

Welke plaats geven we zorg in de samenleving van morgen?



caruna



Inhoud

Wat is Caruna?	4
Ronde van België	9
Resultaten Ronde Van België	11
Stelling 1 Investeren in groenere buurten	12
Stelling 2 Winst maken op zorg	14
Stelling 3 Uitbesteden van dagelijkse zorgtaken	17
Stelling 4 De waarde van onze tijd om voor een naaste te zorgen	19
Stelling 5 Kwaliteit van leven versus kwantiteit van leven	22
Stelling 6 Internationale solidariteit: ook voor gezondheid	25
Stelling 7 Gezonde levensstijl en toegang tot zorg	28
Stelling 8 Mannen en vrouwen in de zorg	31
Stelling 9 Zorg dragen voor anderen: bepalend voor een zinvol leven?	33
Stelling 10 Mensen in armoede als prioritaire doelgroep in de gezondheidszorg	36
Stelling 11 Evenwicht tussen zelfzorg en solidariteit	39
Stelling 12 De mogelijkheden van technologie	41

Wat is Caruna?

**Maatschappelijk debat over de plaats van
zorg in de samenleving**



Wat is Caruna?

Maatschappelijk debat over de plaats van zorg in de samenleving

Ons zorgsysteem bevindt zich vandaag in een kritieke toestand. “Het systeem is zowel economisch als humaan onhoudbaar.” De logica van efficiëntie en kostenbeheersing heeft de afgelopen decennia de toon gezet, maar ironisch genoeg is precies dat beleid een van de factoren die ons vermogen om te zorgen heeft uitgehold. Zorg wordt vaak herleid tot een kostenpost of een technocratisch vraagstuk, terwijl het in werkelijkheid een essentiële maatschappelijke activiteit is: ze beschermt gezondheid en welzijn, verbindt mensen en gemeenschappen, en geeft onze relatie met de planeet mede vorm.

Caruna vertrekt vanuit de overtuiging dat zorg opnieuw haar centrale plaats in de samenleving moet innemen. Zorg is immers veel meer dan medische interventies of institutionele diensten. Het gaat ook over de dagelijkse praktijken van aandacht, solidariteit en verbondenheid die een samenleving leefbaar maken. Toch worden die vormen van zorg systematisch ondergewaardeerd: of het nu gaat over de onzichtbare inzet van mantelzorgers, de structurele onderbetaling van zorgberoepen, of de ecologische dimensie van zorg voor toekomstige generaties.

De vraag die Caruna stelt is fundamenteel: *Welke plaats geven we zorg in de samenleving van morgen?*



Welke plaats geven we zorg in de samenleving van morgen?

Dit is een diepgaande maatschappelijke uitdaging. Hoe kunnen we de huidige crisislogica overstijgen en een evenwicht vinden tussen doelmatige zorg (met oog voor middelen) en doelgerichte zorg (met oog voor menselijke waardigheid)? Hoe kunnen we zorg opnieuw erkennen als een collectieve verantwoordelijkheid die verder reikt dan het individu of het gezin, en die gedragen wordt door gemeenschappen, instellingen en beleid?

Om dit debat te voeren, laat Caruna zich inspireren door drie belangrijke denkkaders. Hannah Arendt herinnert ons eraan dat zorg een ultiem menselijke activiteit is die vrijheid en creativiteit vereist. Zorg is nooit louter routine, maar vraagt om voortdurende reflectie, interactie en het vermogen om telkens opnieuw te beginnen. Joan Tronto voegt hier een ethische dimensie aan toe en definieert zorg als een politieke activiteit, ingebed in verantwoordelijkheid, solidariteit en rechtvaardigheid. Het *Care Manifesto* van The Care Collective tenslotte breidt deze visie uit naar een universeel en planetair perspectief: zorg als organiserend principe op alle niveaus, dat ook toekomstige generaties en de natuurlijke wereld omvat.

Vanuit deze inspiratie wil Caruna een maatschappelijk debat organiseren dat meer is dan een verzameling gesprekken. Het moet een breed gedragen proces worden waarin burgers, zorgprofessionals, academici, beleidsmakers en maatschappelijke organisaties elkaar ontmoeten. Alleen door die diversiteit van stemmen samen te brengen, kan een nieuwe visie op zorg ontstaan – een visie die de basis legt voor een zorgzame, inclusieve en duurzame samenleving.



Concrete doelstellingen

Caruna is opgezet met de ambitie om een breed maatschappelijk debat te stimuleren dat niet alleen ruimte geeft aan reflectie, maar ook perspectieven opent voor mogelijke richtingen. Het traject beoogt in de eerste plaats een breed gedragen visie te verkennen over de plaats van zorg in de samenleving. Zo'n toekomstbeeld kan zorg opnieuw zichtbaar maken als kernwaarde en verbindende kracht, en tegelijk houvast bieden aan beleidsmakers, organisaties en burgers.

Daarnaast wil Caruna bijdragen aan een groter maatschappelijk bewustzijn. Door zorg te belichten als een gedeelde verantwoordelijkheid van burgers, gemeenschappen en instellingen, kan de basis worden gelegd voor een cultuur waarin aandacht, solidariteit en wederkerigheid sterker naar voren komen. Dit bewustzijn moet leiden tot collectieve actie: het formuleren van concrete aanbevelingen en voorstellen die verder reiken dan het debat alleen, en die door beleidsmakers, middenveld en burgers in praktijk kunnen worden gebracht.

Het culminatiepunt van dit proces is de Caruna-top van 22 november 2025, waar de verzamelde inzichten en voorstellen in de vorm van resoluties worden gebundeld en gepresenteerd. Daarmee wil Caruna zorg in al haar dimensies opnieuw stevig op de agenda plaatsen: als menselijke kernactiviteit, als politieke en economische realiteit, en als ecologische noodzaak.

Uiteindelijk wil Caruna zo bijdragen aan een samenleving waarin zorg niet langer als randvoorwaarde wordt beschouwd, maar als organiserend principe dat richting geeft aan hoe we samenleven, werken, zorgen en bouwen aan de toekomst.

Discussiethema's

Het maatschappelijk debat dat Caruna organiseert, is opgebouwd rond vijf centrale thema's die de contouren schetsen van de samenleving van morgen. Deze thema's, weergegeven in de Caruna-praatplaat (hieronder afgebeeld), bieden richting aan de gesprekken en vormen de inhoudelijke ruggengraat van het traject.



Een eerste thema is de zorgzame samenleving, waarin inclusie, hartelijke plekken en een zorgzame democratie centraal staan, en waarin gezondheid expliciet wordt meegenomen in alle beleidsdomeinen. Een tweede thema betreft de kwaliteit van leven: goed leven en sterven, verbondenheid en rituelen, en de rol van scholen en werkplekken als plekken van compassie. Het derde thema is de organisatie van zorg, met nadruk op een mensgerichte benadering die vertrekt van de persoon en zijn of haar netwerk, en waarin formele en informele zorg beter op elkaar worden afgestemd. Vervolgens gaat aandacht naar ecologische duurzaamheid, waar zorg verbonden wordt met habitat, biodiversiteit en klimaat, en verantwoordelijkheid tegenover toekomstige generaties. Tot slot staat solidariteit en sociale rechtvaardigheid centraal, met aandacht voor de erkenning van zorgwerk, het versterken van institutionele en warme solidariteit, en het belang van maatschappelijk engagement.

Deze vijf thema's zijn vertaald naar **twaalf concrete stellingen** die tijdens de brede publieke raadpleging centraal staan. Ze brengen de abstracte thema's terug tot herkenbare, vaak prikkelende vraagstukken, en nodigen deelnemers uit om er positie in te nemen:

1. De komende jaren moeten extra middelen naar groene buurten gaan, vanuit de budgetten voor gezondheid en zorg.
2. Er mag winst gemaakt worden op zorg.
3. Dagelijkse zorgtaken moet je uitbesteden aan professionele zorgverleners, zodat je zelf kan gaan werken.
4. Als je tijd maakt om voor een naaste te zorgen, moet dat altijd meetellen voor je pensioen.
5. Het heeft geen zin om met behandelingen levensjaren toe te voegen als die naar het aanvoelen van de patiënt niet kwaliteitsvol en betekenisvol zijn.
6. We moeten met middelen (geld, kennis...) uit ons gezondheidsbudget ook investeren in de gezondheid van mensen in landen in ontwikkeling.
7. Hoe gezond of ongezond iemands keuzes zijn, mag geen verschil maken voor de toegang tot zorg die een persoon krijgt.
8. De overheid moet campagnes organiseren om jongens naar zorgopleidingen te leiden.
9. Een leven waarin ik geen zorg draag voor anderen is een zinloos leven.
10. Mensen die in armoede leven moeten voorrang krijgen in de zorg.
11. De toenemende aandacht voor zelfzorg in onze samenleving is een gevaar voor onze solidariteit.
12. De uitdagingen in de zorg kunnen enkel opgelost worden door massaal te investeren in (nieuwe) technologie.

Door dit samenspel van brede thema's en concrete stellingen ontstaat een dynamische dialoog. De thema's bieden de nodige samenhang en diepgang, terwijl de stellingen het gesprek concreet en vaak scherp maken. Zo ontstaat een debat dat zowel richtinggevend is als diep geworteld in de ervaringen en overtuigingen van burgers, professionals en organisaties.



Deze vijf thema's zijn vertaald naar twaalf concrete stellingen die tijdens de brede publieke raadpleging centraal staan. Ze brengen de abstracte thema's terug tot herkenbare, vaak prikkelende vraagstukken, en nodigen deelnemers uit om er positie in te nemen:



“Het eindrapport moet een vertrekpunt vormen voor verdere samenwerking en concrete initiatieven in beleid, praktijk en samenleving.”

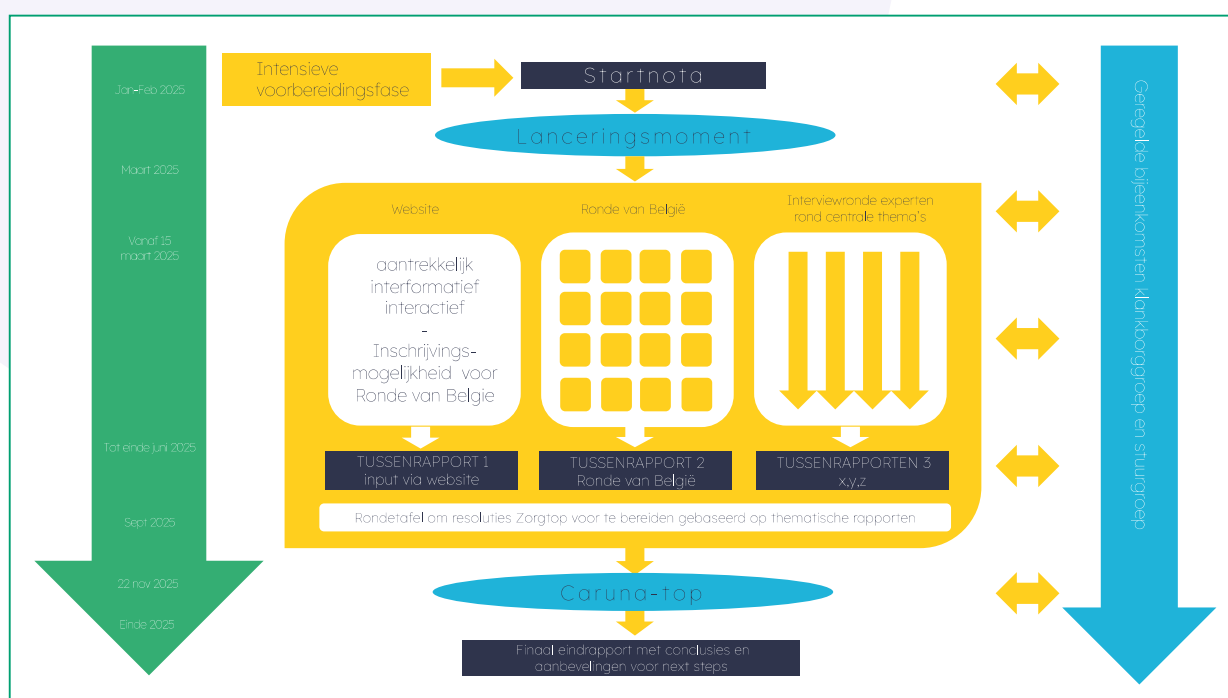
Hoe verloopt het proces?

