

## 7. Zorgbeleid – zorgelijk beleid?

### INLEIDING

“Er is iets merkwaardigs aan de hand in de gezondheidszorg”, zo begon de verpleeghuisarts Bert Keizer op een kvz-congres in 1995. Zijn inleiding vormde een aanklacht tegen onze cultuur en tegen het geld dat onze samenleving over heeft voor verpleeghuiszorg. Onoplosbaar lijden hoort er niet bij, oordeelt hij. Een en ander ziet hij treffend en pijnlijk geïllustreerd in het overheidsbeleid jegens verpleeghuizen: “Tenslotte is het de regering die namens ons allen de gelden zodanig verdeelt, dat je jezelf als verpleeghuiswerker nog altijd geneert als je aan de familie de vierbedskamer moet laten zien waar moeder haar laatste dagen gaat doorbrengen en hoeveel van haar eigen spullen zij daar mee naar toe kan nemen. Bij ons twee boodschappentassen ongeveer. De doortastendheid waarmee onoplosbaar leed financieel wordt achtergesteld is bijna cynisch. De manier waarop je soms jarenlang moet slijmen, bellen, smeken, jengelen en zaniken, pet in de hand en steeds met twee woorden, om bij het Ministerie gehoor te vinden voor de hoognodige bouwkundige voorzieningen, is een onthutsende illustratie van deze houding.”<sup>59</sup>

In publikaties en discussies over schaarse middelen in en voor de gezondheidszorg worden heel vaak dementenderen als voorbeeld genoemd van een categorie die hoe dan ook goede en menswaardige zorg moet ontvangen. De zorg die aan hen wordt geboden geldt als een soort lakmoesproef voor de rechtvaardigheid van de middelenverdeling, voor onze solidariteit met de meest kwetsbaren, ja zelfs voor het morele gehalte van onze beschaving. Tegelijk

echter is juist de verpleeghuissector, de sector waarin zorg aan dementen is ondergebracht, veelvuldig in het nieuws met berichten over wachtlijsten, werkdruk, zorgverschraling, verouderde gebouwen. Beleidsidealen en beleidspraktijken lijken dus nogal uiteen te lopen.

Gelukkig is de praktijk van de verpleeghuiszorg vaak minder somber dan de media ons voorhouden: er gebeuren veel goede dingen, de zorg aan dementerenden wordt door veel zorgverleners als zinvol en verrijkend ervaren, er wordt behalve getreurd ook gelachen, genoten en plezier gemaakt. Maar veel van zulke dingen komen slechts tot stand dankzij de inzet van medewerkers binnen en ondanks de gegevenheden van krappe personele en materiële middelen. Of zoals pastor Marinus van den Berg dat ooit uitdrukte: "Patiënten verwachten van een verpleeghuis een 5-sterren hotel. De overheid geeft middelen om er een 2-sterren hotel van te maken. Dankzij de inspanningen van degenen die er werken wordt het nog een 3-sterren hotel."

In dit hoofdstuk benaderen we zorgdruk vanuit de invalshoek van de vraag hoe begrensde middelen voor de zorg op een rechtvaardige wijze kunnen worden verdeeld over hen, die zorg nodig hebben. Meer in het bijzonder gaat het ons om de vraag wat onder het opzicht van rechtvaardigheid toekomt aan dementerende ouderen.

#### HET VERDELINGSVRAAGSTUK IN ALGEMENE ZIN

In de gezondheidszorg gaat momenteel zo'n 65 tot 70 miljard gulden om. Elk jaar stijgt dit bedrag. De omvang ervan wordt bepaald door de overheid. Het beschikbare budget is resultaat van een afweging tussen verschillende maatschappelijke sectoren die alle uit gemeenschappelijke middelen moeten worden betaald: sociale voorzieningen, veiligheid, verkeerswegen, defensie, onderwijs, etc. Elk van

de verantwoordelijke departementen krijgt een bepaald deel van het totale bruto nationale product toegewezen. Elk departement probeert, gesteund door de eigen maatschappelijke achterban, zoveel mogelijk van de nationale koek binnen te krijgen. En is het niet het departement zelf, dan is het wel zijn achterban, die voortdurend naar voren brengt, dat het te weinig is. Zo pleiten de brancheorganisaties in de zorgsector, waaronder de Nederlandse Zorgfederatie en de Woonzorgfederatie al jaren voor meer geld dan hun is toegewezen, om wachtlijsten op te heffen en personeelstekorten te verminderen.

