überhaupt van te voren wat hun in het volgende kalenderjaar zal overkomen en dus welke zorgaanbieders sowieso gecontracteerd zouden moeten zijn door een zorgverzekeraar?’ Ik had er ook maar de antwoorden bijgedaan: ‘Het antwoord op de eerste vraag kan alleen gegeven worden op basis van de kleine groep overstappers. Die overstappers bleken in 2014 vooral op prijs te selecteren, maar geen polis te willen met een beperking van het aantal zorgaanbieders. Op de tweede vraag is mijn antwoord dat we een tweedeling kunnen verwachten tussen mensen mét en mensen zonder de economische, intellectuele en sociale hulpbronnen om dit te kunnen bepalen. Op vraag drie is het antwoord dat mensen met complexe zorgbehoefte het meest in de knel komen en dus veroordeeld zijn tot de duurdere zorgverzekering. En op vraag vier is het antwoord ‘nul’. Niemand weet van te voren wat er op zijn of haar weg komt en dat betekent dat we vaak helemaal geen goede keuze kunnen maken en er dus verstandig aan doen om een polis zonder beperkingen te nemen.’

Het plan is afgeblazen. Dit lijkt dus een oude koe, die we misschien beter in de sloot kunnen laten liggen. Maar ik vrees dat ze linksom of – veel waarschijnlijker – rechtsom in een nieuwe gedaante weer uit die sloot komt. Daarom is het goed om de principiële weerstand tegen dit plan goed te bekijken. Die is wat mij betreft nog niet eens gericht tegen de onrealistische benadering van keuzevrijheid of risicoinschatting. De echte weerstand heeft ermee te maken dat de primaire relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger niet meer centraal staat.

In de driehoek van patiënt, zorgverlener en verzekeraar verschuift de aandacht naar de relatie tussen zorgverlener en verzekeraar; daar vind je de macht en de strijd. De relatie tussen arts en patiënt wordt daaraan ondergeschikt gemaakt. Ook hier is het goed om te differentiëren. Als mijn knie moet worden vervangen, dan wil ik graag een arts die daar heel goed in is, ook al is die arts wat minder aardig. Bij hartproblemen wil ik iemand die een beetje snapt dat ik daar erg onzeker over ben. En als ik met mijn depressie bij een psycholoog aanklop, dan wil ik iemand met wie het klikt. Hoe dan ook moet het iemand zijn die ik kan vertrouwen en met wie ik een vertrouwensrelatie kan aangaan. Dat kan geen verzekeraar voor mij regelen. Als de huisarts mij verwijst naar een ziekenhuis, dan vertrouw ik erop dat die huisarts vertrouwen heeft in dat ziekenhuis. En als ik anderen heb horen zeggen dat die of die kinderarts of deze of gene psychiater goed is, dan is dat de basis van mijn vertrouwensrelatie. Als de verzekeraar daar informatie over heeft, dan kan dat helpen bij die vertrouwenskeus. Maar ook niet meer dan dat. Uiteindelijk gaat het immers om het fundamentele recht om zelf te bepalen aan wie je je lichaam en geest toevertrouwt in de hulp- en zorgverlening. Dat is de meest principiële laag, die direct gaat over de menselijke waardigheid. Juist in situaties waarin de menselijke autonomie onder druk staat, waarin afhankelijkheid zijn intree doet, waarin macht en geld de kaders bepalen, kan de menselijke waardigheid in de klem komen. Juist in die situaties moet dan ook het vertrouwen in de zorgrelatie vooropstaan.

Een technologische visie op de zorg

De tweede invalshoek om te kijken naar menswaardigheid in de zorg, betreft de toenemende technologische visie op gezondheid. In de zorgrelatie gaat het om professioneel en competent zorgverlenen, en dus over de kwaliteit die geleverd moet worden. Nu draait het om de vraag wan-

neer we zorg 'goed' noemen. Dit is niet de plaats voor een uitgebreide verhandeling over medisch-technologische ontwikkelingen, al ben ik de eerste om te erkennen dat die ontwikkelingen een essentiële bijdrage hebben geleverd aan het welzijn, de gezondheid en het levensgeluk van mensen. Ze hebben voor veel mensen geleid tot een herstel van hun menselijke waardigheid, die geschonden was door aandoeningen of handicaps. Toch zit hier een kwestie als we beter kijken naar de manier waarop we gezondheid definiëren.

De definitie van gezondheid

De veelgebruikte definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) luidt: *'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.'*⁶ Dat is een brede en idealistische definitie, die eigenlijk impliceert dat niemand gezond is. Compleet lichamelijk, mentaal en sociaal welbevinden overkomt de meeste mensen niet vaker dan een paar keer in het leven. Misschien is het eerder een definitie van gelukzaligheid of menswaardigheid, dan van gezondheid. Dat zou niet zo vreemd zijn; taalkundig zijn woorden als *'health'*, *'heilzaam'* en *'Heilung'* nauw verwant aan religieuze begrippen als *'heil'* en *'heelheid'*. Daarom is het ook niet vreemd dat er sinds heel wat jaren een groeiende discussie is over het toevoegen van het begrip *'spiritual'* aan de definitie van de WHO. Of dat nu wel of niet gebeurt, dit brede gezondheidsbegrip is eerder een visioen dan een maatstaf. Het vertelt ons welke kant we op willen en leidt tegelijk onmiddellijk tot acceptatie van het feit dat we daar nooit zijn, maar altijd alleen maar onderweg zijn. Het is niet moeilijk om een parallel te zien met het religieuze begrip *'koninkrijk der hemelen'*. Daarin wordt het toekomstige paradijs, de eeuwige *sjalom*, heelheid, ons voorgespiegeld. Theologen tekenen daar altijd graag bij aan dat er een dubbelheid aanwezig is, omdat het hemelse koninkrijk er in beginsel al wel is, maar pas in alle volheid verschijnt in het einde van de tijd. Zo'n utopisch visioen moet bij de concrete realiteit gehouden worden. Anders verdampt het tot illusies. En tegelijk moet de realiteit bij dat visioen gehouden worden, omdat we anders stranden in defaitisme.

⁶ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

De vraag komt op hoe dat brede gezondheidsbegrip van de WHO zich vertaalt in de concrete discussie over de kwaliteit van de zorg. Ik definieer daarbij kwaliteit niet als efficiëntie en ook niet als klanttevredenheid, maar – ik zeg het maar even abstract – als de mate waarin een goed bijdraagt aan de waarde waarop dat goed intrinsiek gericht is. Concreter verwoord: de kwaliteit van de zorg wordt afgemeten aan de mate waarin die zorg bijdraagt aan de gezondheid van mensen. Daarvoor kunnen we terecht bij het door Machteld Huber en anderen ontwikkelde nieuwe concept van gezondheid: *'people's ability to adapt and selfmanage in response to the physical, emotional and social challenges of life'*.⁷ Dat nieuwe concept sluit aan bij stromingen met labels als *'positive health'* en *'positive psychology'*. Die stromingen kijken niet primair technisch naar het op te lossen probleem, maar zoeken vooral naar de positieve mogelijkheden die mensen hebben om verder te komen met hun leven. Het gaat bij de kwaliteit van de zorg dan niet om de mate waarin kwalen verholpen zijn, de mate waarin procedures gevolgd zijn, de mate waarin het leven verlengd is, of wat dan ook. Het gaat om de mate waarin de zorg bijdraagt aan de ervaring van fysiek, mentaal, sociaal en – zo voeg ik toe – spiritueel welbevinden.

Controledwang

Er is daarmee sprake van een spanningsveld. In veel politieke debatten en ambtelijke stukken ontwaar ik pogingen om te komen tot precies gedefinieerde maatstaven, professionele standaarden en zorgprotocollen. Vaak zit er een sterk risicogedreven benadering achter. Als ergens iets fout is gegaan, moeten we de zaken zó regelen dat het nooit meer kan gebeuren. In Den Haag heet dat de risico-regel-reflex, en daar wordt wel eens tegen gewaarschuwd, maar ik zie geen vermindering. Volgens de Duitse socioloog Ulrich Beck leven we nu eenmaal in een risicosamenleving. We zijn steeds bezig om risico's uit te sluiten, omdat we niet goed kunnen omgaan met het tragische gegeven dat we heel veel zaken niet in de hand hebben.⁸ Voor we het weten bouwen we daarom syste-

⁷ M. Huber, J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid, How should we define health? In: *British Medical Journal* 343 (2011).

⁸ U. Beck, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main 1986.

men met 30.000 diagnose-behandelcombinaties die eerder verstikken dan verder helpen. En ook al is dat aantal teruggebracht naar 4.400, het blijft onduidelijk of deze manier van beheersen ertoe leidt dat mensen meer lichamelijk, mentaal, sociaal en spiritueel welbevinden ervaren.

De echte vraag is die naar 'accountability'. Hoe kunnen we elkaar aanspreken op dat wat we doen? Hoe kunnen we via die weg komen tot meer kwaliteit? En hoe kunnen we bijdragen aan de integrale gezondheid van mensen? Die vraag komt natuurlijk scherp in beeld bij de grenzen van het leven. Veel van het menselijk lijden en veel van de zorgbehoefte valt in het laatste levensjaar. Onze medisch-technische mogelijkheden hebben ertoe bijgedragen dat we die grens van het leven in heel veel gevallen een behoorlijk stuk hebben opgeschoven. We worden ouder dan ooit. We houden vrij lang een relatief goede gezondheid. Onherroepelijk komt echter het einde. Omdat we toch ergens aan moeten overlijden, is er bijna altijd ook wel een medische reden aan te wijzen. Een orgaan dat faalt, bijvoorbeeld. En dus komt de vraag op of er nog wat aan te doen is. Zeer begrijpelijk in een wereld waarin tragiek niet gewaardeerd wordt en waarin we altijd naar oplossingen blijven zoeken. Het gevolg is dat artsen, patiënten en familieleden steeds met de vraag worstelen of ze wel alles doen – en gedaan hebben – wat binnen de mogelijkheden ligt. Is er nog iets dat we kunnen doen? Zijn we schuldig aan een voortijdig overlijden als we het niet doen?