Het traject van Caruna verloopt in vier opeenvolgende fasen, die samen een evenwicht creëren tussen grondige voorbereiding, brede maatschappelijke participatie en verdiepende reflectie.

De eerste fase, in januari en februari 2025, was een **intensieve voorbereidingsfase**. Hierin werd de startnota uitgewerkt als inhoudelijke basis van het traject. Deze nota werkte de centrale thema's verder uit en werd getoetst aan een diverse klankbordgroep van “kritische vrienden”, die hielpen om de thema's scherp te stellen.

De tweede fase vond plaats van de tweede helft van maart tot begin juli 2025 en bestond uit een **brede publieke raadpleging**. Die werd gedragen door drie pijlers. Via een interactieve website konden burgers rechtstreeks input geven. Daarnaast organiseerden tal van middenveldorganisaties en burgerinitiatieven in het kader van de Ronde van België dialogen met hun achterban. Hiervoor werden draai-boeken, templates en informatiefiches aangereikt door het Caruna-team, en op verzoek ook gespreksbegeleiders ter beschikking gesteld. Een derde pijler bestond uit interviews met 21 experts. Deze interviews droegen bij aan een verdiepende verkenning van onze 5 thema's, aanvullend op de concretere discussies rond de 12 stellingen. Elke pijler resulteert in een tussentijds rapport, die samen de inhoudelijke basis vormen voor de volgende fase: de **rondetafelconferentie**. Hier wordt alle input uit de publieke raadpleging samengebracht en besproken met experts en onze klankbordgroep van kritische vrienden. Op basis daarvan worden ontwerp-resoluties geformuleerd, die de basis vormen voor de vierde fase.

De vierde fase vindt plaats op **22 november 2025**, tijdens de **Caruna-top** in Brussel. Daar worden 1.000 à 1.500 deelnemers samengebracht voor een intensieve dialoog over de toekomst van zorg en samenleving. De ontwerp-resoluties worden er bediscussieerd, aangescherpt en verder gedragen. Op basis van deze top wordt een finaal eindrapport opgesteld waarin we enerzijds een omvattende analyse brengen uit de resultaten van de brede publieke raadpleging en anderzijds – op basis van de resultaten van de Caruna-top, conclusies en aanbevelingen zullen doen voor concrete vervolgstappen. Het eindrapport moet op die manier een vertrekpunt vormen voor verdere samenwerking en concrete initiatieven in beleid, praktijk en samenleving.



Ronde van België



Ronde van België



meer dan 100
dialoogmomenten over
de toekomst van zorg.
Deze gesprekken vonden
plaats in buurthuizen,
verenigingslokalen,
scholen en zaaltjes,
telkens ingebed in de
eigen lokale context,
maar verbonden door
een gedeelde methodiek
en ondersteuning vanuit
Caruna.

De ronde in de praktijk

De Ronde van België was onderdeel van Caruna's publieke raadpleging. Tussen maart en begin juli 2025 organiseerden diverse organisaties, verenigingen en burgerinitiatieven in heel het land meer dan 100 dialoogmomenten over de toekomst van zorg. Deze gesprekken vonden plaats in buurthuizen, verenigingslokalen, scholen en zaaltjes, telkens ingebed in de eigen lokale context, maar verbonden door een gedeelde methodiek en ondersteuning vanuit Caruna. Zo werd de zorgzame samenleving niet alleen een theoretisch thema, maar een concreet gespreksonderwerp in dorpen en steden verspreid over Vlaanderen, Brussel en Wallonië.

Drie werkvormen

Caruna stelde drie methodieken ter beschikking die door de organisatoren flexibel konden worden ingezet.

- In *tafelgesprekken* kwamen kleine groepen van minder dan 10 tot 15 deelnemers samen rond een tafel. Met behulp van debatfiches gingen zij in gesprek over stellingen en thema's, en legden hun inzichten vast op een resultatenblad.
- Bij *bewegende posities* namen groepen van vijftien tot dertig deelnemers letterlijk plaats op een schaal van 1 tot 7 bij stellingen naar keuze. Daarna bespraken zij hun argumenten, om vervolgens gezamenlijk de belangrijkste voor- en tegenargumenten bij de gekozen stelling te formuleren.
- Voor grotere bijeenkomsten bood het *praatcafé* een geschikt format. Groepen van dertig tot honderdvijftig deelnemers wisselden meerdere keren van tafel, telkens rond een ander thema uit de Caruna-praatplaat. Zo ontstond een mozaïek van perspectieven, die aan het einde van de bijeenkomst werden samengebracht in een collectieve oogst.

Ondersteuning door Caruna

Om deze dialogen toegankelijk te maken, voorzag Caruna een uitgebreid pakket aan hulpmiddelen. Gespreksleiders ontvingen duidelijke leidraden, presentaties en fiches die de debatten inhoudelijk kaderden. Elk gesprek werd afgerond met het invullen van een resultatenblad, zodat de uitkomsten systematisch konden worden teruggekoppeld naar het Caruna-team. Waar nodig konden organisatoren ook rekenen op professionele procesbegeleiders die door Caruna ter plaatse werden ingezet.

De ronde in cijfers

De Ronde van België leverde niet alleen een rijkdom aan ideeën en perspectieven op, maar ook duidelijke cijfers die de schaal en diversiteit van het traject zichtbaar maken.

- In totaal werden **108 evenementen** georganiseerd, verspreid over het hele land.
- Samen brachten deze bijeenkomsten ongeveer **2.200 deelnemers** samen.
- De Ronde vond plaats in drie landstalen: **31 in het Frans, 76 in het Nederlands en 1 in het Duits**.

Deze cijfers illustreren hoe het gesprek over zorg in zeer uiteenlopende contexten werd gevoerd: van kleine lokale initiatieven tot grotere bijeenkomsten, en in alle landstalen. Zo toont de Ronde van België de bereidheid en het enthousiasme van burgers en organisaties om actief mee te denken over de toekomst van zorg.

Resultaten Ronde van België





Inleiding

De twaalf stellingen die in de Ronde van België centraal stonden, kenden een uiteenlopende mate van belangstelling en discussie-intensiteit. Sommige thema's lokten een overvloed aan argumenten uit en werden in vele dialoogmomenten besproken, terwijl andere minder vaak gekozen werden en daardoor beperktere input opleverden.

Uit de vergelijking blijkt dat stelling 2 (Winst maken op zorg), stelling 4 (De waarde van onze tijd om voor een naaste te zorgen), stelling 10 (Mensen in armoede als prioritaire doelgroep in de gezondheidszorg) en stelling 12 (De mogelijkheden van technologie) de **meeste aandacht** kregen. Deze thema's riepen telkens een groot aantal argumenten op. Ze werden vaak gekozen en leverden zowel uitgesproken voor- als tegenstellingen op, waardoor het debat levendig was. Vooral stelling 10 en stelling 2 sprongen eruit door de veelheid én de scherpheid van de argumentatie. Ook stelling 7 (Gezonde levensstijl en toegang tot zorg) kende veel inbreng en werd gekenmerkt door een opvallend evenwicht tussen voor- en tegenstanders.

Aan de andere kant zijn er stellingen die duidelijk **minder vaak aan bod** kwamen. Dat geldt vooral voor stelling 1 (Investeren in groenere buurten), stelling 3 (Uitbesteden van dagelijkse zorgtaken) en stelling 8 (Mannen en vrouwen in de zorg). Deze stellingen werden relatief weinig gekozen in de dialoogmomenten en kenden daardoor een beperktere input. Het debat was er minder gepolariseerd en eerder gericht op het delen van ideeën en nuances. Vooral stelling 8 leverde opvallend weinig materiaal op.

Wanneer we kijken naar de **mate van verdeeldheid**, zien we bijkomende nuances. Zo was er bij stelling 7 (Gezonde levensstijl en toegang tot zorg) opvallend veel evenwicht tussen voor- en tegenargumenten, wat wijst op een fel maar tegelijk genuanceerd debat. Het tegenovergestelde gold voor stelling 1 (Investeren in groenere buurten), waar weinig polarisatie was, en meer aandacht voor het aanbrengen van nuances.

Ook de **gekozen methodieken** maken een verschil. Sommige thema's werden vooral in open gespreksvormen besproken, zoals het praatcafé of het tafelgesprek. Bij stelling 9 (Zorg dragen voor anderen: bepalend voor een zinvol leven?) kwamen de meeste argumenten uit *Praatcafés*, wat erop wijst dat dit eerder een onderwerp was voor brede reflectie en uitwisseling dan voor scherpe confrontatie. Daarentegen werd stelling 12 (De mogelijkheden van technologie) opvallend vaak gekozen in *bewegende posities*, een methodiek die deelnemers verplichtte om duidelijk positie in te nemen.

Tot slot vallen ook **verschillen tussen de Nederlandstalige en Franstalige** gesprekken op. Zo waren stelling 2 (Winst maken op zorg) en stelling 4 (De waarde van onze tijd om voor een naaste te zorgen) veel populairder in de Nederlandstalige dialoogmomenten dan in de Franstalige. Andere stellingen, stelling 1 (Investeren in groenere buurten) en stelling 3 (Uitbesteden van dagelijkse zorgtaken), werden daarentegen ongeveer even vaak besproken in beide taalgroepen. Deze verschillen tonen aan dat bepaalde thema's sterker leefden in de ene taalgemeenschap dan in de andere, wat een bijkomende nuance geeft aan de verzamelde input.

Samenvattend kan worden gesteld dat de populairste stellingen zowel veel deelnemers aantrokken als een hoge mate van verdeling vertoonden, terwijl bij andere stellingen de nadruk eerder lag op minder verdeelde gesprekken, en meer nuances opleverden. Deze verschillen in populariteit, rijkdom, verdeeldheid en methode vormen een belangrijk kader om de individuele hoofdstukken in dit rapport te begrijpen.

Stelling 1

De komende jaren moeten extra middelen naar groene buurten gaan, vanuit de budgetten voor gezondheid en zorg

Dans les années à venir, des ressources supplémentaires provenant des budgets des soins de santé doivent être consacrées à rendre les quartiers plus verts

Deze stelling werd relatief gezien minder vaak gekozen en leverde daardoor een beperktere input op. Het debat verliep eerder genuanceerd, met weinig uitgesproken polarisatie.

1) Argumenten vóór

Preventie & gezondheidswinst

Deelnemers leggen een direct verband tussen groene buurten en het voorkomen van gezondheidsproblemen. Toegang tot natuur en kwalitatieve openbare ruimte bevordert zowel fysieke als mentale gezondheid, vermindert stress en stimuleert sociale contacten en beweging. Zulke effecten verminderen de druk op het zorgsysteem op langere termijn. Door preventief te investeren in natuur in de buurt, worden toekomstige zorguitgaven teruggedrongen en kan de algemene gezondheid van de bevolking verbeteren.

“Inzetten op een groene buurt zal op lange termijn kosten besparen voor gezondheid en zorg.”

“L’environnement est un déterminant important de la santé et donc un élément clé de la prévention.”

Leefkwaliteit, nabijheid & samenleven

Voor veel deelnemers draait het debat over groene buurten niet alleen om gezondheid in enge zin, maar ook om dagelijkse leefkwaliteit en sociale verbondenheid. Toegankelijke, groene ruimtes in de wijk worden gezien als plekken waar mensen elkaar kunnen ontmoeten, kinderen veilig kunnen spelen en buren weer meer met elkaar in contact komen. Zulke plekken versterken het sociaal weefsel, wat op zijn beurt ook het mentale welzijn ten goede komt.

“Creëren van toegankelijke en diverse groene ruimtes in elke buurt.”

“Retrouver une vie de quartiers où les enfants peuvent jouer en sécurité, pouvoir parler avec son voisin.”