De zorgsector heeft ongeveer 9% van het totale bruto nationale product. Daarvan wordt overigens maar een betrekkelijk gering gedeelte rechtstreeks door de overheid betaald: het merendeel komt uit premies, die rechtstreeks betaald worden aan zorgverzekeraars. Maar de overheid heeft wel zeggenschap over de hoogte van de premies: zij rekent het tot haar taak enerzijds de premies zo laag te houden dat de koopkracht van de burger er niet onevenredig door wordt belast, anderzijds ze zo hoog te laten zijn dat de kosten voor gezondheidszorg solidair worden opgebracht. Solidair wil zeggen: de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten, en gezonden betalen mee voor zieken.

De overheid ziet zich hiermee voor een spanningsveld gesteld: de wens om de premies laag te houden concurreert met de steeds stijgende vraag naar en het stijgend aanbod aan zorgvoorzieningen. Tussen vraag en aanbod ligt een kloof die niet door de beschikbare middelen wordt gedekt. Zo ontstaat het probleem van schaarste en doet zich al enkele decennia de vraag voor hoe schaarse middelen voor de zorg op een rechtvaardige wijze kunnen worden verdeeld. Welke keuzes moeten er worden gemaakt? Wie moeten die keuzes maken? Is het mogelijk een rangorde aan te brengen tussen verschillende categorieën van zorgvragers? Welke keuzecriteria zijn rechtvaardig te noemen, welke niet?

Hoe ontstaat schaarste aan middelen in een rijk land als het onze? In vergelijking met het overgrote deel van de wereld is onze schaarste maar zeer betrekkelijk. De verdeling van welvaart tussen de eerste en de derde wereld ligt zeer ongelijk. Die ongelijkheid wordt des te schrijnender als we ons realiseren dat welvaart hier goeddeels ontstaan is en blijft bestaan ten koste van de derde wereld. Weliswaar doen wij vanuit de marges van onze overvloed wel eens schenkingen, maar daar ligt dan tevens de grens van onze solidariteit. De armoede daar is nu eenmaal ver weg; via de media worden we er zo vaak mee geconfronteerd dat het ons nauwelijks of alleen nog maar per incident beroert; en solidariteit met hen die ons nabij zijn is nu eenmaal gemakkelijker op te brengen dan solidariteit met verre, onbekende en anonieme mensen.

De vergelijking met de derde wereld leert ons echter een aantal dingen over schaarste in eigen land. Ten eerste, dat schaarste een relatief begrip is: schaarste ontstaat in relatie tot de beschikbare middelen, waarbij de omvang van die middelen er in wezen niet zo toe doet. Minder relatief is de norm van rechtvaardigheid: deze vereist dat beschikbare middelen op een eerlijke en billijke wijze zijn verdeeld. Vanuit deze norm zijn er op mondiaal niveau onrechtvaardigheden aan te duiden, maar ook in eigen land. Ook hier bestaan grote verschillen tussen arm en rijk, zijn sommigen in staat hun zorg te 'kopen' en anderen niet, lijken sommige sectoren binnen de zorg beter bedeed dan andere. In de ogen van Keizer behoort de verpleeghuissector haast stelselmatig tot de minderbedeelde sectoren.

Ten tweede, dat solidariteit met anderen gemakkelijker is op te brengen in de mate dat die anderen nabij zijn. Nabij hoeft niet alleen te betekenen: nabij in geografisch opzicht. Het gaat ook om nabijheid in de zin van vertrouwdheid, behorende tot de eigen leefwereld. Dat zijn natuurlijk in de eerste plaats onze eigen familieleden, vrienden en kennis-

sen. In de zorgsector kan nabijheid betekenen: bekendheid met bepaalde ziektebeelden. Op die basis organiseren zich bijvoorbeeld patiëntenorganisaties. Nabijheid kan tenslotte betekenen: onderkend als behorende tot de normale risico's van het leven waartegen we ons graag indekken en waarvoor we ook uit welbegrepen eigenbelang willen meebetalen voor anderen.