Je kunt de vraag stellen in hoeveel gevallen de laatste behandelingen (on)nodig waren en wat we aan extra leed en extra kosten zouden besparen als we ervan af zouden zien. In elk geval schijnt het zo te zijn dat veel artsen zelf zouden afzien van behandelingen die hun patiënten wél krijgen: te belastend, te weinig kans op een verbetering van de integrale gezondheid, en daarom eerder een aantasting van die gezondheid en zelfs van de eigen waardigheid. Het sterven en ook het rouwen wordt er niet makkelijker op wanneer je eigen lichaam of dat van je geliefde in toenemende mate een verlengstuk wordt van machines. Het hoort bij goede zorg dat artsen zich deze vraag serieus stellen en dat ze het thema ook proberen te agenderen in gesprekken met patiënten en familieleden. Hoe ingewikkeld dat ook kan zijn. Daarom moeten we liever het gesprek voeren over zinnige zorg dan over zuinige zorg. De kwaliteit van de zorg bestaat er niet uit dat mensen alle behandelingen krijgen die mogelijk zijn, maar dat ze díé zorg ontvangen die hun welbevinden nastreeft en hun waardigheid respecteert. En dat betekent dat we misschien wel meer en eerder op palliatieve zorg moeten overstappen.

Omgaan met tragiek

Menselijke waardigheid komt in de klem wanneer we geen ruimte willen laten voor de menselijke tragiek. Dat is opnieuw een paradox, want de intentie is ongetwijfeld om bij te dragen aan een zo lang en goed mogelijk leven van mensen. Wie niet van ophouden wil weten, wie niet kan verdragen dat ons leven uiteindelijk een tragisch geheim is dat we niet in de hand hebben, wie niet beseft dat we het leven alleen maar kunnen ontvangen, wie niet in staat is om de doenerigheid uit handen te geven, maar wie probeert om de allerlaatste druppels uit het leven te persen, dié persoon ontdekt dat de mogelijkheid van een waardig einde wegwijnt. Dat is ook precies de les van spirituele tradities.

Omgaan met de tragiek van het bestaan vraagt geen professioneel handelen, maar professioneel verantwoord spiritueel terugtreden. Dat betekent dat we in onze samenleving, politiek en zorginstellingen ruimte moeten inbouwen voor dat terugtreden. We moeten meer ruimte maken voor het tragische. Alleen al daarom pleit ik voor een ruimhartige bekostiging van geestelijke verzorging als behartiging van die ruimte. Natuurlijk doen geestelijk verzorgers dat niet als enigen, maar hun hele taakomschrijving is er feitelijk op gericht om niets te doen en er alleen maar te zijn. Vreemde vogels in een omgeving waarin alles op handelen is gericht is, maar onontbeerlijk.

Zorg als gezonde bedrijfstak

Ik kom bij mijn derde invalshoek: de benadering van zorg als economisch veld. Ik begin niet met de discussie over marktwerking, maar behandel eerst een voorliggende vraag. Die marktwerking was immers bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten terug te dringen. Nu heb ik over die kwaliteit al iets gezegd, maar over de kosten nog niet.

Verzet tegen de stijging van de zorgkosten

Het intrigeert mij dat er in debatten – zonder veel argumentatie – gezegd wordt dat de kosten van de zorg te hoog zijn en dat we die moeten inperken. Kennelijk is het evident dat de stijging van de zorgkosten in de afgelopen decennia problematisch is. Daar is natuurlijk best iets voor te zeggen. Met een bedrag van 78 miljard is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verantwoordelijk voor de grootste

post op de overheidsbegroting. Dat is heel veel geld. En dat betalen we met elkaar.

Om het in perspectief te plaatsen, is het interessant om een vergelijking te maken met de eveneens enorme bedragen – ruim 62 miljard in 2013 – die we uitgeven aan vakanties en dagactiviteiten. Hoe komt het toch dat we de toeristische sector zien als een gezonde bedrijfstak wanneer het bedrag groeit, maar dat we de gezondheidszorg zien als een kostenpost? Waarom zeggen we niet dat de gezondheidszorg een gezonde bedrijfstak is met groeipotentieel? De aard van de branche leent zich er goed voor. Voor veel mensen is hun gezondheid nog altijd het belangrijkste wat er is. Vakanties en uitgaan zijn natuurlijk heel fijn, maar ik vermoed dat veel mensen die zaken graag zouden inruilen voor een goede gezondheid. Het valt goed te verdedigen dat gezondheid, meer nog dan vakantie, een publiek belang is. Dus waarom niet wat positiever spreken over de stijging van de uitgaven aan zorg? Kennelijk vinden we het met elkaar belangrijk om gebruik te maken van de toegenomen medische mogelijkheden. Kennelijk vinden we het prettig om professionele zorgverleners in te schakelen om voor onze ouderen te zorgen. Wat is daar mis mee? Die vragen zouden we ten minste als gedachteoefening moeten stellen.

Ik zie maar twee overwegingen die zich werkelijk verzetten tegen zo'n positieve benadering van de gestegen zorgkosten. De eerste is dat het bij toerisme gaat om geld dat we privé uitgeven en dat het bij de zorg gaat om geld dat we collectief uitgeven. Dat maakt het lastig bijsturen, wanneer het economisch tegen zit. Je kunt immers wel kiezen om een jaar niet op vakantie te gaan, maar het is veel lastiger om een jaar niet te opereren. Wat deze overweging echter problematisch maakt, is dat we collectieve uitgaven niet beschouwen als iets dat we gezamenlijk doen, vanuit de gedachte dat dit handiger en eerlijker is dan 'ieder voor zich'. Nee, we beschouwen deze collectieve uitgaven als geld dat van ons wordt afgenomen door de overheid. Daarom willen we er zo weinig mogelijk aan bijdragen. Dat is een beetje kortzichtig, maar zo werkt het kennelijk. Vooral als we niet uitleggen dat dit onze gezamenlijke uitgaven zijn en als we meehuiln in het ideologische koor dat pleit voor een kleinere overheid zonder te zeggen dat die collectieve kosten dan gewoon veranderen in particuliere kosten.

De tweede overweging is dat het zorggebruik niet eerlijk verdeeld is. Er zijn mensen die weinig zorg nodig hebben en er zijn mensen die veel zorg nodig hebben. Daarbij is het bijna per definitie zo dat de duurste mensen ook degenen zijn die in economisch opzicht het minst

bijdragen aan de samenleving. Dat is mensen die de maatschappij zien als een BV Nederland en mensen die opkomen voor de hardwerkende Nederlander een doorn in het oog. Het leidt ook al snel tot stigmatiserend denken over zorgafhankelijke mensen. Ook hier zijn kritische vragen te stellen. Waarom zouden we eigenlijk meer waardering moeten hebben voor de 'hardwerkende burgers' op wie sommige partijen steeds de nadruk leggen dan voor mensen die vanwege hun gezondheidsproblemen of psychische beperkingen alleen zorg kunnen ontvangen? Ergens in de discussie over de zorgkosten loert altijd het venijn van een 'voor wat hoort wat'-mentaliteit. Dit was bijvoorbeeld zo in de WMO-debatten waarin het ging over de 'tegenprestatie'. Dan zijn we – alle mooie woorden ten spijt – ver verwijderd van de idealen van een inclusieve samenleving, onvoorwaardelijke aanvaarding van de ander, zorghetische aandachtigheid en wederkerigheid. Uiteindelijk kleeft aan het debat over de zorgkosten altijd het risico van sociale uitsluiting en onrechtvaardigheid.

Een rendabeler alternatief

Ik pleit natuurlijk niet voor een ongebreidelde groei van de zorgkosten. Sterker nog, mijn pleidooi voor het aanvaarden van het tragische kan nog wel eens tot besparingen leiden. Bovendien kan de oproep om te kijken naar integrale gezondheid en een inclusieve gemeenschap heel goed leiden tot sterkere participatie en lagere kosten. Uiteindelijk hoeft een andere visie op de zorg helemaal niet duurder uit te pakken. De voorwaarde daarvoor is wel dat we sturen op die inhoudelijke principes die bijdragen aan menselijke waardigheid. De financiële afwegingen komen pas daarna.

Tot slot

Quasimodo's verhaal van lichamelijke beperkingen en sociale uitsluiting sluit wonderlijk goed aan bij Barmhartigheidszondag. Die heeft hij als vondeling zo nodig gehad. *Quasi modo geniti infantes* – 'op de wijze van kinderen' heeft ook Disney het verhaal verteld en ons de vragen gesteld: Zien we de kwetsbare ander als de bultenaar en buitenstaander? Of zien we in de ander een medemens met waardigheid? Iemand als wij-zelf?

EERSTE RESPONS

HET BELANG VAN SOLIDARITEIT

André Rouvoet

Allereerst oprechte waardering aan Ruard Ganzevoort voor zijn verhaal. Ik ben het in heel veel dingen met hem eens. Ik ken Ruard als een heel genuanceerd denker en spreker, ook in de politiek. Je hoeft het niet altijd met elkaar eens te zijn over de conclusies om elkaar wel genuanceerd te vinden. En dat is ook precies de reden dat het enige onderwerp waarop ik niet zal ingaan, jouw passage is over artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, rond de vrije artsenkeuze. Daar verloor je de nuance even uit het oog. Hier lenen mijn drie minuten zich ook niet zo goed voor.

Ik was een beetje getriggerd door de aankondiging van het thema in de folder. Daarin wordt in vrij zwarte, donkere kleuren gezegd dat de menswaardigheid in de zorg onder druk staat. Ik vind dat nogal somber en zwart. Ik voel me meer thuis bij de kritische, begeleidende vragen die Ruard stelde in zijn lezing. Het stellen van die kritische vragen vind ik vruchtbaarder dan het zeggen dat het met de zorg in Nederland niet goed gaat. Het gaat met de zorg in Nederland, gelukkig, heel erg goed. Er zijn wel risico's. Die zijn er in elk stelsel. En dus ook in ons stelsel. Maar we hebben in Nederland, gelukkig, heel goede zorgverleners en heel goede zorg. Ook na de hervormingen en de transities, zeg ik er dan maar even bij.