“Remettre de la verdure, arbres, fleurs, dans les quartiers, avoir des lieux où les gens peuvent se rassembler.”

2) Argumenten tegen

Afbakening van het gezondheidsbudget

Tegenstanders vinden dat middelen uit het gezondheids- en zorgbudget in de eerste plaats besteed moeten worden aan directe zorgverlening en het aanpakken van acute noden, zoals wachtlijsten, personeelstekorten en betaalbaarheid van behandelingen. Hoewel men het belang van groene ruimte erkent, zien sommigen dit eerder als een taak voor stadsontwikkeling, leefmilieu of ruimtelijke ordening, en niet als een kerntaak van het zorgbudget.



“Inzetten op een groene buurt zal op lange termijn kosten besparen voor gezondheid en zorg.”

“Er zijn al te weinig middelen voor gezondheid en zorg, dit moet eerder uit andere ‘potjes’ komen.”

“Le budget de la santé doit rester dédié à la santé.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Beleidsdomeinen verbinden & gerichte investeringen

Sommige deelnemers zien investeringen in groene buurten als het meest effectief wanneer ze worden ingebed in een brede, integrale One Health-benadering. Ze pleiten voor nauwe samenwerking tussen gezondheidszorg, ruimtelijke ordening, mobiliteit, leefmilieu en natuurbeheer, zodat projecten meerdere doelen tegelijk dienen en op alle beleidsniveaus gedragen worden. Daarbij moet de focus liggen op wijken waar de nood het grootst is, op basis van socio-demografische gegevens, en op groen van hoge kwaliteit (inheems, biodivers, multifunctioneel). Bewonersbetrokkenheid en lokaal eigenaarschap worden gezien als cruciaal voor blijvend succes. Naast fysieke ingrepen is ook sensibilisering belangrijk: burgers, scholen, professionals en lokale besturen bewust maken van de gezondheids- en welzijnsvoordelen van groen en hoe het geïntegreerd kan worden in het dagelijks leven.

“Via de One Health benadering worden diverse doelen gerealiseerd vanuit een andere invalshoek maar met een gemeenschappelijk doel en resultaat op het terrein: meer biodiversiteit, een betere klimaatadaptieve leefomgeving, meer gezonde mensen. Het ene kan niet gerealiseerd worden zonder het andere. Daarom zouden we doelen delen en samenwerken op alle beleidsniveaus, veel meer dan nu het geval is. Alleen door samen te werken, leren we elkaars taal te verstaan en kunnen er gemeenschappelijke projecten met resultaten ontstaan. [...]”

“Health in all policies, gezondheidsreflex in ALLE domeinen.”

“Volet éducation : former et sensibiliser à tous les niveaux – écoles, grand public, publics spécialisés, professionnels de santé – à l’importance des espaces verts pour la santé et le bien-être.”

Samenvatting

Veel deelnemers zien groene buurten als een investering in preventie die op lange termijn gezondheidswinst oplevert. Meer toegang tot natuur en kwalitatieve openbare ruimte bevordert beweging, mentale gezondheid en sociale verbondenheid, waardoor de druk op het zorgsysteem kan afnemen. Naast gezondheid gaat het ook om leefkwaliteit en gemeenschapsvorming in de wijk. Tegenstanders vinden echter dat het gezondheidsbudget in de eerste plaats moet gaan naar directe zorg en acute noden, en dat vergroening eerder thuishoort bij andere beleidsdomeinen. In de nuanceringen pleit men voor een integrale One Health-aanpak die gezondheid koppelt aan biodiversiteit, klimaatadaptatie en leefkwaliteit, met prioriteit voor kwetsbare wijken, kwalitatief groen, bewonersbetrokkenheid en sensibilisering over de gezondheidsvoordelen van natuur.



Meer toegang tot natuur en kwalitatieve openbare ruimte bevordert beweging, mentale gezondheid en sociale verbondenheid, waardoor de druk op het zorgsysteem kan afnemen.

Stelling 2

Er mag winst gemaakt worden op zorg

On peut faire des bénéfices sur les soins de santé

Een van de populairste thema's, die vooral in Nederlandstalige dialoogmomenten aan bod kwam. Het debat was scherp en gepolariseerd, met sterke argumenten aan beide kanten.

1) Argumenten vóór

Innovatie & efficiëntie

Voorstanders geven aan dat winstprikkelers een belangrijke rol kunnen spelen bij het stimuleren van innovatie, het versnellen van ontwikkelingen en het verbeteren van de efficiëntie in de zorg. Winst kan private investeringen aantrekken voor nieuwe technologieën, infrastructuur en diensten. Hierdoor kunnen innovatieve behandelingen sneller beschikbaar worden, zoals geïllustreerd door de snellere ontwikkeling van bepaalde vaccins. Daarnaast kan een zekere mate van concurrentie zorgaanbieders aansporen om efficiënter te werken, verspilling te beperken en kwaliteitsverbeteringen door te voeren. Wel benadrukken deelnemers dat winst nooit ten koste mag gaan van zorgkwaliteit en dat er transparante criteria moeten zijn om te beoordelen of winst ook daadwerkelijk bijdraagt aan betere zorg.

"Als winsten ingezet worden voor ondernemingszin en innovatie; vb zonder winsten toe te laten hadden we wellicht langer moeten wachten op corona-vaccins."

"Winst kan leiden tot innovatie. De overheid heeft de taak om hier ethisch naar te kijken. Geen 'overwinsten' "

Nood aan kapitaal & ondernemerschap (met herinvestering)

Een ander argument vóór winst in de zorg is dat het zorgt voor de nodige financiële slagkracht en ondernemerschap om zorginstellingen duurzaam te laten draaien en te laten groeien. Zonder de mogelijkheid tot winst zouden bepaalde investeringen in infrastructuur, apparatuur of personeel moeilijk te realiseren zijn. Sommige deelnemers stellen dat winst maken op zich geen probleem hoeft te zijn, zolang deze winst wordt hergeïnvesteed in de zorgsector en niet louter naar aandeelhouders vloeit. Herinvestering kan leiden tot betere arbeidsvoorwaarden, extra personeel, uitbreiding van het zorgaanbod en lagere kosten voor patiënten.

"Er moet winst gemaakt worden op de zorg om deze draaiende te houden. Het moet gewoon gecontroleerd kunnen worden door de overheid."

"Iedere voorziening of bedrijf mag en moet winst maken anders rendeert het bedrijf niet, maar niet ten koste van de kwaliteit van zorg en herinvesteren in de zorg."

2) Argumenten tegen

Toegankelijkheid & betaalbaarheid onder druk

Tegenstanders benadrukken dat winstprikkelers in de zorg vaak leiden tot hogere kosten voor patiënten, selectieve behandeling van winstgevendende doelgroepen en het ontstaan van een zorgsysteem met twee snelheden. Wanneer winstmaximalisatie centraal staat, kan dit de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg aantasten, zeker voor kwetsbare groepen. Commerciële partijen zouden geneigd zijn om te 'cherry-picken' en enkel die diensten of patiënten te bedienen die financieel interessant zijn, waardoor de solidariteitsgedachte wordt uitgehouden. Ook wordt



"Winst kan leiden tot innovatie. De overheid heeft de taak om hier ethisch naar te kijken. Geen 'overwinsten' "



“Strikte regelgeving en controle op commerciële zorgaanbieders is noodzakelijk om kwaliteit en gelijkheid te waarborgen.”

gevreesd dat dit leidt tot hogere persoonlijke bijdragen en minder aandacht voor niet-rendabele maar maatschappelijk noodzakelijke zorg.

“Zorg mag geen winstmodel zijn. Het welzijn van de patiënt moet altijd centraal staan.”

“Accès garanti pour tous les soins, accessibilité non liées aux finances personnelles.”

Commercialisering & belangenconflicten

Veel deelnemers waarschuwen voor de negatieve gevolgen van het commercialiseren van zorg. Wanneer zorginstellingen primair worden aangestuurd door winstdoelen, verschuift de focus van het patiëntenbelang naar het rendement voor aandeelhouders. Dit kan leiden tot belangenconflicten waarbij beslissingen over behandelingen, personeelsinzet of investeringen vooral worden ingegeven door financiële motieven, niet door zorgnoden. Er is bezorgdheid dat zulke commerciële logica's de kernwaarden van solidariteit, mensgerichtheid en continuïteit in de zorg ondermijnen. Daarbij wordt ook gewezen op de verleiding voor private partijen om hun winsten naar moederorganisaties (soms in het buitenland) te sluizen, waardoor middelen uit het zorgsysteem verdwijnen.

“Er is een bezorgdheid dat als er winst gemaakt wordt in de zorg en deze niet herinvesteerd in kwaliteitsvolle zorg, deze kwalitatieve zorg failliet zal gaan. Zeker als winsten naar de moederorganisaties gaan in het buitenland.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Regulering, transparantie & grenzen aan winst

Veel deelnemers, ook wie winst niet volledig afwijst, benadrukken dat er strikte randvoorwaarden nodig zijn om te voorkomen dat winst ten koste gaat van kwaliteit, toegankelijkheid of solidariteit. Belangrijke voorstellen zijn: prijsregulering (o.a. voor geneesmiddelen), transparantie over winstbestemming, beperking van overwinsten, en duidelijke kwaliteitsnormen voor erkenning en financiering. Door dergelijke spelregels te hanteren, kan de maatschappelijke doelstelling van zorg — gezondheid en welzijn — voorop blijven staan, ook bij private inbreng.

“Strikte regelgeving en controle op commerciële zorgaanbieders is noodzakelijk om kwaliteit en gelijkheid te waarborgen.”

“Réguler & légiférer: équilibrer non marchand et marchand.”

Herinvestering & sociale meerwaarde

Een breed gedragen aandachtspunt is dat winst uit zorgactiviteiten in eerste instantie terug moet vloeien naar de sector zelf: in personeelsbeleid, infrastructuur, innovatie en kwaliteitsverbetering. Er klinkt steun voor modellen waarbij private inbreng wordt toegestaan, maar onder de voorwaarde dat een substantieel deel van de winst verplicht wordt hergeïnvesteed in maatschappelijke meerwaarde, zoals betaalbare toegang en preventie. Dit kan ook via alternatieve organisatiemodellen, zoals coöperaties, waarbij private middelen worden opgehaald zonder grootschalige winstuitkeringen aan aandeelhouders.

“Reinvestir les profits au service de l'intérêt collectif (ex: réserver une part des plus-values des entreprises au bénéfice de la sécurité sociale).”

“Het kan ook in de vorm van een coöperatieve vennootschap waarmee je privaat middelen kan 'ophalen' zonder dat er grote winstuitkering naar aandeelhouders gaan.”

Bescherming van basiszorg en kwetsbare groepen

Zowel voor- als tegenstanders van winst benadrukken dat bepaalde vormen van zorg — vooral basiszorg en zorg voor kwetsbare groepen — volledig beschermd moeten blijven tegen winstlogica. Deze onderdelen van het systeem moeten gegarandeerd toegankelijk zijn, ongeacht iemands inkomen of winstpotentieel voor aanbieders.

“Op basiszorg mag geen winst gemaakt worden; dit moet absoluut beschermd worden.”

“Zorg moet ook betaalbaar zijn. De privé zal zich richten op diegenen die meer kunnen betalen voor de zorg en ondersteuning. Een te groot aandeel privé-aanbieders zal zorg onbetaalbaar maken voor een groot deel van de bevolking.”

“Als het gaat over “zorg” moeten we ook denken aan tandzorg, brillen en hulpmiddelen voor mobiliteit. Deze sectoren leunen sterk aan bij commerciële bedrijven, toch moeten we blijven waken over betaalbaarheid = toegang voor iedereen.”

Evenwichtige rolverdeling tussen publieke en private spelers

Sommige deelnemers pleiten voor een gemengd zorglandschap waarin publieke, non-profit en private spelers naast elkaar kunnen bestaan, mits duidelijke afspraken over rollen en verantwoordelijkheden. Dit kan leiden tot meer diversiteit in het aanbod en benutting van verschillende sterke punten, zolang de overheid voldoende reguleert en toeziet op solidariteit, betaalbaarheid en kwaliteit.