Maar op een of andere manier lijkt de solidariteit in deze risico's ook weer selectief te zijn: aandoeningen die ons kunnen overkomen en die 'te repareren' zijn, hart- en vaatziekten, ontstekingen, breuken, etc, en de daarbij behorende zorgsectoren van ziekenhuis, medisch-technologische voorzieningen, spectaculaire geneeskunde scoren maatschappelijk hoger dan uitzichtloze aandoeningen zoals chronische ziektes, verstandelijke handicaps, dementie. Zoals de armen in de derde wereld, lijken ook mensen met deze aandoeningen verder van onze leefwereld af te staan. Keizer noemde dementie een vorm van onoplosbaar lijden dat er 'niet bij hoort'. Zelf schetsten we in hoofdstuk 2 dementie als het schrikbeeld bij uitstek van onze cultuur. Als we vervolgens kijken naar de krappe middelen waarmee dementerende ouderen moeten worden verzorgd, dan heeft het er veel van weg dat de zorg aan hen in letterlijk zin minder op prijs wordt gesteld door onze samenleving dan andere voorzieningen.

#### STIJGENDE ZORGVRAAG IN HET VERPLEEGHUIS

De zorgbehoefte in het verpleeghuis is de laatste jaren toegenomen door een aantal factoren. Enkele daarvan zijn:

- door demografische ontwikkelingen stijgt de gemiddelde leeftijd van mensen; voor velen gaat dat gepaard met chronische ziektes en toenemende afhankelijkheid van zorg
- de indicaties voor opname in het verpleeghuis zijn ver-

scherpt: iemand die nu wordt opgenomen heeft gemiddeld meer zorg nodig dan tien jaar geleden

- bewoners en hun families zijn mondiger geworden ten aanzien van de kwaliteit van de zorg
- het bezuinigingsbeleid in de gezondheidszorg heeft onder meer geleid tot grote na druk op doelmatige en liefst in minuten uit te rekenen 'zorgproductie'
- én vanwege demografische redenen, én vanwege het slechte imago van het beroep van zorgverlener zijn er minder jongeren beschikbaar voor de zorg
- hoge werkdruk leidt tot een hoog ziekteverzuim – 9% –, wat de werkdruk voor de niet-zieken weer verhoogt

De drukte in het verpleeghuis wordt buiten het verpleeghuis weerspiegeld in lange wachtlijsten. Wat betreft de wachtlijst voor dementen: in 1997 stonden ruim 4700 mensen op die lijst, met een gemiddelde wachttijd van 17,5 week. Er zijn grote regionale verschillen: in het noorden moeten mensen gemiddeld tien weken wachten, in Zeeland en Noord-Brabant 23 weken.<sup>60</sup>

Het netto resultaat van de combinatie van deze factoren is dat er met minder mensen meer moet worden gedaan; dat deze kloof vooral betekent een tekort aan tijd en aandacht; en tenslotte, dat medewerkers van het verpleeghuis voortdurend het gevoel hebben te kort te schieten jegens bewoners en hun familie. De motivatie waarmee zij dit werk doen en destijds kozen voor dit werk staat onder druk. Velen raken burnout, verliezen hun motivatie en/of geven hun baan op.

## ZORG TUSSEN BETROKKENHEID EN PRODUCTIE

Méer geld voor méer handen en kórttere wachtlijsten zou in theorie het probleem grotendeels oplossen. Maar goede zorg is met geld alleen niet te koop. Aan goede zorg zitten tenminste twee andere aspecten vast. Op de eerste plaats

is goede zorg een zaak van de juiste attitude. Goede zorg wordt vooral bepaald door betrokkenheid op degene die zorg nodig heeft. Een verpleeghuis in het zuiden omschreef dat als volgt: "Betrokkenheid is een attitude van zorg-hebben-om mensen, van aandacht en van respect. Het is een attitude die veel zorgverleners vanuit zichzelf hebben en die hen motiveert en wellicht destijds heeft gemotiveerd om in de zorgsector te gaan werken. Betrokkenheid op mensen gaat uit van hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Betrokken hulpverleners worden daarvoor aangesproken. Niet om te betuttelen, maar om mensen te steunen en te begeleiden in hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid en hen door die steun en begeleiding te helpen een zinvol levensperspectief te vinden.