Hervormingen in de zorg

Een begrip dat ik wat miste, zeker ook in het laatste deel van jouw betoog, is het begrip 'solidariteit'. Je hebt het in het begin even genoemd, maar in het economische deel kwam het eigenlijk niet meer terug, terwijl het daar essentieel is. Ik denk dat we het daar vanavond nog wel met elkaar over moeten hebben. Het gaat ook over kostenbeheersing in de zorg, want zorg gaat – helaas – ook over geld. En dat geld betalen we met elkaar, omdat we niet willen dat dat binnen de arts-patiëntrelatie blijft, want dan heb je echt een tweedeling. We hebben externe financiers aangewezen. Die zijn een van de partijen in die zorgdriehoek. De

externe financier is bij ons de zorgverzekeraar. Die komt niet in aanmerking voor de populariteitsprijs, zo heb ik de indruk. En ik mag iedere keer weer uitleggen waarom dat zo is. Ik ben het overigens eens met een aantal kritische kanttekeningen die je over de zorgverzekeraars maakte, bijvoorbeeld als het gaat om een sluipende vorm van risicoselectie; dat zijn wezenlijke aandachtspunten in het handelen van zorgverzekeraars. Maar we moeten het wel over solidariteit hebben.

We hebben wel eens onderzoek gedaan naar de vraag: 'Wat vinden mensen de grootste problemen in de zorg?' Er kwamen uit de Nederlandse bevolking twee grote problemen naar voren: 1) er wordt te veel bezuinigd; 2) de premie is te hoog. Daar moeten we even iets langer dan twee minuten over nadenken straks. Dit vinden mensen de twee grootste problemen. Men vindt de premie te hoog; daar zit ook een belangrijk verschil met het door jou genoemde toerisme. Je betaalt verplicht premie, ook als je geen zorg nodig hebt. Dus je neemt misschien nauwelijks of geen zorg af, maar je betaalt wel premie en die premie neemt nog steeds toe. Mijn overtuiging is dat solidariteit een kernwaarde is in ons zorgstelsel en dat we tot hervormingen moeten komen als we die solidariteit willen behouden, en als we willen voorkomen dat die solidariteit steeds meer onder druk komt te staan. En ik zeg dat als vanouds christelijk-sociaal voelend en denkend mens. Dat heb ik in de politiek gedaan en het is nu ook de titel waarop ik mijn werk bij de zorgverzekeraar doe. Dat is niet eenvoudig. De zorgverzekeraars zitten in de rol van financier en moeten dus uitleggen waarom ze maatregelen nemen die vervelend worden gevonden. Maar dat doen we om de solidariteit in het stelsel te behouden, want de zorgkosten nemen nog steeds toe. Als de economie niet hard genoeg groeit en de zorgkosten wel, dan komt dat onder spanning te staan. Dat willen we niet. Dan zijn we boos als op Prinsjesdag bekend wordt gemaakt dat de zorgpremie omhoog gaat. En dus moeten er maatregelen genomen worden en dat wordt ergens gevoeld en dat is dus vervelend. Maar dat moet die externe partij doen.

Mijn laatste opmerking dan. Ik wil de vraag in uw midden leggen – ik doe dat vaak op een directe manier, maar deze keer niet – of u ongeveer weet wat u aan AWBZ-premie betaalt. Dat weet bijna niemand. Hier natuurlijk iedereen, maar normaal gesproken weet bijna niemand dat. En dat is gek, want daar zit onder andere in hoe solidair u bent. U heeft meestal geen idee hoe solidair u bent, want dat zit in die premie waarvan u geen idee heeft hoeveel u betaalt. Dat is een geanonimiseerde, gefiscaliseerde, gepremieerde solidariteit. Er is nog een andere, spannende vraag die ik wil neerleggen. We maken nu hervormingen mee in de

care, in de langdurige zorg; Nederland heeft de grootste *caresector* van de hele wereld. Die hervormingen ruimen nu plaats in voor reëlere vormen van solidariteit – met alle risico's op de onderdelen. Is dat niet een waardevollere vorm van solidariteit, dan die gepremieerde, gefiscaliseerde, anonieme solidariteit zoals we die tot op heden kennen?

TWEEDE RESPONS

DE RIJKDOM VAN DE GEESTELIJKE VERZORGING

Marieke Ridder

Ik heb met veel plezier geluisterd naar het referaat van Ruard Ganzevoort. Niet alleen omdat het met mooie beelden in elkaar zit, maar ook omdat ik er veel in herkende. Ik heb ook met veel plezier geluisterd naar de muziek. Ik dacht: wat heb ik toch eigenlijk een geweldig mooi vak. Als geestelijk verzorger voer ik zware gesprekken over het leven en wat de zin er nog van is, over hoe moeilijk het kan zijn en of iemand nog wel doorbehandeld wil worden of misschien voor euthanasie wil kiezen. Maar bij mijn werk hoort ook dat je zingt over de 'sterre der zee' en 'ga niet alleen door het leven'. En dat je met zeer diep dementerenden in bijeenkomsten rond klankbeleving luistert naar het geluid van de klok van Arnemuiden. Hierbij bestaat een mooie samenwerking op het gebied van zingeving, namelijk tussen geestelijk verzorger, muziektherapeut en activiteitenbegeleider. Wat rijk dat je op die manier met zo veel mensen in gesprek kunt zijn.

Een veelomvattende spiritualiteit

In mijn beleving is dit allemaal spiritualiteit. Ik zie spiritualiteit in een heel brede zin. Het viel me op dat je noemde dat dit begrip nog niet is opgenomen in de definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dat wist ik niet. De definitie van palliatieve zorg ken ik natuurlijk erg goed, daar hoort spiritualiteit er altijd wel als vierde bij. Spiritualiteit wordt ook heel erg belangrijk gevonden. Ik denk dat het goed zou zijn als men binnen de Wereldgezondheidsorganisatie even consequent doorredeneert en spiritualiteit niet alleen reserveert voor het laatste stukje van het leven. Dat heb je met mijn vak, dat mensen denken: er gaat vast iemand dood, want daar heb je de geestelijk verzorger. Terwijl dat natuurlijk onjuist is. Ik denk zelfs – ik moest er eerder in het betoog aan denken – dat levensbeschouwing en spiritualiteit een veel grotere rol spelen dan wij ons vaak realiseren. En ik denk dat er – zeker

ook voor de kerk – een vraag ligt: hoe gaan we daarmee om en hoe spreken we daar met elkaar over?

De zorg voor elkaar

Ergens in het begin van je lezing zei je dat wie het economisch slecht heeft, ook minder kan participeren en dat er dan minder sociale verbanden zijn. Ik heb een kleine kanttekening. Als ik kijk naar mijn eigen leefomgeving, dan zie ik bij mensen uit andere culturen dan de gemiddelde Nederlandse cultuur juist heel veel solidariteit. En ik zie juist ook bij mensen met een veel minder hoge opleiding, met een andere dan witte Amsterdamse of Haarlemmermeerse achtergrond, veel zorg voor elkaar. Het lijkt daar wat minder individualistisch te zijn dan juist bij die ‘bakfietsengroep’ van mijn eigen wijk. Dus ik vraag me af of het zo absoluut is als je zegt. En ik denk dat het punt ook is, dat we in onze samenleving een soort individualistische levensbeschouwing hebben gekregen. Ik ook, realiseer ik mij. In die levensbeschouwing is zorg voor een ander helemaal niet meer zo vanzelfsprekend. Maar het gaat om een visie, een levensvisie, en die kan je dus ook ter discussie stellen.

Afhankelijkheid en kwetsbaarheid

Misschien hoort er ook bij dat je je gaat realiseren dat afhankelijkheid en kwetsbaarheid ook bij het leven horen. Ze kunnen niet weggedacht worden. Andere denkers hebben mij hierin geïnspireerd. Als je dit tot je door laat dringen, dan wordt het veel makkelijker om voor een ander te zorgen. Ook is het dan makkelijker om ruimte te creëren voor tragiek. Dat voorkomt tegelijk ook overspannen verwachtingen rond bijvoorbeeld genezing en herstel van ziekte. Ik denk dat daar voor kerken misschien ook wel een taak ligt. Hoe spreken we daar onderling over? Je geeft ruimte aan gelovigen, maar misschien worden we meer bepaald door een bepaalde levensvisie dan we ons realiseren, en zouden we die levensvisie ook kunnen veranderen.

GEEN CAUSALITEIT TUSSEN GELD EN WAARDIGHEID

Jan Kimpen

Ik hoorde vanochtend op de radio dat op dit ogenblik voor de tweede keer, het tweede jaar op rij, de zorg het belangrijkste onderwerp is waar mensen zich zorgen over maken. Tot voor kort was dat de economie, met de hypotheken en de financiële situatie. Nu is het de zorg.

Toen ik mij op de Quasimodolezing voorbereidde en de uitnodiging bekeek, zag ik dat deze al heel snel uitkomt bij de zorg en financiën. En ik kreeg alweer bijna een wrevelig gevoel bij de idee dat waardigheid in de zorg verdwijnt als de financiën afnemen voor de zorg. Dat lijkt een causaliteit aan te duiden die er volgens mij niet is, of er tenminste niet mag zijn. Als bestuurder weiger ik de causaliteit tussen minder geld en minder waardigheid te accepteren. En dat kan ik alleen maar zeggen, omdat ik niet geloof dat het zo is.

Je hebt drie denkvelen aangewezen. Daaruit kunnen we argumenten putten – of kan ik argumenten putten – om te onderbouwen dat ik deze causaliteit niet accepteer. Ik voel mij erg comfortabel bij de laatste twee: de technologie en het economische veld. Hier ken ik de argumenten en de literatuur. Maar ik vind er geen argumenten die ik kan gebruiken om onze mensen in het Universitair Medisch Centrum te overtuigen, of om goed voor de dag te komen in debatten. Maar die argumenten haal ik wel – dank daarvoor – uit het eerste denkveld: zorg als relatie.