“Garder la concertation paritaire pour définir les systèmes de soins au sens large.”

“Door samenwerking tussen de private en publieke sector kan winst worden herbelegd in de zorg, bijvoorbeeld via sociaal ondernemerschap.”

Samenvatting

De gesprekken over “Winst maken op zorg?” laten een breed en genuanceerd beeld zien. Voorstanders benadrukken dat winstprikkelers, mits goed gereguleerd, innovatie, efficiëntie en noodzakelijke investeringen kunnen bevorderen. Tegenstanders waarschuwen dat een te sterke winstlogica de toegankelijkheid, betaalbaarheid en solidariteit in de zorg kan ondermijnen en kan leiden tot commercialisering en belangenconflicten. In beide kampen klinkt de oproep tot duidelijke grenzen: transparantie, prijsregulering, beperking van overwinsten, en verplichte herinvestering in de sector. Bescherming van basiszorg en kwetsbare groepen wordt breed gedeeld, net als het idee dat publieke, non-profit en private spelers elkaar kunnen aanvullen mits een evenwichtige rolverdeling en sterke publieke waarborgen.



Bescherming van basiszorg en kwetsbare groepen wordt breed gedeeld, net als het idee dat publieke, non-profit en private spelers elkaar kunnen aanvullen mits een evenwichtige rolverdeling en sterke publieke waarborgen.

Stelling 3

Dagelijkse zorgtaken moet je uitbesteden aan professionele zorgverleners, zodat je zelf kan gaan werken

Les tâches de soins quotidiennes doivent être confiées à des prestataires de soins professionnels pour pouvoir soi-même aller travailler

Deze stelling werd relatief weinig besproken en kende een bescheiden aantal argumenten. De gesprekken waren vooral gericht op het aftasten van ideeën en nuances, eerder dan op uitgesproken tegenstellingen.

1) Argumenten vóór

Verlichting mantelzorgers en hogere arbeidsdeelname

Verschillende deelnemers gaven aan dat structurele inzet van professionele zorgverleners mantelzorgers fysiek en mentaal kan ontlasten. Vooral in crisissituaties kan hulp bij dagelijkse zorgtaken voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken en zelf uitvallen. Het vrijspelen van tijd maakt het mogelijk om een betaalde baan te behouden of (sneller) te hervatten, wat niet alleen de individuele draagkracht maar ook de economische participatie ten goede komt. Daarnaast wordt het behoud van een goede kwaliteit van leven genoemd, waarbij uitbesteding ruimte schept voor rustmomenten of sociale activiteiten van mantelzorgers.

“Tijdens crisismomenten kan uitbesteding overbelasting van familieleden voorkomen, die soms fysiek of mentaal te zwaar belast worden. In veel situaties nemen mensen de zorg op zich uit liefde en plichtsgevoel, maar dat kan op lange termijn zwaar doorwegen – zeker tijdens crisismomenten.”

“Pour, car faire appel à ces services permet de garder une bonne qualité de vie.”

“Alleenstaande ouders kunnen niet zonder ondersteunende diensten om alles rond te krijgen.”

Professionele kwaliteit en continuïteit

Sommige deelnemers benadrukten dat bepaalde dagelijkse zorgtaken specifieke kennis en vaardigheden vereisen, die niet altijd aanwezig zijn bij mantelzorgers. Professionele zorgverleners zijn opgeleid om fysieke handelingen correct en veilig uit te voeren, signalen van verslechtering op te merken en efficiënt te werken binnen zorgkaders. Dit kan leiden tot een hogere en meer uniforme kwaliteit van zorg. Het inzetten van professionals bij gespecialiseerde taken wordt gezien als een manier om fouten te voorkomen en de gezondheid van de zorgvrager te beschermen.

“Zorg is specialistisch en wordt best geleverd door daarvoor opgeleide professionals.”

“Renforcer les possibilités d’aides et de maintien à domicile.”

2) Argumenten tegen

Verlies van persoonlijke band en emotionele waarde

In meerdere bijdragen werd gewezen op het gevaar dat uitbesteding de relationele dimensie van zorg ondermijnt. Dagelijkse zorgtaken zijn vaak momenten van contact, nabijheid en wederkerigheid. Deze interacties dragen bij aan het emotionele welzijn van de zorgvrager en het gevoel van verbondenheid tussen generaties.



“Alleenstaande ouders kunnen niet zonder ondersteunende diensten om alles rond te krijgen.”

“Zorg geven aan een kind, ouder of partner is een intieme en menselijke ervaring die versterkt wordt door liefde en persoonlijke betrokkenheid. Wanneer alle zorg wordt uitbesteed, verdwijnt het gevoel van gemeenschapszin en solidariteit tussen generaties.”

“Développer une vision de la société qui reconnaît la place du ‘prendre soin des autres’.”

Financiële haalbaarheid

Uit de gesprekken blijkt dat het volledig uitbesteden van dagelijkse zorgtaken aanzienlijke financiële gevolgen kan hebben, zowel voor individuele gezinnen als voor de samenleving als geheel. Professionele zorgdiensten zijn vaak duur, waardoor niet iedereen er even gemakkelijk gebruik van kan maken. Bovendien kan een sterke verschuiving naar professionele hulp de druk op publieke budgetten vergroten, zeker wanneer deze diensten deels of volledig gesubsidieerd worden. Deelnemers wijzen erop dat het inzetten van mantelzorg kostenefficiënt kan zijn en middelen kan vrijmaken voor andere zorgnoden of sociale rechten.

“Het leven is zeer duur en als je met een laag loon moet leven dan is het uitbesteden van taken zeer moeilijk. Als je wilt uitbesteden omdat het je hulp biedt, dan kan het krap zijn op het einde van de maand om rond te komen.”

“Professionele zorg kost de samenleving veel geld. Inzet van mantelzorg kan besparend werken. Die marge kan gebruikt worden om rechten toe te kennen.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Combinatie van professionele en informele zorg

Deelnemers zien vaak een hybride model als de meest werkbare oplossing. Dit kan de emotionele band versterken én het professionele systeem ontlasten. Daarbij wordt benadrukt dat de verdeling van taken niet door financiële beperkingen bepaald mag worden, maar door de noden van de zorgvrager en het gezin.

“Offrir un modèle hybride correctement financé laissant le choix aux aidants proches entre ‘maintien à domicile’ ou ‘institutionnel’ ou les deux, selon la situation familiale et non selon la situation financière.”

“Wanneer mantelzorgers zelf een deel van de dagelijkse zorg opnemen, vermindert de druk op het professionele zorgpersoneel. In tijden van personeelstekort is dat essentieel. Niet alles hoeft overgedragen te worden aan professionals; sommige zorgtaken kunnen perfect door familie of naasten worden uitgevoerd, met de juiste ondersteuning.”

Toegankelijkheid en betaalbaarheid

Uitbesteding kan alleen breed toegepast worden als de diensten financieel haalbaar en praktisch beschikbaar zijn. Dat vraagt om structurele maatregelen zoals solidaire tariefsystemen, financiële steunmaatregelen en voldoende gekwalificeerd personeel om wachttijden te vermijden.

“Rendre le soin accessible à tous”

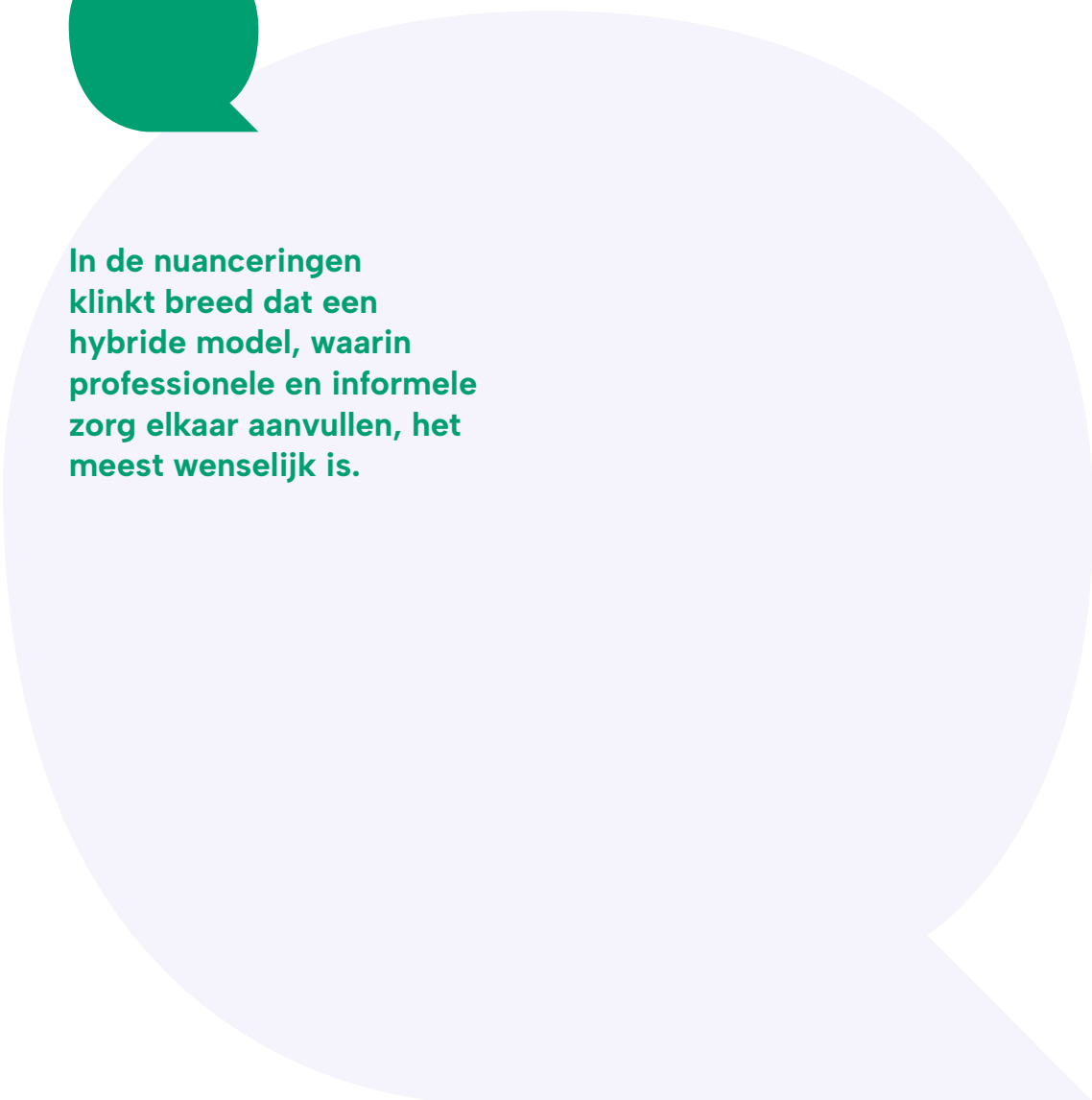
“Système tarifaire solidaire des services d’aide”



Bovendien kan een sterke verschuiving naar professionele hulp de druk op publieke budgetten vergroten, zeker wanneer deze diensten deels of volledig gesubsidieerd worden.

Samenvatting

De gesprekken over het uitbesteden van dagelijkse zorgtaken tonen zowel duidelijke voordelen als bezorgdheden. Voorstanders zien het als een manier om mantelzorgers te ontlasten, overbelasting te voorkomen en de combinatie van zorg en betaalde arbeid mogelijk te maken, met behoud van kwaliteit door inzet van professionele expertise. Tegenstanders wijzen op het verlies van persoonlijke verbondenheid en de hoge kosten voor gezinnen en de samenleving, en benadrukken dat mantelzorg een waardevolle, erkende vorm van arbeid moet blijven. In de nuanceringen klinkt breed dat een hybride model, waarin professionele en informele zorg elkaar aanvullen, het meest wenselijk is. Daarbij moeten keuzes gebaseerd zijn op de noden van de zorgvrager en het gezin, en is het essentieel om betaalbaarheid en toegankelijkheid te waarborgen.