Betrokkenheid is ook: tonen van interesse in elke mens afzonderlijk en zich verantwoordelijk voelen voor diens wel en wee. Als attitude is betrokkenheid niet een activiteit waarvoor aparte tijd wordt ingeruimd. Een betrokken hulpverlener zal niet zeggen: 'ik ga u eerst wassen, en daarna ben ik tien minuten betrokken op u'. Betrokkenheid is verweven in alle activiteiten die we doen. De ervaring leert, dat bewoners die ervaren dat zorgverleners begaan zijn met hun wel en wee ook gemakkelijker begrip kunnen opbrengen voor tijdsnood, of voor het feit dat je onverwacht wordt weggeroepen".<sup>61</sup>

Schaarste is niet een probleem van alleen deze tijd, maar van alle tijden: er is in de zorgsector altijd een spanning tussen datgene wat je wilt, en wat je kunt doen. Het motto dat de patiënt of de cliënt centraal staat geldt immers voor elke patiënt en elke cliënt, en dus moeten er altijd keuzes worden gemaakt. Die keuzes kunnen betrekking hebben op materiële zaken, zoals bijvoorbeeld eenpersoonskamers, speciale bedden of dure behandelingen. Een materiële zaak is in zeker opzicht ook de tijd: ook die kan en moet verdeeld worden over meerdere zorgvragers. Maar bij de verdeling van tijd komt er een ander aspect bij, namelijk de wijze waarop die tijd wordt besteed. Tijd is

niet alleen klokkentijd, maar ook 'kwali-teit': tien minuten oprechte aandacht is meer waard dan een heel uur halve aandacht.

Verder hangt goede zorg samen met de zorgvisie. Ter beheersing van de kosten en ter verhoging van de doelmatigheid heeft de overheid marktmechanismen, ontleend aan het bedrijfsleven, opgelegd aan de zorgsector.<sup>62</sup> Dit heeft tot een verandering geleid in het denken over zorg. Terminologisch is dit onder meer herkenbaar in de aanduiding van degene die zorg nodig heeft: heette hij vroeger een patiënt of bewoner, nu heet hij klant, cliënt of consument. Degene die zorg geeft is een zorg-aanbieder. Zorg zelf heet een product, dat op zijn kwaliteit kan en moet worden getoetst. Het zijn alle termen die afkomstig zijn uit bedrijfsmatige productieprocessen. De invloed ervan op de zorg reikt dan ook verder dan alleen enkele nieuwe woorden: ook de achterliggende moraal, de waarden en normen die bedrijfsprocessen sturen, gaan de zorg door-dringen.

Achter het woord klant zit het ideaalbeeld van de mon-dige, gezonde, kritische en autonome consument. Dit beeld normeert de wijze waarop een zorgbehoevende dient te worden bejegend. Nu is er natuurlijk veel voor te zeggen om mensen die zorg nodig hebben het eerste en laatste woord te geven over doel en wijze van zorg die zij wensen; eveneens om dat bij hen ook zoveel mogelijk te bevorderen. Maar mondigheid, gezondheid, kritisch oor-deelsvermogen en autonomie zijn tegelijk waarden die bij grote aantallen zorgbehoevenden juist problematisch zijn geworden. Zo zijn bij dementerenden andere kenmerken veel meer bepalend voor de zorg die hen toekomt: hun ver-lies van autonomie, hun kwetsbaarheid, hun teruglopende gezondheid en zelfredzaamheid, hun behoefte aan veilig-hed en vertrouwdheid.

Achter het woord zorgaanbieder zit de idee van de ver-schaffer van een bepaald product, waarbij de persoon van de verschaffer er niet toe doet: zoals de persoonlijkheid



van een televisieverkoper er niet toe doet, zolang hij mij maar een goede televisie verkoopt, zo zou ook de persoonlijkheid van een zorgverlener er niet toe doen. Deze vergelijking is tot op zekere hoogte nog vol te houden als het gaat om bijvoorbeeld medisch-technische verrichtingen: als ik geopereerd moet worden stel ik mijn vertrouwen allereerst in de chirurgische bekwaamheden van de operateur. Maar zeker in de chronische zorgsector krijgt het relationele aspect veel meer gewicht: 24 uur per dag wonen en leven in een instelling en voor allerlei dingen afhankelijk zijn van degenen die er werken appelleert juist aan de menselijke en persoonlijke kwaliteiten van de medewerkers.

Zorg als product berust op een onbegrip voor wat zorg eigenlijk is. Dit onbegrip zet zich door in de nadruk op doelmatigheid, op stopwatchzorg, op zaken die gedaan moeten worden, en liefst zo efficiënt mogelijk. Ook hier geldt dat er niets tegen doelmatigheid en efficiency is. Maar waar het in de zorg aan chronisch zorgbehoevenden nu juist om gaat is niet in minuten te vangen en is niet zo vergaand te rationaliseren zoals bepaalde bedrijfsprocessen dat wel zijn. Wanneer zorg zozeer verzakelijkt, is dat een zorgelijke zaak. Vertrouwen, veiligheid, aandacht, rust, verbondenheid: dit zijn alle essentiële aspecten van zorg. De paradox is dat zulke waarden onbetaalbaar zijn, terwijl ze desalniettemin gewoon geld kosten: zorgverleners hebben recht op een normale salariering.