Zorg als zorgrelatie

Voor het eerst kan ik heel goed begrijpen, zoals jij dat uitlegt, dat zorg een zorgrelatie is. In je lezing maakte je kort een uitzondering voor bijvoorbeeld pathologen of microbiologen. Ik heb een klein voorbeeld van onze patholoog in het UMC. Hij ziet letterlijk nooit een levende patiënt. Tegelijkertijd is hij de grote roerganger achter een jaarlijks herdenkingsmoment voor allen die – ik zou ze bijna vrijwilligers noemen; dat is niet

het goede woord, maar ik kom niet op een ander woord – hun lichaam na het overlijden doneren aan de wetenschap. Ook daarin zit die compassie.

Wat jij heel goed uitlegt, is dat zorg een zorgrelatie is en dat maar één van de vijf componenten daarvan medisch is. De andere componenten hebben te maken met waardigheid, compassie, medeleven, betrokkenheid en gedrevenheid. Het is heel erg raar om vervolgens te zeggen: we hebben te weinig geld en daarom laten we dat stuk van de waardigheid en de compassie er maar uit. Geen enkele chirurg zal eraan denken om te zeggen: we gaan nog heel erg betrokken en gedreven met je bezig zijn en compassie tonen, maar ik ga je niet meer opereren, want ik heb daar geen geld voor. Het is één geheel. Het is alle vijf componenten samen, of het is niks. En ik denk dat dat voor mij de argumentatie biedt om aan te geven dat hoe weinig of veel geld je ook hebt voor de zorg, dat compassie, mededogen en dus het verlenen van waardigheid er automatisch bij horen.

En dan een kleine opmerking aan het einde. Gelukkig gebruiken wij op dit moment niet meer de WHO-definitie van zorg; die dateert volgens mij uit 1948. Tegenwoordig gebruiken we die van Machteld Huber uit 2011. In die definitie komt spiritualiteit volgens mij een beetje achteraan: gegeven je beperkingen, kun je toch een volwaardig leven leiden waarin spiritualiteit natuurlijk zijn plek heeft.

PANELDISCUSSIE

Ruard Ganzevoort:

Bedankt voor de reacties. Ik herken daar veel in en ik zie aanknopingspunten om verder te praten. Bij alle drie de sprekers heb ik wel een punt waar ik kort op in zou willen gaan.

Allereerst ga ik in op de respons van Marieke Ridder. Er zijn heel veel definities van gezondheid. Kennelijk is gezondheid geen vast begrip, maar beslissen we met elkaar wat we daarin belangrijk vinden. Ik begrijp bijvoorbeeld dat men in Australië heel veel nadenkt over definities die meer uitgaan van gemeenschap. Je wijst op dat heel individualistische; dat is ook een bepaalde manier van kijken naar gezondheid. Daar zitten nog veel kritische vragen. Als wij kiezen voor een bepaalde definitie van gezondheid, wat doen we daar dan mee? Hoe beïnvloeden we het veld van de zorg waar we het over hebben?

Je stelt verder de vraag naar de correlatie tussen economische kwetsbaarheid en onderlinge solidariteit. En of die er wel is, omdat je in veel groepen toch ook juist die verbondenheid en sociale cohesie ziet. Op zichzelf beschouwd is dat waar en geldt dit zeker voor migrantengroepen. Maar ik vertelde erbij dat deze groepen soms het sociale kapitaal niet hebben of dat het niet is aangesloten op het door de overheid georganiseerde stelsel. Daar zit een probleem. De informele zorg die er op sommige plekken wel degelijk is, past niet goed bij de manier waarop wij de dingen geregeld hebben. Daar schuurt het soms. Maar ik ben het zonder meer met je eens dat we in onze meer witte helft van de samenleving heel erg veel kunnen leren van de sociale verbanden en de cohesie die je op andere plekken vindt.

André Rouvoet merkt op dat ik de solidariteit in het economische deel niet genoemd heb. Dat woord inderdaad niet, maar het is de vraag of in onze weezin om te veel premie te betalen juist niet ook de vraag rond solidariteit zit. Zit daar niet het element in dat we ons eigenlijk niet verantwoordelijk willen maken voor de zorg die een ander nodig heeft? Het interessante vind ik dat als je mensen vraagt – ook mensen die nu gezond zijn en weinig beroep doen op de zorgverzekering en graag wat minder premie zouden willen betalen – of ze mensen kennen in hun nabije omgeving die wel veel zorg gebruiken, dat heel veel mensen dan bevestigend antwoorden. En als je hun dan vraagt of ze willen dat

anderen veel meer premie gaan betalen of minder zorg krijgen, dan vindt men dat ook weer niet de bedoeling. Ik denk dat er veel meer, ook vanuit Den Haag, een ferme boodschap mag klinken; dat dat dus niet allebei kan. Vandaar mijn wat tegendraadse benadering van de zorg als een gezonde groeiemarkt. Als we die dingen zo belangrijk vinden, dan moeten we ook bereid zijn om het samen met elkaar te betalen. En als we dat niet vinden, dan moeten we ook bereid zijn om te kiezen wat we dan níét meer willen. Voor die discussie mogen we steviger opkomen.

Waar ik jullie eigenlijk in wil uitdagen is een laag die er doorheen speelt als het gaat om waardigheid; we moeten de dingen bij elkaar houden. Het voorbeeld van de patholoog is een heel mooi voorbeeld van de passie die je bij vrijwel alle werkers in de zorg ziet. Ze doen het werk vanuit betrokkenheid. Ik wil jullie het volgende vragen: als we in de zorg willen sturen vanuit de waarde van de zorgrelatie, vanuit compassie, hoe komt het dan dat we met elkaar een systeem bouwen waarin we voortdurend sturen langs de andere kant? Een systeem waarin we afrekenen op prestaties en niet op zorgrelaties. Een systeem waarin we verwachten dat we transparantie creëren op die concretisering, terwijl dat net niet is wat we willen. Herkennen jullie die spanning en wat doen we daarmee?

Jan Kimpen:

Ik denk dat je sommige dingen gewoon als een gegeven moet beschouwen. De manier waarop je de centen verdeelt, dat was vroeger anders dan nu. Maar dat heeft niet geleid tot minder geld in de zorg. Het wordt nog elk jaar meer. Ongeacht het financieringssysteem moet de zorg in zijn geheel worden geleverd. Dan is het alleen maar spijtig dat het systeem daar niet in helpt. Maar je kunt het ook omdraaien. Het systeem is er; beschouw het als een gegeven. Ga vervolgens met dat systeem de zorg leveren op een waardige manier. Ik heb veel minder moeite en veel minder behoefte om de hele tijd te brommen op het systeem, want het gaat daar niet door veranderen. Maar waar de zorg wel door gaat veranderen, is als mijn collega's en ik, de leidinggevenden en de UMC'ers, het systeem *for granted* nemen en tegelijkertijd aandacht blijven hebben voor de patiënt. Ook als het geld via een andere weg binnenkomt, op een andere manier. Brommen op het systeem levert alleen maar stilstand op en maakt de zorg niet beter. Accepteer het systeem en regel met dat systeem goede zorg.

André Rouvoet:

Ik vind het een prikkelende vraag. De zorgverzekeraars werken niet in de zorg. Wij zijn namens heel Nederland de financiers van de zorg. Ik denk dat er weinig mensen werkzaam zijn in de zorg die lyrisch worden van een dbc-systeem. Je wilt mensen beter maken en zorg verlenen. Met het oog op de zorgdriehoek die je zelf al noemde, zeg ik het volgende. Als we het niet acceptabel vinden dat iemand die naar de dokter gaat bij de deur ook weer zelf moet afrekenen – wat per definitie voor tweedeling zorgt – en als we vinden dat we daar een beter systeem voor moeten verzinnen, dan moet je een manier hebben om namens die 17 miljoen Nederlanders die zorg aan de dokter te betalen. Dat is wat zorgverzekeraars doen. Dat is een keuze in Nederland. En daar heb je een titel voor nodig. Ik vond dat in het begin ontzettend moeilijk om aan te wenen. Als kamerlid had ik het altijd over zorg, maar als voorzitter van de zorgverzekeraars word ik ermee geconfronteerd dat mijn leden met Jan Kimpfen en zijn collega's gaan praten over zorgproducten en zorgproductie. Dat is namelijk een eenheid waarmee je kunt afrekenen.

Ik denk, Ruard, dat een van de grootste problemen waar we nu mee te maken hebben in de zorg, als het gaat om het beeld van de zorg, is dat er een as 'arts-patiënt-relatie' bestaat waar heel veel mooie dingen in zitten, maar er ook andere assen zijn. Dan gaat het om de zorgverzekeraar die de zorg betaalt – dat gaat over declaraties en facturen – en om de relatie tussen de zorgverzekeraar en de verzekerden. Die verzekerden, overigens niet allemaal patiënten, willen niet veel premie betalen. Als je student bent en je gaat één keer per jaar naar de huisarts, dan kost dat negen euro. Maar gemiddeld betaalt een volwassene ruim 5000 euro aan zorgkosten. Dat is allemaal solidariteit. Dit staat onder spanning. Die andere as gaat over facturen en eigen risico en afrekenen. Waar wij niet in geslaagd zijn, is om duidelijk te maken dat die twee andere assen, met economische termen, dat die nodig zijn om Jan Kimpfen en zijn mensen hun werk te laten doen. Die twee werelden zijn zo verschillend. Toch is het zo dat we die andere wereld nodig hebben om te zorgen dat die mensen hun werk kunnen doen. Daar ligt volgens mij de grote uitdaging; nu is het beeld dat we rollebollend over straat gaan. Maar we staan voor hetzelfde.