In de nuanceringen klinkt breed dat een hybride model, waarin professionele en informele zorg elkaar aanvullen, het meest wenselijk is.

Stelling 4

Als je tijd maakt om voor een naaste te zorgen, moet dat altijd meetellen voor je pensioen.

Si vous prenez le temps de vous occuper d'un proche, cela devrait toujours être pris en compte dans le calcul de votre pension.

Dit thema genoot veel belangstelling, vooral in de Nederlandstalige gesprekken. De argumentatie was rijk en divers, met duidelijke meningsverschillen tussen voor- en tegenstanders.

1) Argumenten vóór

Erkenning en pensioenrechten voor mantelzorg

Het meetellen van zorgtijd in het pensioenstelsel geeft structurele erkenning en voorkomt dat mantelzorgers financieel benadeeld worden. Het maakt de economische en sociale waarde van informele zorg zichtbaar en bevordert solidariteit. Er werd bovendien gewezen op de ongelijkheid in waardering tussen betaald werk en onbetaalde zorg en op de noodzaak om beide gelijk te behandelen in sociale zekerheid. Naast morele erkenning is er behoefte aan tastbare compensatie, zoals pensioenopbouw of financiële steun, om het belang van deze zorg te onderstrepen.

"Ne pas abandonner ses proches quand ils ont besoin de soins. En Afrique, c'est une obligation morale."

"Mantelzorg is werk: Wie intensief voor een naaste zorgt (bijvoorbeeld een zieke ouder of partner), verricht eigenlijk onbetaald werk. Daar mag erkenning voor zijn – ook financieel, via het pensioen. Als mantelzorg mee telt voor pensioen, geef je mensen een stimulans om te helpen. Zorg wordt beloond, niet bestraft."

"Il faudrait même une compensation financière, lever les contraintes sociales. Revoir l'organisation sociale."

Valorisation d'un pot d'heures ou de jours relatifs aux soins informels

Ontlasting van het zorgsysteem & langer thuis wonen

Mantelzorgers maken het mogelijk dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, wat vaak hun eigen wens is en kosten bespaart voor de samenleving. Dit wordt gezien als cruciaal in het licht van de vergrijzing en het tekort aan zorgpersoneel. Door hun zorgtijd te erkennen, wordt deze bijdrage versterkt en bestendigd. Ook wordt het ervaren als een manier om gemeenschapszin en wederkerigheid te bevorderen.

"De mantelzorg komt tegemoet aan de schaarste in de zorg."

"TOUT le monde souhaite rester chez lui le plus longtemps possible."

2) Argumenten tegen

Afbakening en risico op misbruik

Zonder duidelijke definities en controlemechanismen is er risico op oneigenlijk gebruik. Het bepalen van de zorgnood en intensiteit is complex. Er is bezorgdheid dat mensen zich als mantelzorger zullen registreren zonder daadwerkelijke zorg te verlenen, wat de geloofwaardigheid van het systeem kan ondermijnen.

"Er zal misbruik van gemaakt worden, belangrijk om een duidelijke database te hebben."

"Hoe scoor je zorg? Wat met 'valse' zorg?"

"Mantelzorg is werk: Wie intensief voor een naaste zorgt (bijvoorbeeld een zieke ouder of partner), verricht eigenlijk onbetaald werk."



Daarnaast kan deze maatregel voor jonge mantelzorgers minder relevant of zelfs ongeschikt zijn, omdat zij vaak nog niet actief pensioenrechten opbouwen.

Gender- en generatie-effecten

Het kan bestaande ongelijkheden vergroten als vooral vrouwen of jongeren mantelzorg op zich nemen. Er is zorg dat vrouwen hierdoor extra worden bevestigd in traditionele rollen en dat jonge mantelzorgers onvoldoende kansen krijgen om hun eigen loopbaan op te bouwen. Daarnaast kan deze maatregel voor jonge mantelzorgers minder relevant of zelfs ongeschikt zijn, omdat zij vaak nog niet actief pensioenrechten opbouwen. Voor hen liggen de noden eerder op het vlak van directe ondersteuning.

"Il ne faut pas que ce soit finalement encore plus les femmes qui seront mises à contribution"

"We negeren via deze stelling de jonge mantelzorgers die nog aan het studeren zijn en nog niet toe zijn aan pensioenopbouw. Deze groep heeft andere behoeften dan de pensioenhorizon."

Verhouding tot sociale zekerheid

Een algemene pensioenassimilatie kan botsen met het bijdragenprincipe van de sociale zekerheid. Dit kan aanzienlijke budgettaire gevolgen hebben en de druk op het systeem vergroten.

"Er moeten nog voldoende mensen aan het werk zijn, om zo te kunnen bijdragen aan de sociale zekerheid (en de welvaart in het algemeen)."

"Informeel zorg moet niet vergoed worden, anders komt de sociale zekerheid in het gedrang. Enkel substantiële informeel zorg mag leiden tot pensioenopbouw"

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Duidelijke criteria en administratieve eenvoud

Stel concrete drempels vast voor zorggraad, intensiteit en duur, gekoppeld aan eenvoudige verificatieprocedures. Er wordt ook gepleit voor één centrale registratie om misbruik tegen te gaan.

"Waar ligt de grens? Zorgen voor bestaat in veel gradaties."

"Ideaalbeeld, maar financieel niet eenvoudig haalbaar. Er zijn al veel regelingen, maar risico op misbruik blijft bestaan. Administratieve rompslomp (controle, belastingen, terugvorderingen) ondermijnt solidariteit. Wie heeft er dan recht op vergoeding en hoeveel?"

"Uitdaging om uit te voeren, vanaf welke zorggraad wel/niet [...]"

Combinatie van instrumenten

Pensioenassimilatie moet/kan volgens sommige deelnemers beperkt blijven tot zware en langdurige zorg en gecombineerd worden met andere maatregelen zoals zorgverlof, mantelzorgpremies, professionele ondersteuning op lokaal niveau, en een officieel statuut voor mantelzorgers. Zo kan maatwerk worden geboden zonder het systeem te overbelasten en wordt mantelzorg structureel ondersteund op meerdere fronten.

"Mantelzorg moet zeker beter erkend en gewaardeerd worden. Kan via pensioenregelgeving, er zijn nog tal van andere opties. Een effectieve mantelzorgpremie aan de mantelzorger zelf, mantelzorgverlof, professionele ondersteuning per wijk/gemeente/..., voordelig aanbod voor zelfzorg, officieel statuut van maken,..."

"Avancer plus sur le statut d'aidant proche en élargissant les congés thématiques à l'aide des proches et en augmentant la durée."

"Obliger les congés parentaux soient pris par les deux parents (ex.: naissance, aidant proche)."

Samenvatting

Deelnemers die de stelling steunen benadrukken dat het meetellen van zorgtijd in de pensioenopbouw zowel een financiële als maatschappelijke erkenning biedt voor onbetaalde zorg. Ze zien dit als een manier om mantelzorgers te beschermen tegen latere inkomensachterstand, hun inzet te waarderen, en bij te dragen aan het opvangen van tekorten in de formele zorg, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen.

Tegenstanders waarschuwen vooral voor de complexiteit van afbakening, het risico op misbruik en de noodzaak om genderongelijkheid en generatieverschillen te vermijden. Ook wordt gewezen op mogelijke spanningen met het bijdragenprincipe van de sociale zekerheid. In de aandachtspunten komt naar voren dat duidelijke criteria, eenvoudige administratie en een centrale registratie cruciaal zijn om het systeem werkbaar en eerlijk te houden. Daarnaast vinden veel deelnemers dat pensioenassimilatie niet op zichzelf moet staan, maar gecombineerd moet worden met andere maatregelen, zodat maatwerk en structurele steun voor mantelzorgers gegarandeerd zijn.



In de aandachtspunten komt naar voren dat duidelijke criteria, eenvoudige administratie en een centrale registratie cruciaal zijn om het systeem werkbaar en eerlijk te houden.

Stelling 5

Het heeft geen zin om met behandelingen levensjaren toe te voegen als die naar het aanvoelen van de patiënt niet kwaliteitsvol en betekenisvol zijn.

Il est inutile de prolonger la vie avec des traitements si le patient pense que ces années ne sont pas de qualité et n'ont pas de sens.

Deze stelling werd in meerdere dialoogmomenten gekozen en leverde een aanzienlijk aantal argumenten op. Hoewel veel deelnemers de stelling ondersteunden, waren er ook duidelijke tegenstemmen, wat zorgde voor een inhoudelijk rijk en gevarieerd debat.

1) Argumenten vóór

Zelfbeschikking & waardigheid aan het levenseinde

Veel deelnemers vinden dat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt altijd voorop moet staan, ook wanneer het gaat om ingrijpende beslissingen aan het einde van het leven. Het verlengen van het leven zonder betekenisvolle kwaliteit wordt ervaren als een aantasting van waardigheid. Beslissingen moeten respect hebben voor de persoonlijke keuzes en waarden van de patiënt, waarbij een waardig afscheid belangrijker wordt geacht dan puur het aantal extra levensjaren.

“Waardig afscheid: Behandelingen die het leven verlengen zonder betekenisvolle kwaliteit kunnen de patiënt de kans ontnemen om op een waardige manier afscheid te nemen.”

“Respect et priorité aux choix du patient, notamment en matière de soins de fin de vie et de soins palliatifs. Fournir une information complète sur toutes les options disponibles et mettre en avant l'importance des déclarations anticipées. Promouvoir et faire connaître des outils tels que le carnet de vie d'Enéo.”

Vermijden van overbehandeling

Er bestaat brede bezorgdheid over 'therapeutische hardnekkigheid', waarbij technische mogelijkheden en medische protocollen leiden tot langdurige behandelingen die geen meerwaarde meer hebben voor de patiënt. Deelnemers benadrukken dat goede zorg aan het einde van het leven vaak betekent dat men de nadruk legt op comfort en waardigheid, eerder dan op het rekken van levensduur.

“Eviter l'acharnement thérapeutique”

“Formation des soignants aux soins, jusqu'à la fin de vie. Prendre soin plutôt que guérir à tout prix”

2) Argumenten tegen

Waarde van extra tijd & veranderlijk aanvoelen

Sommige deelnemers wijzen erop dat de beleving van wat een 'kwaliteitsvol leven' is, sterk kan variëren tussen personen én over de tijd heen. Iemand die op een bepaald moment denkt dat extra levensjaren geen meerwaarde hebben, kan later toch zingeving en geluk vinden in die periode, bijvoorbeeld door nieuwe sociale contacten, persoonlijke groei of onverwachte ervaringen. Er wordt benadrukt dat het gevaarlijk is om te vroeg en te stellig te bepalen dat extra tijd geen betekenis zal hebben.

“Het is de ultieme vorm van zelfbeschikkingsrecht. Iedereen bepaalt zelf de eigen standaard van 'kwaliteitsvol' leven. Maar, dit zorgt wel voor een moeilijke zone in geval van psychische onwelbevinden wat tijdelijk kan zijn.”



“Waardig afscheid: Behandelingen die het leven verlengen zonder betekenisvolle kwaliteit kunnen de patiënt de kans ontnemen om op een waardige manier afscheid te nemen.”

“Veerkracht van mensen: Mensen die hun mobiliteit verliezen, kunnen nog steeds een waardevol leven leiden, ondanks eerdere twijfels.”

Wilsonbekwaamheid & kwetsbaarheid

Wanneer patiënten zelf hun wensen niet meer duidelijk kunnen uiten – bijvoorbeeld door dementie, coma of andere vormen van wilsonbekwaamheid – wordt het beoordelen van hun kwaliteit van leven complex en gevoelig. Deelnemers vrezden dat beslissingen in zulke situaties sneller gebaseerd worden op aannames van familie, zorgverleners of de maatschappij, die niet altijd overeenkomen met wat de patiënt zelf gewild zou hebben. Dit kan leiden tot ethische dilemma's en onzekerheid, zeker wanneer er geen duidelijke vooraf vastgelegde wilsverklaring is.