De slang bijt hier in haar eigen staart. De slang is een zorgvisie, waarin het verpleeghuis wordt benaderd als een productiebedrijf dat zich vooral oriënteert op normen van doelmatigheid en productiviteit. De staart is het breed uitgedragen motto dat alles draait om de cliënt: zorg op maat, klantvriendelijk. Zolang productie bovenaan staat zijn klantvriendelijkheid en zorg op maat verkoperstrucs. Echt goede zorg, op maat van dementerende ouderen stelt hun beleving van tijd en vertrouwen centraal. Zij vraagt ruimte en rust die niet vooraf in tijd zijn uit te rekenen. Zij vraagt om zorgverleners en managers, die weten waar het inhou-

delijk over gaat. En zij vraagt om een overheid die de verdeling van middelen voor de zorg weet te baseren op kennis van wat zorg is.

#### WAT IS RECHTVAARDIG?

Het probleem hoe rechtvaardige keuzes te maken is echter niet opgelost met een al dan niet geslaagd overtuigend pleidooi voor voldoende middelen om goede zorg voor dementerenden mogelijk te maken. In een samenleving die gekenmerkt wordt door belangenstrijd en competitie probeert immers elke patiënten- en zorgcategorie zo'n pleidooi te voeren. De overheid heeft de lastige taak om tussen al deze belangen een evenwicht te vinden binnen het totale budget. Zij moet keuzes maken tussen bijvoorbeeld voorzieningen voor hartpatiënten, ernstig gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten, neonatologische afdelingen, heupprotheses, etc.; de reeks is onafzienbaar en elke sector heeft haar eigen krachtige argumenten.

In de literatuur zijn verschillende benaderingswijzen beschreven.<sup>63</sup>

De overheid kan het keuzevraagstuk *utilistisch* benaderen: dan kijkt zij naar een wijze van verdeling, waarbij zoveel mogelijk mensen gebaat zijn tegen zo min mogelijk lasten. Zij rekent als het ware uit tegen welke kosten bepaalde baten te realiseren zijn. Deze benadering heeft een sterk economisch karakter. Zorg waarbij veel mensen zijn gebaat krijgt dan voorrang boven zorg waar slechts minderheden van profiteren.

Deze benadering kent twee nadelen, die beide ook gelden voor dementerenden. Op de eerste plaats kijkt zij vooral naar meetbare effecten: bijvoorbeeld winst in levensduur of de baten die een behandeling oplevert voor de samenleving. Zo scoort een 'reparabele' aandoening hoger dan een 'irreparabele'. Het reparabele (bijvoorbeeld een chirurgische ingreep) is te toetsen en de patiënt kan na

herstel zijn oude leven weer voortzetten. Dementie is echter – vooralsnog – niet te verhelpen, de patiënt zal eraan overlijden, en de zorg die hij nodig heeft is, zoals we zagen, niet of nauwelijks te meten. Op de tweede plaats vormen dementen een minderheid.

Een andere manier is *liberalistisch* getint: de nadruk ligt dan op het recht op zorg. Recht op zorg gaat echter samen met het vermogen actief op te komen voor je rechten: belangengroepen, lobby's vormen het belangrijkste instrument. Dementerenden zijn per definitie niet (meer) in staat hun rechten te verdedigen, ook al zal niemand ontkennen dat zij ze hebben. Daarbij komt, dat het type zorg dat zij nodig hebben, maatschappelijk minder hoog scoort dan de hoog-technologische ziekenhuiszorg.

Een derde benaderingswijze is *egalitairistisch*: zij mikt op gelijke kansen voor ieder op gezondheid en gaat hand in hand met het geven van voorrang aan degenen die in dit opzicht een achterstand hebben. Zij vindt haar uitgangspunt in de gelijkwaardigheid van mensen. Zij biedt ruimte om met voorrang aandacht te geven aan hen die stelselmatig achtergesteld zijn in de verdeling van middelen voor de zorg. Dat lijkt op te gaan voor vele categorieën van zorgvragers die niet zo zeer spectaculaire of succesvolle zorg nodig hebben, maar juist simpele, basale zorg.