Marieke Ridder:

Ik ben natuurlijk vooral van de werkvloer en de praktijk en ik denk dat goede bedoelingen soms uit de hand lopen. Ik werk in de *care*: een verpleeghuis. Toen ik in 1988 verpleeghulp was – ik had geen opleiding maar wel ervaring – kreeg ik in een verpleeghuis in Amstelveen een sleuteltje mee. Met dit sleuteltje kon ik elke dementerende die ik op de wc zette met een Zweedse band vastzetten. Op die manier kon hij of zij er niet af vallen en kon ik zo nodig drie kwartier iets anders gaan doen. Ik zou die meneer of mevrouw nog steeds zo aantreffen. Dat iemand zich ook aan zoiets zou kunnen ophangen, was mij in die tijd nog niet bekend. Dit zijn dingen die tegenwoordig niet meer gebeuren. Dat komt ook omdat erop moet worden geturfd. Alle beschermende maatregelen moeten worden opgeschreven. Soms loopt dat uit de hand. Dan ben je in een multidisciplinair overleg tijdenlang bezig om te kijken of alle formulieren wel goed zijn ingevuld, maar gaat het niet meer over wat die meneer of mevrouw belangrijk vindt. Ik zie dus wel de goede bedoelingen. Ik zie ook dat de zorg in veel opzichten – objectief gezien – beter is geworden. Alleen raken we nu af en toe verstrikt in de administratie. Het is ook heel ergerlijk als je in een revalidatiesetting in een verpleeghuis zit en hoopt dat je iemand een zorgzwaartepakket 5 (zzp 5) kunt geven – een indicatie dat iemand echt dementerende is – zodat die persoon een plek kan krijgen in een verpleeghuis. Iemand met een zzp 4, begeleidingsbehoefstig, kan eigenlijk nergens meer terecht en moet dan maar op hoop van zegen naar huis. Dat is allemaal goed bedoeld, alleen het wringt soms. Het loopt soms uit de pas en je realiseert je dat je liever maatwerk levert. Dit geeft mij dus een dubbel gevoel.

Ruard Ganzevoort:

Dat dubbele gevoel herken ik. Dat dubbele gevoel hebben we ook gehad rond het proces van decentralisatie. Ik denk dat het hele goede bewegingen zijn en dat ze ook kunnen helpen om die primaire zorgrelatie weer centraal te stellen en weer meer vanuit waarden te denken om oplossingen te vinden. Tegelijkertijd kun je je afvragen of de manier waarop het gaat, de systemische kant, kan werken op deze manier. Dat is steeds de spanning.

Ik vind het heel mooi, Jan Kimpen, hoe jij dat zegt; natuurlijk kun je om elk systeem ruziën en een deel van mijn werk is ook om precies dát te doen. De sturing op geld en processen kun je één-op-één

doorgeven aan de organisatie en je kunt het op alle afdelingen laten doorwerken en iedereen laten turven en vinken. Maar uiteindelijk kun je ook proberen om ervoor te zorgen dat de mensen voor wie je verantwoordelijk bent zo dicht mogelijk bij hun passie blijven en hun werk vanuit basale waarden kunnen doen. En dit op zo'n manier dat ze zo min mogelijk last hebben van het systeem – een systeem dat er natuurlijk moet zijn. Dit kun je doen op de plek waar je staat en in de verantwoordelijkheid die je hebt. Het is de rol van de bestuurder op welk niveau in de organisatie dan ook.

André Rouvoet:

Daar ben ik het mee eens. In de zorg weten we met elkaar alleen nog niet wat we eraan moeten doen. Dat was waar je over sprak toen je het had over de kwaliteit van de zorg en de manier waarop we de zorg nu betalen. Dat gaat over productie en verrichtingen. Ik denk dat we een hele slag gaan maken, vergeleken met vroeger. Toen hadden we nog geen idee van wat er in het ziekenhuis gebeurde. Je kreeg gewoon een budget en je hoopte dat ze daar goede dingen mee deden. We deden er ook goede dingen mee. Maar we hadden geen idee waar we met elkaar voor betaalden. Nu zijn er de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) waarmee we echt een slag hebben gemaakt. Eigenlijk wil iedereen, ook in de zorg, toegevoegde waarde belonen, zoals jij het noemt. We weten alleen nog niet hoe.

Ik heb een keer een debat gevoerd met een politiecommissaris uit Amsterdam, met de naam Bernard Welten. Toen hadden we het meteen over outputfinanciering. Dat wilde men. Ik heb toen gereageerd en gesteld dat Amsterdam niet veiliger wordt als agenten beloond worden voor het schrijven van parkeerbonnen. We hebben dat wel een tijd gehad: hoe meer parkeerbonnen, hoe meer financiën. Daar zijn we vanaf gestapt. Ik zei toen: 'Zou jij het aandurven dat de minister financiert op gerealiseerde veiligheid in Amsterdam?' 'Nee,' zei hij, 'natuurlijk niet, dat kunnen we niet meten.' Er is dan een probleem. We doen dat wel met het geld van ons allemaal. En u wilt weten waar het aan besteed wordt. Dan kunnen wij niet zeggen: de premie gaat een paar tientjes omhoog komend jaar, omdat we denken dat het dan beter wordt in de zorg. We weten het niet. Dat is een probleem. We hebben het systeem nog niet, aan de hand waarvan we ook zouden kunnen zeggen dat we recht doen aan de professionaliteit van de werkers in de zorg en zouden kunnen belonen wat zij toevoegen aan het welbevinden en de kwaliteit

van leven van de zorgontvangers. Die kant willen we wel op. Soms maken we meters. Maar Jan Kimpen laat zich niet financieren door ons met de boodschap: we betalen je alleen maar als je waarde toevoegt aan iemands leven. Dat kan hij immers niet uitleggen. Toch?

Jan Kimpen:

Dan moeten we eens praten misschien ... Nee, het klopt. Vroeger hadden we een andere vorm van financieren. Met de dbc's zou het makkelijker moeten zijn; vroeger werd je betaald voor het aantal dagen dat je de patiënt in bed hield en de hoeveelheid opnames en operaties die je deed. Nu krijg je een prijs voor een product. En hoe je dat invult, dat bepaal je zelf. Ik krijg duizend euro voor bijvoorbeeld een liesbreuk. Hoe je de zorg vervolgens vormgeeft, kun je nu zelf regelen. Dus alle vijf componenten kun je daarin stoppen. Er is geen enkele reden om één van die vijf componenten weg te laten. Dit terwijl het in het oude systeem heel lucratief was om patiënten twee dagen langer te laten liggen, want dan had je twee ligdagen meer. Of om een patiënt op te nemen in plaats van te kiezen voor daghospitalisatie, omdat je meer kreeg voor een opnamedag. Dus de dbc-systematiek *an sich* zou het beter mogelijk moeten maken om op kwaliteit een bepaald product te definiëren en af te rekenen dan het geval was bij de vroegere systemen. Maak er dan ook gebruik van. Maar het uitlezen van kwaliteit – zeker wanneer het gaat om de uitkomst van een opname en behandeling – is buitengewoon moeilijk om te meten.

Ruard Ganzevoort:

Misschien één aanvulling, want dit is heel herkenbaar. Er worden op dit moment een aantal interessante proeven gedaan. Bijvoorbeeld het onderzoek rond beelden van kwaliteit. Daarbij wordt niet zozeer op het individuele niveau van de zorgontvanger gekeken, maar veel meer naar de manier waarop je op een meer kwalitatieve manier kan beschrijven wat de sfeer in een instelling is; de wijze waarop mensen gelukkig zijn. Met name in de *care* is dat makkelijker dan in de *cure*. Het soort maten dat helemaal niet hard te maken is, maar waarvan wel veel mensen zeggen: ik zie een verschil tussen deze instelling en die instelling.

André Rouvoet:

Je vraagt het toch vooral aan de patiënten en de cliënten?

Marieke Ridder:

Ja, precies. Je hebt ook cliënttevredenheidsonderzoeken. Als je die heel goed zou vormgeven, zegt dat natuurlijk wel wat. Dan zie je ook dat bij ons hospice de cijfers veel hoger liggen dan in het verpleeghuis. En dan kun je ook wel uitleggen waardoor dat komt. Het heeft natuurlijk ook met personele bezetting te maken en met het opleidingsniveau. Maar ook met het gegeven dat mensen ervoor kiezen om dit werk te doen, en dus meer gefocust zijn en zich daardoor laten inspireren. Op die manier zou je wel iets hard kunnen maken, lijkt mij.

Ruard Ganzevoort:

Ik zou zeggen: 'semi-hard'.

Marieke Ridder:

Ja. Mits je een goed onderzoek doet.

PUBLIEKSDISCUSSIE

Reactie uit het publiek:

Ik ben jarenlang lid geweest van de cliëntenraad van een ziekenhuis. Ook was ik tijdelijk voorzitter. Ik heb geleerd dat de ziektekostenverzekeraars er niet in geslaagd zijn om een integrale behandeling administratief te verwerken. Het wordt uit elkaar getrokken. Dat noemen ze het 'functionalisme'. Ik denk dat de ziektekostenverzekeraars in die systematiek gevangen zitten. Maar anderen ook.

Ik ga u een kort verhaaltje vertellen. Ik denk dat het iets moois illustreert. Ik ben jarenlang verantwoordelijk geweest voor de gezondheidszorg in de Bijlmermeer. Op een bepaald moment kwam er een vergadering van de gemeenteraad in de Bijlmermeer. Het ging over het probleem van het wel of niet bouwen van parkeergarages. Toen stond er een meneer op, een destilleermeester van Bols. Hij zei: 'Lieve mensen, ik ben maar een eenvoudige meneer. Ik heb eens uitgerekend hoeveel de mensen, hoeveel de gemeenschap, investeert in het opbergen van mensen in één vierkante meter, gedurende vijftig jaar. Ik heb diezelfde rekensom losgelaten op het opbergen van een auto op één meter, gedurende vijftig jaar. Weet u wat de uitkomst was? Dat was 25.000 gulden voor de mensen en 150.000 gulden voor de auto.'