“Wat is kwaliteitsvol? Patiënt is niet altijd duidelijk of is wilsonbekwaam”

“Is niet te handhaven bij personen met dementie die zelf hun wil niet kunnen uiten. Dit zorgt voor een openheid richting het debat over ‘voltooid leven’, wat oké is, maar niet in combinatie met de vergrijzingsuitgaven.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Gezamenlijke besluitvorming & documentatie van keuzes

Deelnemers benadrukken het belang van formeel vastgelegde keuzes en een tijdige dialoog over wensen en grenzen in de zorg. Dergelijke gesprekken, liefst vóór er twijfel bestaat over wilsbekwaamheid, kunnen voorkomen dat patiënten en families in crisissituaties ongewild in een traject van intensieve behandelingen terechtkomen. Palliatieve zorg wordt daarbij erkend als een volwaardige zorgvorm, waarbij kwaliteit en betekenis centraal staan.

“Il faudrait que chaque personne concernée ait pu bénéficier, au préalable, de la garantie d'un accompagnement adéquat, afin que la décision de cesser les soins soit éclairée et prise en toute connaissance de cause. Il faudrait également que ce choix soit consigné par écrit et facilement retrouvable au moment opportun. Or, il semble que notre société ne se donne pas aujourd'hui les moyens de remplir ces conditions.”

“Vroegtijdige zorgplanning: Euthanasie wordt vaak bemoeilijkt door juridische en medische redenen. Het bespreekbaar maken van zorgplanning vóór twijfel over wilsbekwaamheid kan helpen.”

“Sensibiliser aux démarches de fin de vie: dialogue/ déclarations anticipées en concentration entre le patient, le corps médical et la famille.”

Taboes doorbreken & vorming

Deelnemers benadrukken dat er nog steeds een groot maatschappelijk taboe rust op het spreken over het levenseinde. Onderwerpen zoals euthanasie, hulp bij zelfdoding en het bewust stoppen van behandelingen worden vaak vermeden, waardoor patiënten en hun families minder goed voorbereid zijn om keuzes te maken die bij hun waarden passen. Meer openheid kan helpen om angst en misverstand weg te nemen en om gesprekken over wensen en mogelijkheden tijdig op gang te brengen. Daarnaast is er nood aan gerichte vorming voor zorgverleners, zodat zij de nadruk durven leggen op de kwaliteit en betekenis van zorg. Ook proactieve informatieverstrekking – het actief benaderen van patiënten met uitleg over de beschikbare opties en het moment waarop deze ingezet kunnen worden – wordt gezien als cruciaal om mensen tot weloverwogen beslissingen te brengen en hen regie over hun zorg te geven.



Deelnemers benadrukken dat er nog steeds een groot maatschappelijk taboe rust op het spreken over het levenseinde.

“Briser le tabou autour de la fin de vie: euthanasie, suicide assisté, dédramatiser les choix de fin de vie”

“Renforcer l’accompagnement en fin de vie et privilégier des soins de qualité, élaborés en concertation avec le patient et sa famille. Fournir davantage d’informations sur les dispositifs existants et adopter une approche proactive : aller vers le patient pour lui présenter ce qui peut être mis en place, et à quel moment. Garder toujours à l’esprit la qualité et le sens des soins, remettre l’humain au centre et lui permettre de devenir acteur de ses décisions grâce à une information claire et pertinente.”

Samenvatting

Uit de gesprekken blijkt brede steun voor het idee dat het verlengen van het leven zonder betekenisvolle kwaliteit weinig zinvol is. Zelfbeschikking, waardigheid en het vermijden van overbehandeling worden daarbij centraal gesteld. Vroege zorgplanning en een duidelijke palliatieve focus worden gezien als belangrijke middelen om keuzes beter af te stemmen op de wensen en waarden van de patiënt. Tegelijkertijd wijzen deelnemers erop dat de beleving van kwaliteit van leven sterk persoonlijk en veranderlijk is, en dat extra tijd voor sommigen juist waardevol kan zijn. In situaties van wilsonbekwaamheid blijft het beoordelen van levenskwaliteit bijzonder complex en is bescherming van kwetsbare personen essentieel. Over de hele lijn klinkt de oproep tot tijdige en goed gedocumenteerde besluitvorming, openheid over het levenseinde, gerichte vorming van zorgverleners en proactieve informatie, zodat patiënten en hun families weloverwogen en in waardigheid beslissingen kunnen nemen.



Over de hele lijn klinkt de oproep tot tijdige en goed gedocumenteerde besluitvorming, openheid over het levenseinde, gerichte vorming van zorgverleners en proactieve informatie, zodat patiënten en hun families weloverwogen en in waardigheid beslissingen kunnen nemen.

Stelling 6

We moeten met middelen (geld, kennis...) uit ons gezondheidsbudget ook investeren in de gezondheid van mensen in landen in ontwikkeling

Nous devons utiliser les ressources (argent, connaissances...) de notre budget santé pour investir également dans la santé des populations des pays en développement

Deze stelling werd breed opgepikt in zowel Nederlandstalige als Franstalige gesprekken, en kwam in verschillende methodieken aan bod. Het debat leverde duidelijke tegenspraak op, maar bleef evenwichtig.

1) Argumenten vóór

Solidariteit & morele verantwoordelijkheid

Internationale solidariteit wordt door veel deelnemers gezien als een fundamentele waarde in het gezondheidsbeleid. Het solidariteitsprincipe dat binnen onze landsgrenzen geldt, zou volgens hen ook internationaal moeten worden toegepast, zeker richting landen waar de gezondheidsbehoeften groot zijn en de middelen beperkt. Er wordt gewezen op een morele plicht om beschikbare kennis, middelen en infrastructuur te delen met wie daar het meest baat bij heeft.

"Solidariteitsprincipe meer laten beleven, het belang ervan meer nadrukken. Het stopt niet bij de grenzen."

"Principe de solidarité: nous avons la possibilité de partager connaissances, budget, ... alors nous devons le faire."

Pour une vraie justice sociale, il faut qu'elle soit portée collectivement et du niveau international.

Wederzijds belang & mondiale gezondheidsveiligheid

Investeren in gezondheid in landen in ontwikkeling wordt ook beschouwd als een vorm van zelfbescherming. In een geglobaliseerde wereld verspreiden ziekten zich snel over grenzen heen, en het versterken van gezondheidssystemen elders kan de kans op internationale verspreiding verkleinen. Door preventie, vaccinatie en betere infrastructuur in andere regio's te ondersteunen, verkleinen we het risico op nieuwe gezondheidscrisissen in eigen land. Deze benadering wordt zowel als altruïstisch als pragmatisch gezien: helpen waar het nodig is, maar tegelijk de eigen bevolking beschermen tegen mondiale gezondheidsbedreigingen. Daarnaast kan een sterker lokaal gezondheidssysteem ook migratiedruk verlagen, omdat mensen minder geneigd zijn hun land te verlaten voor medische zorg wanneer die thuis beschikbaar is en van voldoende kwaliteit.

"Il faut adopter à la fois une attitude altruiste et égoïste, car cela peut aussi nous être bénéfique en matière de soins et d'amélioration de la santé en Belgique. Par exemple, limiter la propagation d'une maladie dans un pays en développement (grâce à la vaccination, à l'isolement, ...) permet également d'en freiner la propagation chez nous."

"Gezondheid kunnen we niet anders dan op grotere schaal bekijken. Gezondheid is een mondiale uitdaging, ook wij kunnen alleen winnen bij een dergelijke investering."

"Il y a des personnes qui quittent leur pays pour des raisons de santé, car les soins sont meilleurs ailleurs. Améliorer les soins de santé dans leur pays leur éviterait de devoir partir pour raisons médicales."



Internationale solidariteit wordt door veel deelnemers gezien als een fundamentele waarde in het gezondheidsbeleid.



Door zowel de gevolgen van klimaatverandering als de koloniale geschiedenis hebben ontwikkelingslanden vaak een achterstand in hun gezondheidsinfrastructuur, terwijl ze het zwaarst worden getroffen door gezondheids- en klimaatgerelateerde crises.

Klimaat- en historische verantwoordelijkheid

Sommige deelnemers leggen een directe link tussen internationale gezondheidsinvesteringen en de verantwoordelijkheid die westerse landen dragen voor mondiale ongelijkheid. Door zowel de gevolgen van klimaatverandering als de koloniale geschiedenis hebben ontwikkelingslanden vaak een achterstand in hun gezondheidsinfrastructuur, terwijl ze het zwaarst worden getroffen door gezondheids- en klimaatgerelateerde crises. Het ondersteunen van gezondheidssystemen in deze landen wordt gezien als een vorm van herstel en compensatie voor ongelijkheden waaraan het Westen in het verleden heeft bijgedragen.

“Westerse landen dragen de grootste verantwoordelijkheid voor klimaatverandering. Ontwikkelingslanden ondervinden de zwaarste gevolgen hiervan.”

“Tijdens de kolonisatie hebben westerse landen rijkdom en grondstoffen uit deze regio's gehaald, waardoor ze nu vaak economisch en structureel verzwakt zijn. We dragen dus een historische verantwoordelijkheid om dat onrecht gedeeltelijk recht te zetten, onder andere door gezondheidszorg te ondersteunen.”

2) Argumenten tegen

Schaarste & prioriteiten: ‘niet uit het gezondheidsbudget’

Een veelgehoord tegenargument is budgettaire schaarste. Deelnemers vinden dat middelen die specifiek voor onze eigen gezondheidszorg zijn bestemd, in de eerste plaats moeten dienen om de noden binnen België aan te pakken, zoals personeelstekorten, infrastructuur en betaalbaarheid van zorg. Internationale steun wordt op zich niet afgewezen, maar men vindt dat die moet worden gefinancierd uit andere begrotingsposten, zoals ontwikkelingssamenwerking of defensie, of via extra middelen. Zo wil men vermijden dat steun aan het buitenland de binnenlandse zorg onder druk zet.

“Als wij vandaag anderen helpen, zal dit later wederkerig zijn. Maar dit mag niet ten koste gaan van onze eigen zieken, invaliden, zorgverleners. Dit dient uit een ander budget te komen. Gezondheidsondersteuning is transversaal thema.”

“Étant donné que le budget des soins de santé est limité, il serait plus opportun d'aller chercher les ressources ailleurs (par exemple, dans le budget de la défense).”

Scepsis over effectiviteit & governance

Naast de discussie over de herkomst van de financiering is er bij sommige deelnemers ook een bredere scepsis over de effectiviteit van investeringen in gezondheidssystemen van landen in ontwikkeling. Men vreest dat middelen niet altijd op de juiste plek terechtkomen of dat ze verloren gaan door inefficiëntie, corruptie of gebrek aan opvolging. Deze onzekerheid leidt tot terughoudendheid, tenzij er duidelijke garanties zijn over transparantie, goed bestuur en meetbare resultaten.

“In veel ontwikkelingslanden komt hulp niet altijd terecht bij de beoogde doelgroepen en belandt geld in verkeerde handen. Dit ondermijnt de effectiviteit van de investering.”

“Les régimes politiques des pays en développement favorisent-ils le bien-être de la population? Cela doit être vérifié avant d'y investir.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Investeren in kennisoverdracht en capaciteitsopbouw

In plaats van enkel financiële steun te voorzien, benadrukken sommige deelnemers dat het opbouwen van lokale kennis en structuren in ontwikkelingslanden duurzamer is. Dit kan gaan om medische opleidingen, uitwisseling van expertise en het versterken van zorgsystemen, zodat landen uiteindelijk zelfvoorzienend worden en minder afhankelijk van externe hulp.

“Het betreft ook investeren in en uitdragen van ‘kennis’. Niet vervallen in enkel een financieel debat.”

“Zelfredzaamheid: Ontwikkelingslanden moeten gestimuleerd worden om hun eigen gezondheidssystemen op te bouwen. Structurele hulp kan leiden tot afhankelijkheid. Investeren in lokale capaciteit is belangrijker dan financiële steun van buitenaf.”