De benadering die we zelf voorstaan lijkt het meest op een egalitairistische: ook wij vinden gelijkheid en extra aandacht voor mensen in ongelijke posities belangrijke uitgangspunten. Maar we voegen er iets aan toe. Bij de verdeling van middelen in de zorg staan in onze ogen niet voorop de gelijke kansen op gezondheid, want gezondheid zelf is een te veelzinnig begrip. Gezondheid heeft bijvoorbeeld voor de hartpatiënt een andere betekenis dan voor de demente. Daarbij komt dat gezondheidszorg voor een groot deel in feite ziekenzorg is, i.e. zorg voor hen wier gezondheid tijdelijk of definitief is aangetast. De essentie van gezondheidszorg ligt daarom op een andere plek dan

het woord ‘gezondheidszorg’ suggereert, namelijk niet bij – herstel van – gezondheid, maar bij mensen die ziek en hulpbehoevend zijn. Ziekte, in welke vorm dan ook, verstoort het leefpatroon van mensen en belemmert hen in hun deelname aan de samenleving. Dit laatste is van belang, omdat mensen ook relationele en sociale wezens zijn. Gezondheidszorg of ziekenzorg dient daarom beoordeeld te worden naar de mate waarin zij getuigt van respect voor ieder als volwaardig lid van een gemeenschap. Dat betekent dat ieder zoveel uit de gemeenschappelijke goederen dient te krijgen, dat zij/hij als mens tot haar/zijn recht komt. Ziekenzorg, en de middelen daartoe, zijn geen doel op zichzelf, maar voorwaarden om ieder als gelijke-inwaardigheid te laten deelnemen aan de gemeenschap.

Wat bij dementie op het spel staat, en méér dan bij vele ophefbare lichamelijke aandoeningen, is de ‘eer van de mens’. Onze cultuur beschouwt dementie als het schrikbeeld bij uitstek. Zij doet dat mede op basis van wat we eerder een ‘gehalveerd mensbeeld’ noemden, d.i. een mensbeeld, waarin alleen de positieve kanten als echt menselijk worden gezien. Wanneer deze positieve ‘luister’ vervaagt komt het respect voor de waardigheid van iedere mens in de gevarenzone. Zorg aan dementerenden heeft als diepste grond de eer van deze mens te redden tegenover allerlei vormen van maatschappelijke en culturele eerroof. De middelen die door de overheid, op gezag van de samenleving, worden toebedeeld aan de zorg voor dementerenden, vormen een maatstaf voor het maatschappelijk respect, respectievelijk het gebrek daaraan, voor menselijk leven in al zijn hoedanigheden en verschijningsvormen. Omgekeerd hebben dementerenden aan hun verzorgers en aan de samenleving ook veel te bieden: namelijk zicht op, en wellicht verwondering over het geheim en de heilige grond van elke mens.

## “IEDER HET ZIJNE GEVEN”

Voor een dergelijke benadering van rechtvaardigheid vinden we steun in de scholastieke definitie van rechtvaardigheid: ‘ieder het zijne geven’: ‘suum cuique tribuens’. De 20-eeuwse filosoof J. Pieper trekt hieruit de conclusie, dat rechtvaardigheid ‘etwas Zweites’ is. Zij is pas aan de orde, nádat is erkend dat iemand een ‘suum’ heeft, dat hem op onontkoombare wijze toekomt. Voor Thomas van Aquino ligt de uiteindelijke grond hiervoor in de schepping: pas dan begint het scheepsel iets eigens te hebben, namelijk het geschapen zijn als persoon en als beeld van God.<sup>64</sup> In hoofdstuk 4 zijn we ingegaan op de meer seculiere aanduiding voor deze ‘status’ van elke mens, zijn intrinsieke waardigheid. Vooraf aan concrete verdelingsvragen behelst de opvatting van rechtvaardigheid in de zin van ieder ‘het zijne’ te geven: recht te doen aan ieders waardigheid. Degene of de institutie, die dit aan elke mens verschuldigde niet geeft, berokkent niet alleen schade aan die ander, maar ook aan zichzelf. Omgekeerd kan elke concrete verdeling van middelen erop worden bevraagd of zij recht doet aan ‘het zijne’ van iedere mens. Het heeft er veel van weg dat de feitelijke toedeling van middelen aan de zorg voor dementerenden, in combinatie met de negatieve beeldvorming die in onze cultuur bestaat rondom dementie, juist aan deze eis niet voldoet.