Wat ik hiermee wil zeggen, dat is later ook bevestigd. Het vraagstuk waar het om gaat is niet de maatschappijopvatting van mensen, maar het gaat om het systeem van het functionalisme. Dat trekt alles uit elkaar. Er zijn geen dwarsverbindingen meer. En als dan een ziektekostenverzekering niet in staat is om een integrale behandeling van een ziekenhuis administratief te verwerken omdat de codes dat niet toelaten, dan krijg je een chaos waar de honden geen brood van lusten.

André Rouvoet:

Het is niet zo ingewikkeld om op deze prikkelende stelling te reageren. Het kortste antwoord is: het dbc-systeem is niet van de zorgverzekeraars. Ik merk dat veel dingen in de zorg de mensen zorgen baart, en dat begrijp ik ook wel. Wat me opvalt, in alle mildheid, is dat als er iets fout gaat, er dan wel heel snel gezegd wordt dat het vást de schuld van de

zorgverzekeraar is. Ik wil mijn leden niet in alles goed praten; alleen niet alles wat in de zorg fout gaat, komt door de zorgverzekeraars.

Wat u zegt, daar heeft u gelijk in. We zijn niet in staat om met elkaar een vorm te bedenken, die we met elkaar willen betalen. Bijvoorbeeld voor een integrale behandeling, waarbij we het aan de behandelaar overlaten hoe de behandeling geschiedt. Dan zouden we er met elkaar voor betalen en dat solidariteit noemen. Zorgverzekeraars hebben de wettelijke opdracht om de Zorgverzekeringswet uit te voeren. De overheid bepaalt wat er in het pakket zit. Wij voeren het uit. Als u een behandeling krijgt, waarvan de wetgever heeft gesteld dat deze in het pakket zit, dan vergoeden wij die als u de behandeling gekregen hebt. En hoe het precies in de spreekkamer of de operatiekamer gaat, ik zou bijna zeggen: wees blij dat de zorgverzekeraars daar geen verstand van gaan hebben. Als mijn leden zich gaan bemoeien met de integrale behandeling binnen het ziekenhuis, dan zou ik daar als patiënt niet blij van worden. Ik ben blij dat we daar specialisten voor hebben. Maar wij moeten die behandeling wel betalen en dat kunnen we niet anders doen dan door eenheden te bedenken. Die eenheden noemen we dbc's – niet ideaal, maar werkbaar. Het waren er een beetje veel en toen werden het dot's: dbc's op weg naar transparantie. Maar ik weet het zo net nog niet. Het is een beetje verbetering, maar echt transparant is het nog steeds niet.

Het probleem van het functionalisme herken ik dus, maar ik schrijf het niet toe aan de zorgverzekeraar. Ik weet ook niet hoe we anders moeten betalen vanuit uw geld, zonder het risico te lopen dat het geld in een bodemloze put terechtkomt. Want u bent ook niet blij als we in het najaar zeggen: 'We hebben geprobeerd op een nieuwe manier te betalen, maar de premie zal twee keer zo hoog worden. Het geld verdwijnt namelijk en we weten niet precies waar we het aan uitgeven.'

Reactie uit het publiek:

U zegt: 'We hebben producten en daar kunnen we dingen uit meten, maar hoe we bepaalde halfharde waarden in dit systeem kunnen gieten, daar zoeken we nog naar.' In de economie ken ik eenzelfde discussie. Vorig jaar stond Jan Peter Balkenende in het gebouw hiernaast en die is ook aan het zoeken naar de manier waarop je duurzaamheidswaarden, zachte waarden, ecologie, in een prijs kan vatten zodat de prijs alles omvat. In het onderwijs hebben we denk ik ook zoiets. Hoe doe je dat met de cultuur? Hoe doe je dat met de verhouding tot de student? Leren is toch meer dan alleen maar kennisoverdracht. Is dat dan iets wat we

over tien jaar wel in dit systeem hebben? In die andere velden is dit een enorm moeilijke zoektocht. Zou je dan niet binnen het systeem ruimte moeten maken die je openlaat voor dergelijke waarden? Kunnen jullie daar nog wat meer op ingaan?

Jan Kimpen:

Ik denk dat u aansluit op wat ik net gezegd heb over wat je kan doen met zorgproduct en zorgprijs. Het is niet zo dat we zoeken naar een soort van geldelijke vertaling van waardigheid of respect. Dat is niet het probleem. Ik krijg die duizend euro wel. Wat moeilijk is, is om aan het einde te meten of ik dat goed heb gedaan. Als wij met de zorgverzekeraars onderhandeld hebben over een prijs van duizend euro voor een liesbreuk, dan moeten wij gewoon turven hoeveel liesbreuken wij doen en we krijgen dan per liesbreuk duizend euro. Wat ik heel graag zou weten, is het antwoord op de vraag: 'Doen we het dan goed?' Tegenover onze patiënten is het van belang om te verantwoorden wat wij doen in het ziekenhuis. Het enige wat ik nu kan meten is dat de liesbreuk goed geopereerd is, er geen wondinfectie ontstaan is en of de breuk niet terugkomt. Dat kan ik meten. Maar ik kan niet meten of de patiënt tevreden is en of hij snel terug aan het werk kan. Ook niet of hij net zo snel weer aan het werk kan als wanneer hij in een ander ziekenhuis geholpen zou zijn. Dat zijn allemaal van die wat zachtere uitkomstwaarden die onmeetbaar zijn. Het heeft niets met de financiering te maken, maar wel met het bepalen of mijn collega's en ik het werk goed hebben gedaan en of dat werk vergelijkbaar is – dat is nog veel moeilijker – met andere ziekenhuizen die hetzelfde product leveren.

Ik denk dat dit binnen tien jaar beter gaat worden. Dat noemen we de 'outcome parameter'. Nog buitengewoon moeilijk nu, maar er wordt heel hard aan gewerkt. Ik denk dat we daar meer helderheid over hebben binnen tien jaar. Althans, dat hoop ik.

André Rouvoet:

Ik denk het wel. Ik zei het net al, we weten gewoon niet hoe we dat moeten meten. Maar je ziet op allerlei plaatsen ontwikkelingen. Bij de wijkverpleging, waar een actuele discussie is rond meer betalen aan innovatie, ook als we nog niet zeker weten of het verzekerde x of y ten goede komt. We zijn ook bezig met de huisartsenfinanciering. Ik noem een voorbeeld. Het is heel moeilijk voor een specialist om uiteindelijk na een

consult te concluderen dat er niet behandeld hoeft te worden. Dan word je niet betaald voor dat consult. Dit zeg ik niet als verwijt aan de specialist; het is logisch en bovendien ben je opgeleid om mensen te behandelen en wil je mensen beter maken. We hebben geen dbc voor niet-behandelen. Daar wordt wel aan gewerkt en over nagedacht. Denk aan kijk- en luistergeld. Betaal ook iemand die na een goed gesprek zegt: 'Je moet je niet laten behandelen.' Het komt wel, maar het duurt nog even.

Jan Kimpfen:

Ik hoorde vanochtend op een congres met Marian Kaljouw over de 'diagnose-niet-behandel-combinatie' in plaats van de 'diagnose-behandelcombinatie' (dbc).

Ruard Ganzevoort:

Ik denk dat wat je schetst niet iets is wat wij gaan oplossen. Ik denk dat we dichterbij kunnen komen, maar het dilemma blijft. En dat dilemma is dat je iets wilt meten wat niet in meetbare termen bestaat. Die relatie is van een andere orde. Ik denk dat de oplossing veel meer ligt bij wat Jan Kimpfen eerder zei, namelijk bij de zogenaamde normatieve professionaliteit. Dat wil zeggen dat de professional niet alleen iemand is die volgens het boekje en volgens het systeem handelt, maar iemand die vanuit de intrinsieke waarde van zijn vak functioneert. Die arts of verpleegkundige – in het onderwijs geldt precies hetzelfde – weet wel dat het langs die lijn geregeld wordt. Maar uiteindelijk moet ik gewoon, zo denkt hij of zij, desnoods af en toe een klein beetje om de regels heen omdat ik gewoon mijn werk goed wil doen.

Reactie uit het publiek:

Ik merk dat er een tegenstrijdigheid is in de fundering van het nieuwe systeem. Aan de ene kant zegt u dat mensen vroeger ervan uitgingen dat de verpleegkundige aan iedereen goede zorg gaf. Het erbarmen en medelijden was de basis voor de zorg voor iedereen. Aan de andere kant worden diezelfde mensen nu belachelijk gemaakt omdat ze niet-meetbare producten leveren, en er misschien geld in een hele diepe punt verdwijnt. Het systeem waarin we de ander vertrouwen in zijn of haar goede zorg is vervangen door een systeem van controle en precies nagaan of iedereen wel precies doet wat hij of zij moet doen. Ik hoor nooit hoe hoog de kos-

ten zijn van al die dbc's; al die lijsten om in te vullen, al die tijd die opgaat aan het niet-verzorgen en aan het praten over zorg. Gaat het dan misschien om de helft van de gezondheidskosten? Is dat niet veel meer dan wat zou verdwijnen in die diepe put wanneer heel dit systeem van dbc's achter de rug zou zijn, en we zouden zeggen: we gaan ervan uit dat de verpleegkundige goed is, totdat ze uit haar ambt wordt gezet wegens fouten. Dát lijkt mij de mechaniek om de zorg goed en goedkoop te laten zijn.

Ruard Ganzevoort:

Ik ben te gereformeerd hiervoor ... Nee, in theorie ben ik het bijna met u eens. Maar die theorie staat vrij ver af van de realiteit. Een realiteit waarin mensen per definitie niet altijd het goede doen. Er zijn systemen geweest waarin je inderdaad een prikkelarme financiering had. In theorie vind ik dat eigenlijk het mooiste; vertrouw er gewoon op dat de professional zijn of haar werk goed doet. Maar zonder enige prikkels blijkt dat niet per se goed te werken.