Samenvatting

De gesprekken tonen dat er brede steun bestaat voor het idee om ook via ons gezondheidsbudget te investeren in de gezondheid van mensen in landen in ontwikkeling, maar dat deze steun vaak gepaard gaat met voorwaarden en afwijkingen. Voorstanders benadrukken solidariteit als morele plicht, het wederzijdse belang van mondiale gezondheidsveiligheid en migratiereductie, en het aanpakken van historische en klimaatschulden. Zij zien dergelijke investeringen niet alleen als hulp, maar ook als bescherming van de eigen bevolking tegen gezondheidsbedreigingen over de grenzen heen. Tegenstanders vrezen dat het heroriënteren van het nationale gezondheidsbudget de binnenlandse zorg onder druk zet en vinden dat internationale steun uit andere middelen moet komen. Daarnaast leeft scepsis over de effectiviteit en het bestuur van buitenlandse investeringen, met zorgen over corruptie en slechte besteding. In de nuanceringen wordt benadrukt dat duurzame verbetering vooral ligt in kennisoverdracht en het versterken van lokale capaciteit, zodat landen zelfvoorzienend worden en minder afhankelijk blijven van externe steun.



In de nuanceringen wordt benadrukt dat duurzame verbetering vooral ligt in kennisoverdracht en het versterken van lokale capaciteit, zodat landen zelfvoorzienend worden en minder afhankelijk blijven van externe steun.

Stelling 7

Hoe gezond of ongezond iemands keuzes zijn, mag geen verschil maken voor de toegang tot zorg die een persoon krijgt

Le fait que les choix d'une personne soient bons ou mauvais pour la santé ne devrait pas avoir d'incidence sur l'accès aux soins qu'elle reçoit

Deze stelling kende een opvallend evenwicht tussen voor- en tegenargumenten. Het leverde een fel maar tegelijk genuanceerd debat op.

1) Argumenten vóór

Gelijke toegang als recht & solidariteit (keuzes zijn niet louter individueel)

Toegang tot zorg wordt in de gesprekken vaak omschreven als een fundamenteel mensenrecht dat niet afhankelijk mag zijn van morele oordelen over iemands gedrag of levensstijl. Deelnemers benadrukken dat zogenaamd "persoonlijke" keuzes vaak sterk worden beïnvloed door sociale en culturele context, economische omstandigheden, werk- en woonomstandigheden en mentale gezondheid. Ongezonder gedrag kan dus niet altijd als puur individuele verantwoordelijkheid worden gezien. Het solidariteitsprincipe dat de basis vormt van ons zorgsysteem, zou voor iedereen gelden, ongeacht hoe gezond of ongezond iemand leeft.

"Keuzes zijn nooit individuele keuzes, ze worden gemaakt binnen een context. Bvb.: armoede (betaalbaarheid, woonomstandigheden, sociaal netwerk, onderwijs, gezin,...), stress, eenzaamheid, psychische kwetsbaarheid, groepsdruk, religie, cultuur, beleid,..."

"Niet iedereen maakt die levenskeuzes zelf: ongezond werk, ongezonde leefomgeving enzovoort..."

"La santé doit être un droit universel. Une vie ne vaut pas plus qu'une autre."

Stigma & willekeur vermijden (wat is "gezond/ongezond"?)

Sommige deelnemers vinden het gevaarlijk om toegang tot zorg te laten afhangen van subjectieve beoordelingen over levensstijl. Wie bepaalt wat een "goede" of "slechte" keuze is, en op basis van welke criteria? Zulke indelingen dreigen willekeurig te worden en leiden gemakkelijk tot stigmatisering. Er bestaat ook een ongemak en een gebrek aan legitimiteit om mensen te beoordelen op de gevolgen van hun keuzes. Bovendien kunnen deze beoordelingen verschuiven in de tijd en per cultuur, wat het risico op discriminatie nog vergroot.

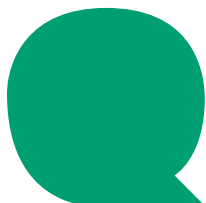
"We willen geen mensen gaan indelen in goede en slechte, geen meritocratie"

"Wie gaat er beslissen welke keuzes gezond of ongezond zijn (en welke criteria gaan we daarvoor gebruiken)?"

"Un sentiment d'illégitimité et de malaise a été exprimé face au fait de porter un jugement sur les choix individuels, quels qu'en soient les effets sur la santé de ceux qui les prennent."



"Wie gaat er beslissen welke keuzes gezond of ongezond zijn (en welke criteria gaan we daarvoor gebruiken)?"



In plaats van mensen te straffen voor ongezonde keuzes, pleiten deelnemers voor het versterken van preventie.

2) Argumenten tegen

Schaarste & verantwoordelijkheid

Een deel van de deelnemers vindt dat persoonlijke verantwoordelijkheid in bepaalde omstandigheden mag meewegen bij de toewijzing van zorg. Dit kan spelen bij dure of schaarse behandelingen, zoals orgaantransplantaties, waar de slaagkans sterk afhangt van de medewerking en het gezondheids- of leefstijlgedrag van de patiënt. Sommigen zien het breder: ook bij andere vormen van zorg kan het stellen van voorwaarden gerechtvaardigd worden geacht. Voorstanders benadrukken dat dit zorgvuldig en transparant moet gebeuren, om willekeur en discriminatie te vermijden.

“Waar zorg voor anderen in gedrang komt, kunnen de gezonde keuzes wel doorwegen; bijvoorbeeld bij een levertransplantatie bij alcoholverslaving”

“Mensen moeten verantwoordelijkheid nemen en zelf ook hun bijdrage leveren als voorwaarde om bijv. in aanmerking te komen voor een bepaalde behandeling”

“Mensen maken zelf keuzes en dragen dan daarvan de gevolgen. [...]”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Positieve bekrachtiging & preventie

Mensen moeten volgens deze groep deelnemers gestimuleerd worden tot gezonder gedrag. Dit kan via positieve prikkels en door begeleiding en opvolging. Het idee is om verantwoordelijkheid te stimuleren zonder te vervallen in uitsluiting, en om steun te koppelen aan motivatie en inzet van de patiënt. In plaats van mensen te straffen voor ongezonde keuzes, pleiten deelnemers voor het versterken van preventie. Het gaat hierbij ook om het versterken van gezondheidsvaardigheden, zodat mensen zelf meer regie krijgen over hun gezondheid.

“Bekrachtigingssysteem: bonus voor gezonde levenswijze ipv ongezonde levenswijze bestraffen.”

“Het is belangrijk om prioriteit te leggen op preventie en gezondheidsvaardigheden opdat mensen gezonde keuzes kunnen maken.”

“Versterken van preventieve gezondheidszorg in buurten met verhoogde kwetsbaarheid.”

Sociale determinanten aanpakken (wonen, inkomen, omgeving)

Gezondheid verbeteren gaat volgens veel deelnemers hand in hand met het bestrijden van de oorzaken van gezondheidsongelijkheid. Ongezonde keuzes zijn vaak een gevolg van omstandigheden zoals slechte huisvesting, lage inkomens, onveilig werk en beperkte toegang tot voorzieningen. Door te investeren in betere leefomstandigheden en het wegnemen van structurele achterstanden kan men gezondheidsverschillen verkleinen en de nood aan dure curatieve zorg op termijn verminderen.

“Car un habitat insalubre, la dépendance, un mauvais environnement, etcetera ne sont pas toujours des choix, et les personnes en subissent les conséquences.”

“De kostprijs van voeding zorgt voor de keuze die ze maken. Gezonde voeding is vaak duurder en is vaak in één keer op waardoor het niet nuttig is als je een lager inkomen hebt. Je gaat dan sneller ongezonde voeding kiezen omdat het goedkoper is maar ook omdat je het meermaals kan gebruiken. Denk maar aan een zak diepvries frieten en curryworsten, dat is goedkoper dan verse aardappelen en een stuk vlees. Je wilt gewoon eten hebben en als je niet veel geld hebt of het is het einde van de maand dan moet je beslissingen nemen. [...]. Je weet nooit echt waarom iemand de keuzes heeft gemaakt om ongezonde beslissingen te nemen.”

Heeft die persoon stress en neigt die naar een sigaret, dan mag je die niet lager op de rij zetten omdat die bepaalde keuzes heeft gemaakt. [...].

“Les conditions de vie font que les choix de comportements (bons ou mauvais pour la santé) sont en fait des non-choix. Apporter de la nuance dans une époque où le clivage semble plus facile. Continuer le combat sur la défense des droits : au logement, travail décent, éducation pour tous, etc qui sont autant de déterminants de santé. Continuer à éduquer à la citoyenneté, au sens critique pour soutenir la cohésion sociale et la solidarité.”

Samenvatting

De gesprekken tonen brede steun voor het principe dat toegang tot zorg een fundamenteel recht is en niet mag afhangen van morele oordelen over iemands levensstijl. Volgens veel deelnemers worden keuzes rond gezondheid sterk beïnvloed door omstandigheden, waardoor ongezond gedrag niet altijd puur individuele verantwoordelijkheid is. Er leeft bovendien de zorg dat het beoordelen van ‘gezond’ of ‘ongezond’ gedrag kan leiden tot willekeur, stigmatisering en discriminatie. Tegelijk zijn er stemmen die vinden dat persoonlijke verantwoordelijkheid in uitzonderlijke situaties, zoals bij schaarse of dure behandelingen, mag meewegen, mits dit transparant en zorgvuldig gebeurt. In plaats van uitsluiting pleiten veel deelnemers voor positieve stimulanzen en versterking van preventie, zodat mensen in staat worden gesteld gezondere keuzes te maken. Ook wordt benadrukt dat structurele oorzaken van gezondheidsongelijkheid moeten worden aangepakt, zoals betaalbare gezonde voeding, veilige huisvesting, waardig werk en toegang tot basisvoorzieningen, om op termijn zowel de algemene gezondheid als gelijke toegang tot zorg te bevorderen.



Ook wordt benadrukt dat structurele oorzaken van gezondheidsongelijkheid moeten worden aangepakt, zoals betaalbare gezonde voeding, veilige huisvesting, waardig werk en toegang tot basisvoorzieningen, om op termijn zowel de algemene gezondheid als gelijke toegang tot zorg te bevorderen.

Stelling 8

De overheid moet campagnes organiseren om jongens naar zorgopleidingen te leiden

Le gouvernement devrait organiser des campagnes pour orienter les garçons vers des formations en soins de santé

Dit was een van de minst gekozen stellingen, zowel in Nederlandstalige als Frans-talige gesprekken. Ze kwam in verschillende methodieken slechts sporadisch aan bod en leverde daardoor minder argumenten op.

1) Argumenten vóór

Stereotypes doorbreken & zichtbaarheid van zorgberoepen

Deelnemers geven aan dat gerichte communicatie kan helpen om hardnekkige rolpatronen te doorbreken en het brede palet aan zorgberoepen zichtbaar te maken voor jongens die zorg nu nog te weinig overwegen. Het gaat om het tonen van de diversiteit in taken en loopbanen, en om een mentale “reflex” te creëren dat zorg ook voor jongens/ mannen een logische keuze kan zijn.

“Mettre en avant aux yeux des jeunes garçons/hommes toute la diversité des métiers du soin.”

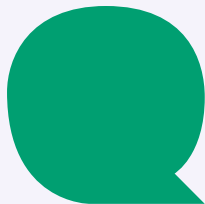
“Onbekend is onbemind. Zorgrichtingen blijven niet hangen bij jongens.”

Instroom verhogen & waardering versterken

Een tweede motief is praktisch: in bepaalde zorgsectoren zijn zorgverleners schaars en kampen teams met tekorten. Met campagnes wil men instroom verbreden én tegelijk de maatschappelijke waardering van zorg versterken, ook financieel.

“In sommige zorgsectoren zijn mannelijke zorgverleners hard nodig: In bepaalde delen van de is een gebrek aan mannelijke rolmodellen een probleem. [...]. Gerichte campagnes kunnen helpen dat tekort aan te pakken.”

“Het is de enige manier om ervoor te zorgen dat het zorgberoep meer waardering zal krijgen (ook financieel).”



“We hebben vooral mensen nodig die graag in de zorg staan.”