Ik denk dat we niet moeten zoeken naar een perfect systeem, maar veel meer moeten kijken waar de dilemma's zitten in het systeem dat we hanteren. Hoe kunnen we die gebruiken om het systeem vruchtbaarder te maken? Dat betekent dat we ons innerlijk niet laten regeren door dat hele stelsel van economische, technische rationaliteit maar de waarden meer vooropstellen. Dan zit je wel bij de professional; daar moet je ook vertrouwen aan schenken. Maar ik vrees dat het wat naïef is om het allemaal los te laten.

André Rouvoet:

Mag ik misschien kort aangeven waar een deel van het antwoord misschien ligt? We kennen twee wetsystemen: de *cure* en de *care*, de nieuwe Zorgverzekeringswet en de AWBZ. De AWBZ is er in 1968 gekomen. Toen was de verwachting dat daar ongeveer 55.000 mensen gebruik van zouden maken. De kosten waren 275 miljoen gulden. Ieder kreeg zijn budget. Dat budget groeide. Vorig jaar kostte de AWBZ 28 miljard euro. En 800.000 mensen maakten er gebruik van. Misschien zit daar het begin van een antwoord. Terwijl we het in de curatieve zorg – waar we hoogstaande kwaliteit hebben – redelijk in de hand weten te houden. Dat is de reden dat vorig jaar de langdurige zorg hervormd is;

het groeide tegen de klippen op. We betaalden dat met elkaar. Dat kwam onder spanning te staan.

Reactie uit het publiek:

Ik denk dat ik nu ook namens mijn vrouw spreek. In Utrecht is de volgende situatie ontstaan. Een verwarde, oude dame van negentig krijgt te horen dat ze per week anderhalf uur huishoudelijke hulp krijgt. Als daar niet tegen geprotesteerd of geprocedeerd wordt, dan is dat inderdaad zo. Dan heb je dus geen tijd om even een kopje koffie te drinken. Ik denk aan die arme werkers in de gezondheidszorg; als die gewoon een redelijke baan willen in de zorg, dan moeten ze zich de benen uit het lijf lopen. Dat is amper vol te houden. Ook lichamelijk niet. Ik vind dan ook dat we door de bodem gezakt zijn. Het is gewoon hufterig zoals gemeenten omgaan met mensen die ervoor zorgen dat anderen een schoon huisje hebben. Mensen moeten maar vervuilen en als een zwerver in hun eigen huis zien te overleven. Dat is de feitelijke situatie. We kunnen dan wel zeggen dat we gezondheidszorg organiseren, maar ik denk dat het die naam eigenlijk niet meer mag hebben. Dit wil ik graag voor het voetlicht brengen. Wat is daarop jullie reactie?

Ruard Ganzevoort

Die situaties zijn er. In die situaties – zonder over concrete gevallen te willen praten – komt het voor dat de waardigheid van mensen echt in het gedrang komt. Dat is niet de bedoeling. Zo zijn de regels ook niet bedoeld. De regels zijn ervoor bedoeld dat je per persoon kijkt wat er nodig is in de situatie. Wat kan er bijvoorbeeld gebeuren vanuit een sociaal netwerk? Er zijn gemeenten – zo horen wij te veel – die een soort algemene regel maken en zeggen: we doen anderhalf uur. Dat was eigenlijk niet het idee. Sterker nog, volgens de wet mag dat niet. Die gemeenten worden dus ook teruggefloten. Helaas moet je daar dus eerst de strijd voor aangaan. Terwijl je dat eigenlijk helemaal niet wilt. Dat is niet zoals het zou moeten. Persoonlijk denk ik dat een van de redenen waarom dit gebeurt, de manier is waarop we de invoering hebben gedaan; zó snel, op zó korte termijn, en met zóveel druk op het geld dat gemeenten denken: 'Ik moet ontzettend uitkijken met hoe ik ga inkopen, want als ik dat ruimhartig doe, dan komt de gemeente straks in de problemen.' De gemeenten zijn dus heel laag begonnen met hun inkoop. Met als gevolg dat mensen klem zitten. Ik denk wel dat dit bijgetrokken wordt, maar

eigenlijk moet je dat helemaal niet willen. Het hoort bij de groeistuipen van de overgang naar een nieuw systeem. En dat zou niet moeten.

Reactie uit het publiek

Ik heb het idee dat er een verschuiving is van de kosten. De politie is twintig procent van haar werktijd kwijt aan de opvang van mensen aan wie wij vroeger zorg mochten verlenen, en bij wie de zorg nu voor een deel is weggehaald. De bezuiniging op de gezondheidszorg komt nu voor een deel bij het politiewerk terecht. De politie zegt ook: 'Wij moeten mensen van de straat halen, terwijl we daar helemaal niet voor bedoeld zijn.'

Ruard Ganzevoort

We hebben in Den Haag inderdaad eerst het debat gehad over verwarde mensen.

Reactie uit het publiek

Ik wil op iets anders terugkomen. We zijn nu bezig met een paar heel praktische en schrijnende dingen. Wat bij mij is blijven hangen van het referaat van Ruard is het enorme cultuurkritische karakter ervan. Name-lijk het punt dat solidariteit ligt in het aanvaarden van de eigen kwets-baarheid en in het omgaan met of het accepteren van de kwetsbaarheid van de ander vanuit die aanvaarding; een solidaire houding kunnen aan-nemen ten opzichte van die ander. Dat vind ik een heel mooie gedachte die me sterk aanspreekt. Maar kan deze überhaupt nog landen in de maatschappij waarin we nu leven? Ik houd ook van de *societas perfecta*, maar is dit niet eerder het koninkrijk der hemelen dan Nederland in de 21e eeuw?

Ruard Ganzevoort

Dat heb je dus met visioenen. De utopie zegt: zo zou het eigenlijk moeten zijn. Dat betekent per definitie dat het anders is dan hoe het nu is. En dat betekent per definitie een cultuurkritische benadering. Je niet neer-leggen bij de feiten zoals ze op dit moment zijn. Daarom noemde ik ook dat er twee kanten aan zitten. Je moet zo'n visioen dicht bij de werkelijkheid houden. Je moet het niet laten loszingen: zo zou de wereld eigenlijk

moeten zijn. De wereld is nu eenmaal niet zo. Dan wordt het een illusie. Of je zegt: 'Als de wereld nu eenmaal zo is, dan kunnen we er niets aan veranderen en houden we het maar zo.' Dan zit je in het fatalisme. De spanning is voor mij – en volgens mij zit daar ook de dynamiek van de hoop – dat je de droom, het visioen, zo zwaar mogelijk aanzet en tegelijkertijd op spanning brengt met de realiteit waar je in zit. Zo zouden we het willen, ook al weten we dat het zo niet in elkaar zit. Maar door die twee verhalen dicht bij elkaar te houden, word ik voortdurend onder spanning gezet om na te denken over de kleine stapjes die ik zou kunnen zetten om wel bij dat doel te komen. En kan ik ook voortdurend blijven beseffen: ook al vallen er nu mensen buiten de boot, het is niet zoals het zou moeten zijn. Ik kan er geen genoeg mee nemen, en tegelijkertijd leef ik ook in een wereld waarin het niet anders kan. Een wereld waarmee ik voor een deel wel genoeg kan nemen. Ik vind dat we die spanning niet moeten willen oplossen. Dan zit je óf in de illusie óf in het fatalisme. Ik denk juist dat we uit die spanning de energie en de creativiteit moeten halen om te kijken waar de mogelijkheden wél zitten.

OVER DE AUTEURS

Eva Coster-van Urk (*1987) is masterstudente Theology & Religious Studies aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Zij volgt de cursus Redactievaardigheden aan de Hogeschool van Amsterdam en is sinds februari 2016 redacteur Geloof & Wetenschap bij ForumC. Eerder volgde zij de hbo-opleiding Toegepaste Psychologie en werkte zij vijf jaar in de geestelijke gezondheidszorg.

Ruard Ganzevoort (*1965) is hoogleraar praktische theologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Eerder was hij lector theologie en levensbeschouwing aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. Zijn academische onderzoek richt zich op de geleefde religie en de terreinen van religie en trauma, seksuele diversiteit, geestelijke verzorging, en religie in de populaire cultuur. Sinds 2011 is hij lid van de Eerste Kamer namens GroenLinks. Hij werkte tevens tien jaar lang als predikant van de Nederlands Gereformeerde Kerken.

Jan Kimpen (*1958) is sinds 1 januari 2016 *chief medical officer* bij Philips. Hiervoor werkte hij ruim achttien jaar voor het UMC Utrecht: de eerste tien jaar als hoogleraar kindergeneeskunde bij het Wilhelmina Kinderziekenhuis; sinds 2009 als voorzitter van de raad van bestuur van het UMC Utrecht. Hij heeft veel ervaring in het smeden van samenwerkingsverbanden in de publieke gezondheidszorg.

Marieke Ridder (*1969) is als oud-katholiek priester en assisterend pastoor verbonden aan de parochie van Amsterdam en geestelijk verzorger in een verpleeghuis en een hospice. Ze studeerde theologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en was vijftien jaar predikant toen ze koos voor de Oud-Katholieke Kerk. Het boeit haar om uiteenlopende mensen spiritueel te begeleiden.

André Rouvoet (*1962) is sinds 2012 voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland en voormalig politicus. Hij was minister voor Jeugd en Gezin en vicepremier in het kabinet-Balkenende IV. Ook was hij demissionair minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap na de val van dit kabinet. Daarvoor maakte hij namens de ChristenUnie en de RPF deel uit van de Tweede Kamer.

Peter-Ben Smit (*1979) is bijzonder hoogleraar 'oude katholieke kerkstructuren' vanwege de Stichting Oud-Katholiek Seminarie aan de Universiteit Utrecht, universitair docent Nieuwe Testament aan de Vrije Universiteit Amsterdam, en assisterend pastoor van de oud-katholieke parochie Amsterdam. Hij publiceerde op het gebied van de oud-katholieke geschiedenis, ecclesiologie, oecumenische relaties, liturgiewetenschap, alsmede op het gebied van de nieuwtestamentische exegese.

Tot op heden verschenen delen in de serie:

- 1 F. Smit, J. Visser en A.J. Glazemaker: *250 jaar Oud-Katholiek Seminarie*, 1975.
- 2 J. Visser: *De kandelaar van het licht*, 1976.
- 3 M.A. Haitisma: *De Rooms-Katholieken te Leiden van ongeveer 1650 tot de tweede helft van de achttiende eeuw*, 1977.
- 4 G.Chr. Kok: *Beknopte bibliografie van de geschiedenis van de Oud-Katholieke Kerk van Nederland*, 1978.
- 5 P.J. Maan: *Chiliasische en charismatische stromingen en de Clerezie in het begin van de 19e eeuw*, 1979.
- 6 J.J. Hallebeek: *Communis omnium possessio et omnium una libertas. Twee opstellen over Thomas van Aquino*, 1979.
- 7 H.J.W. Verhey: *Naamlijst der pastoors van de Oud-Katholieke Kerk in Nederland*, 1979.
- 8 J. Visser: *Het ideaal van de 'ecclesia primitiva' in het jansenisme en het oud-katholicisme*, 1980.
- 9 F. Smit: *Franse oratorianen en de Clerezie in de jaren 1752-1763*, 1981.
- 10 J.A.C. de Jonge: *Eenheid in conciliariteit*, 1981.
- 11 P.J. Maan en J. Visser: *1931-1981. Vijftig jaren full communion tussen de anglikaanse en oud-katholieke kerken*, 1982.
- 12 F. Smit: *Het hofje van Buytenwech te Gouda, in de jaren 1684-1713. Bijdrage tot de katholieke armenzorg in de 17^e en 18^e eeuw*, 1983.
- 13 P.J. Maan: *1054. In het spanningsveld van Utrecht, Rome, Constantinopel en Canterbury*, 1984.
- 14* C.E. Schabbing: *Verzuilingstendenties in de Oud-Katholieke Kerk van Nederland 1870-1940*, 1985.
- 15* K. Ouwens: *De theorie van de pentarchie en het primaatschap in de kerk*, 1986.
- 16 F. Smit: *De fundaties van Sasbout en Pieter van der Dussen te Delft (1622-1752). Bijdrage tot de geschiedenis van de katholieke armenzorg in de 17^e en 18^e eeuw*, 1987.
- 17 G.Chr. Kok: *Uit de geschiedenis van de synode. Een kleine kerk op weg in de 20^e eeuw*, 1987.
- 18* G. Theys: *Van Van 't Sestichhuis tot College van de Hoge Heuvel, 1633-1752*, 1988.
- 19 C. Tol: *Concelebratie. Afscheidscollège 28 september 1985*, 1988.
- 20 M.F.G. Parmentier: *Vincentius van Lerinum, de beide Commonitoria*, 1989.
- 21* Angela Berlis: *Gottes Haushalter. Der Bischof im Alt-Katholischen Kirchenrecht Deutschlands*, 1990.

- 22 Martien Parmentier: *Het pastoraat aan katholieken tussen Vecht en Eem (1638-1646)*, 1991.
- 23 Jan Hallebeek: *Over de oorsprong van jurisdictie*, 1992.
- 24 Fred Smit: *Batavia Sacra*, 1992.
- 25* Idelette Otten: *Uitblazing als aanblazing. Over het doven van de paaskaars in de christelijke eredienst*, 1994.
- 26* Joris Vercammen: *Vrouwen, mannen en macht in de kerk*, 1994.
- 27 'De Haagse teksten': *Referaten en beschouwingen op de studiedagen 'Vrouw en kerkelijk ambt', 18-20 januari 1994* (bijdragen: Angela Berlis, James Flynn, Joris Vercammen, Jan Visser), 1995.
- 28 Koenraad Ouwens: *Het Stukjesboek; Missen en Gezangen 1745-1803. De basis van het oud-katholieke kerklied in Nederland*. Proefschrift, 1996.
- 29 Jan Hallebeek: *Alonso "el Tostado" (c. 1410-1455). His doctrine on jurisdiction and its influence in the Church of Utrecht*, 1997.
- 30* Christoph Schuler: *The Mathew Affair. The failure to establish an Old Catholic Church in England in the context of Anglican Old Catholic relations between 1902 and 1925*, 1997.
- 31 Jan Hallebeek: *De 'Wondere Afscheidspreekens' van pater Daneels. Oudewater 1705*, 1998.
- 32* Jan Visser, Joris Vercammen, Theo Beemer, Angela Berlis, Dick Tieleman: *Staat de kerk haar eigen boodschap in de weg? Symposium en afscheidscollege van prof.dr. J. Visser op 1 mei 1996 te Utrecht*, 1998.
- 33 Matthieu Spiertz: *Op weg naar een rehabilitatie van Petrus Codde?*, 1998.
- 34 Koenraad Ouwens, Adrie Paasen (red.): *Liturgievernieuwing in de Oud-Katholieke Kerk. Bijdragen aan het symposium ter gelegenheid van het afscheid van Can. J.N. van Ditmarsch als voorzitter van de Bisschoppelijke Commissie voor de Liturgie van de Oud-Katholieke Kerk van Nederland op 21 maart 1998*, 1999.
- 35* Martien Parmentier (ed.): *The Ecumenical Consistency of the Porvoo Document. Papers read at a symposium held by the Anglican – Old Catholic Society of St. Willibrord at Amersfoort on 15 October 1997*, 1999.
- 36 Mattijs Ploeger: *High Church Varieties. Three Essays on Continuity and Discontinuity in Nineteenth-Century Anglican Catholic Thought*, 2001.
- 37 Jan Hallebeek (red.): *Gezag als gave. Gezag in de kerk in oecumenisch spanningsveld. Symposium op 13 december 2003*, 2004.
- 38 A.J. van den Bergh (1883-1943): *De drie hoofdgeschillen van Het Zwarte Boek. Openingsles studiejaar 1927-1928, uitgesproken aan het Oud-Katholiek Seminarie te Amersfoort op 9 september 1927* (bezorgd en ingeleid door Jan Hallebeek), 2005.
- 39 Ineke Smit: *Reasonable and Reverent. The critical orthodoxy of Charles Gore and Lux Mundi*, 2006.
- 40 Angela Berlis: *Vergelijking als weg tot historische kennis*, 2007.

- 41 Hubert Huppertz: *Ignaz von Döllingers Lutherbild*, 2007.
- 42 Ellen Weaver: *The message of Port-Royal for our Godless world. First Quasimodolecture, 14 april 2007* (Dick Schoon ed.), 2008.
- 43 Willem Jan Otten: *De ambigue gelovige. Met Augustinus contra de 'ietsisten'. Tweede Quasimodolezing, 29 maart 2008* (Angela Berlis, Lidwien van Buuren red., met bijdragen van Martijn Schrama, Angela Berlis, Dick Schoon en Rudolf Scheltinga), 2009.
- 44 Angela Berlis (red.): *Toegewijd denken. Pascalprijzen 2008 en 2009*. Met de lezingen van de beide laureaten: Urs von Arx: *Dooperkenning en kerkelijke gemeenschap*; Anton Houtepen: *De droom van Descartes en het visioen van Pascal*, 2009.
- 45 Erik Jurgens: *Bescheiden en bewogen. Over christenen in de politiek. Derde Quasimodolezing, 18 april 2009* (Lidwien van Buuren red., met bijdragen van Greetje Witte-Rang, Jan Hallebeek, Joris Vercammen en Elly Hessel), 2009.
- 46 Klaus Heinrich Neuhoff: *Building on the Bonn Agreement. An historical study of Anglican-Old Catholic relations before and after the 1931 Bonn Agreement with special reference to the Anglican-Old Catholic Theologians' Conferences 1957-2005*, 2010.
- 47 Roelf Haan: *God en de mammon in crisistijd. Niet bij markt alleen zult gij leven. Vierde Quasimodolezing, 24 april 2010* (red. Dick Schoon, Lidwien van Buuren, met bijdragen van Gert van Maanen en Dick Schoon), 2011.
- 48 Dick Schoon: *Wegwijs in de Oud-Katholieke Kerk* (Kok, Kampen 1999) 2^e herziene druk, 2011.
- 49 Jan Hallebeek: *Canoniek Recht in Ecclesiologische Context. Een Inleiding tot het Kerkelijk Recht van de Oud-Katholieke Kerk van Nederland*, 2011.
- 50 Lidwien van Buuren, Peter-Ben Smit (red.): *Meester in Kerk en Recht. Vriendenbundel voor Jan Hallebeek bij zijn 25-jarig jubileum als docent kerkelijk recht*, 2013.
- 51 Adria Paasen, Peter-Ben Smit (red.): *Over Katholiciteit als netwerk, de noodzaak van religie en de waarden van het koningschap. Quasimodolezingen 2011-2013*, 2014.
- 52 Erna Peijnenburg: *Het Kapittel van Haarlem, 1561-1853*, 2015.
- 53 Peter-Ben Smit, *Traditie als missie: 125 jaar Unie van Utrecht, 1275 jaar in de voetsporen van Sint Willibrord*, 2015.

De publicatieserie van de Stichting Oud-Katholiek Seminarie wordt uitgegeven onder verantwoordelijkheid van het docentencollege en het Curatorium van deze stichting.

Redactie: drs. Lidwien van Buuren, Adria Paasen, dr. Mattijs Ploeger, mgr. dr. Dick Schoon, prof.dr. Peter-Ben Smit.

Deeltjes uit de Seminariereeks zijn te bestellen bij de webshop van de Oud-Katholieke Kerk van Nederland: www.okkn/webshop/seminariereeks.nl of bij het Bisschoppelijk Bureau, Koningin Wilhelminalaan 3, 3818 HN Amersfoort, tel. +31 (0) 33 462 08 75, e-mail: buro@okkn.nl

*) niet meer verkrijgbaar