2) Argumenten tegen

Vrije studiekeuze & geen gender-targeting

Tegenstanders vrezen dat campagnes die specifiek op jongens mikken het risico lopen om de vrije studiekeuze van jongeren te ondermijnen. Zij vinden dat onderwijs- en beroepskeuzes in de eerste plaats moeten vertrekken vanuit persoonlijke interesse, motivatie en geschiktheid. Een eenzijdige focus op jongens kan volgens hen ook onbedoeld andere groepen buitensluiten of minder aanspreken, terwijl de sector juist alle beschikbare talenten nodig heeft. In plaats van gendergerichte campagnes pleiten zij voor een brede wervingsstrategie die iedereen aanspreekt.

“Vrije keuze respecteren: Mensen moeten zelf kunnen kiezen wat bij hen past. Zorg verlenen vraagt empathie en toewijding. Niet iedereen – man of vrouw – is daarvoor geschikt. Het risico is dat je mensen in een richting duwt waar ze zich niet thuis voelen.”

“We hebben vooral mensen nodig die graag in de zorg staan.”

“Geen andere benadering op basis van geslacht.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Brede aanpak: revalorisatie, rolmodellen & vroege sensibilisering (voor iedereen)

Veel deelnemers benadrukken dat het aantrekken van meer jongens – of in het algemeen, jongeren – naar zorgberoepen geen kwestie is van één enkele wer-
vingscampagne, maar van een structurele, langdurige aanpak. Losse of tijdelijke
campagnegolven hebben slechts beperkt effect als ze niet ingebed zijn in een rui-
mer beleid dat de aantrekkelijkheid van de sector als geheel verhoogt. Een eerste
pijler daarbij is revalorisatie van zorgberoepen: betere verloning, werkzekerheid,
loopbaanperspectieven en arbeidsomstandigheden maken de sector aantrekkelij-
ker voor iedereen, ongeacht gender. Daarnaast is vroege, inclusieve sensibilisering
belangrijk: jongeren moeten al tijdens hun schoolloopbaan kennismaken met de
diversiteit aan zorgfuncties, hun maatschappelijke waarde en doorgroeimogelijk-
heden. Cruciaal is dat deze aanpak alle jongeren aanspreekt, zodat de beeldvor-
ming rond zorg als ‘vrouwelijk beroep’ duurzaam verandert en de instroom van
talent breed toeneemt.

“Révaloriser des métiers du care pour attirer les hommes.”

*“Déconstruire les stéréotypes dès la petite enfance afin que le métier de soignant
ne soit plus genré, par exemple grâce à des campagnes de publicité ou en en par-
lant dans les écoles dès le primaire.”*

*“Meer mannen aantrekken en behouden in zorg, onder andere via rolmodellen en
aangepaste instroom-strategieën.”*

*“Il faut revaloriser les métiers du soin et les statuts des soignants plus largement,
mais sans question de genre.”*

Samenvatting

In de gesprekken zien voorstanders in campagnes voor jongens een kans om gen-
derongelijkheid in de zorg te doorbreken, het arbeidstekort te verlichten en het imago
van de sector te verbreden. Tegenstanders vinden campagnes die enkel op jongens
mikken weinig zinvol of rechtvaardig, en vrezen dat dit de keuzevrijheid van jongeren
kan beïnvloeden. Een groot deel van de deelnemers wijzen ook op de structurele oor-
zaken van het tekort, zoals lage lonen en hoge werkdruk, die alle jongeren ontmoe-
digen. Over het algemeen klinkt de oproep om het vraagstuk breder en inclusiever
aan te pakken: via betere waardering, loopbaanperspectieven, rolmodellen en vroege
sensibilisering voor iedereen, zodat de beeldvorming duurzaam verandert en de sec-
tor aantrekkelijker wordt voor zowel jongens als meisjes.



**Over het algemeen
klinkt de oproep om het
vraagstuk breder en
inclusiever aan te pakken:
via betere waardering,
loopbaanperspectieven,
rolmodellen en vroege
sensibilisering voor
iedereen, zodat de
beeldvorming duurzaam
verandert en de sector
aantrekkelijker wordt voor
zowel jongens als meisjes.**

Stelling 9

Een leven waarin ik geen zorg draag voor anderen is een zinloos leven

Une vie dans laquelle je ne prends pas soin des autres est une vie vide de sens

De meeste argumenten bij dit thema kwamen uit praatcafés, waar de stelling ruimte gaf voor brede reflectie. De toon was meer beschouwend dan confronterend.

1) Argumenten vóór

Zorg als wezenlijk onderdeel van mens-zijn

Veel deelnemers beschouwen het zorgen voor anderen als een fundamenteel kenmerk van mens-zijn. Het vormt volgens hen een belangrijke bron van betekenis in het leven en draagt bij aan een gevoel van doelgerichtheid. Zonder zorg, in de brede zin van aandacht, hulp en betrokkenheid, zou het leven incompleet aanvoelen. Dit idee gaat verder dan praktische hulp: het gaat om de wederkerige relatie tussen mensen, waarin verbondenheid en menselijke warmte centraal staan.

“een mens is pas mens in contact met anderen, in relatie met zijn omgeving, puur voor jezelf leven is geen zinvol leven”

“Notion importante qui guide nos choix professionnels.”

Wederkerigheid: geluk en verbondenheid

Zorgverlening wordt niet alleen gezien als een plicht, maar ook als een bron van persoonlijke voldoening. Het gevoel nodig te zijn, waardering te ontvangen en iets wezenlijks te betekenen voor anderen, verhoogt het eigen welzijn. Deelnemers benadrukken dat dit vaak een win-winsituatie is: wie zorg geeft, ontvangt ook emotionele rijkdom in de vorm van dankbaarheid, vriendschap of wederkerige steun. Deze uitwisseling draagt bij aan een sterk sociaal netwerk.

“Iets kunnen betekenen voor anderen, verhoogt het geluksgevoel van de ‘zorger’”

“Door andere mensen te helpen heb je wel het gevoel dat je iets betekent. Je voelt je gewaardeerd omdat je iemand helpt die in nood zit. [...]”

2) Argumenten tegen

Zorg niet als absolute voorwaarde voor een zinvol leven

Sommige deelnemers plaatsen vraagtekens bij de stelligheid van de uitspraak. Zij vinden dat het onterecht is om te veronderstellen dat alleen wie voor anderen zorgt een zinvol leven kan leiden. Mensen die vanwege gezondheid, persoonlijke omstandigheden of keuzes geen zorg verlenen, kunnen toch betekenis en voldoening ervaren.

“kwetsbare mensen die niet kunnen zorgen, zouden dan geen zinvol leven hebben?”

“sommige mensen moeten vooral voor zichzelf zorgen (respect!) maar hebben ze daarom een minder zinvol leven?”

“Il est aussi important de commencer à prendre soin de soi avant de pouvoir prendre soin des autres”



“Iets kunnen betekenen voor anderen, verhoogt het geluksgevoel van de ‘zorger’”



Een terugkerend punt is dat zorg breed moet worden opgevat: niet alleen medische handelingen of mantelzorg, maar ook sociale steun, vriendschap, vrijwilligerswerk, en aandacht voor elkaar in het dagelijks leven vallen hieronder.

Intentie en keuzevrijheid

Daarnaast wordt benadrukt dat de kwaliteit van zorg afhangt van de motivatie en intentie erachter. Zorg die uit verplichting of sociale druk wordt verleend, kan minder waardevol zijn of zelfs averechtse effecten hebben. Deelnemers stellen vragen over de redenen waarom men zorgt, en pleiten ervoor dat zorg een bewuste, vrijwillige keuze moet zijn, waarin ook grenzen en zelfzorg worden gerespecteerd.

“Comment prenons nous soins ? par obligation ? Avec quelles intentions ? et pour-quoi ?”

“Goede professionele en toegankelijke basiszorg moet gegarandeerd zijn, maar de voorwaarden scheppen om solidariteit, vrijwillig engagement, zorg voor elkaar mogelijk te maken is even belangrijk.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Brede definitie van zorg

Een terugkerend punt is dat zorg breed moet worden opgevat: niet alleen medische handelingen of mantelzorg, maar ook sociale steun, vriendschap, vrijwilligerswerk, en aandacht voor elkaar in het dagelijks leven vallen hieronder. Deze inclusieve benadering maakt het voor meer mensen mogelijk om zich ‘zorgend’ te voelen, ook als zij niet in een klassieke zorgrol zitten.

“zorg dragen” moet voldoende ruim worden ingevuld, het is zeker dat mantelzorg daar een aanzienlijk deel van uitmaakt, maar het is ruimer: ook de aandacht en zorg voor elkaar als vrienden, burens, leden van een vereniging hoort hieronder.”

“We denken ook te vaak aan zorg voor zieken en ouderen, maar ook jongeren dragen zorg voor elkaar binnen de vriendengroepen, op school, in de jeugdvereniging.”

Structurele en beleidsmatige ondersteuning

Zorg kan pas duurzaam en breed gedragen worden als er structurele randvoorwaarden zijn. Tijd, financiële ruimte en wettelijke regelingen worden gezien als cruciaal om zorg te kunnen combineren met andere levensdomeinen. Beleidsmaatregelen zoals arbeidsduurverkorting, flexibele werktijden en erkenning van vrijwilligerswerk kunnen de participatie in zorg bevorderen.

“Oproep aan de overheid om het informele zorgen voor (in de brede zin van het woord) te berekenen en te erkennen, om vervolgens de logische investeringen te doen volgen om die informele zorg en ondersteuning te faciliteren/te stimuleren. [...]”

“Organiser la société afin de rendre possible le ‘prendre soin’ (exemple: semaine des 4 jours, congés thématiques, flexibilité dans les contrats de travail..)”

Zorg voor de zorgenden

Naast het bieden van zorg aan anderen, benadrukken deelnemers het belang van zorg voor de zorgenden zelf. Dit geldt zowel voor professionele hulpverleners als mantelzorgers. Goede arbeidsvoorwaarden, erkenning en emotionele ondersteuning zijn volgens hen onmisbaar om te voorkomen dat zorgverleners overbelast raken.

“Ook zorg dragen voor wie zorgt, professioneel of privé, is een belangrijk item. Zorgberoepen beschermen en mantelzorgers versterken is ook ‘zorgen voor’.”

Samenvatting

Deelnemers zien zorg voor anderen vaak als een essentieel onderdeel van mens-zijn, dat betekenis en verbondenheid schept en het eigen welzijn versterkt. Het wordt gewaardeerd als wederkerig proces dat zowel de gever als de ontvanger verrijkt. Tegelijk leeft er kritiek op de stelligheid van de uitspraak: ook zonder zorg te verlenen kan een leven waardevol zijn, en zelfzorg is soms een noodzakelijke prioriteit. Daarnaast moet zorg volgens een aantal deelnemers breed gedefinieerd worden, inclusief sociale steun, vriendschap en gemeenschapsactiviteiten. Deze zouden structureel ondersteund moeten worden via tijd, middelen en beleid. Ten slotte is er aandacht voor het welzijn van de zorgenden zelf, met erkenning, bescherming en ruimte om deze rol duurzaam te kunnen vervullen.



Daarnaast moet zorg volgens een aantal deelnemers breed gedefinieerd worden, inclusief sociale steun, vriendschap en gemeenschapsactiviteiten.

Stelling 10

Mensen die in armoede leven moeten voorrang krijgen in de zorg

Les personnes en situation de pauvreté devraient être prioritaires dans les soins

Een van de meest intensief besproken thema's, dat veel en vaak scherpe argumenten opleverde.

1) Argumenten vóór

Gezondheidsongelijkheid verkleinen

In veel dialoogmomenten wordt benadrukt dat er een duidelijk verband bestaat tussen armoede en slechtere gezondheid. Mensen die in armoede leven kampen vaker met chronische ziekten, psychische problemen en algemene gezondheidsachterstanden. Deze verschillen ontstaan onder meer door ongezonde woon- en werkomstandigheden, onvoldoende preventieve zorg en beperkte toegang tot gezonde voeding en sport. Deelnemers stellen dat het toekennen van prioriteit aan deze groep kan helpen om deze achterstand te verkleinen en de levenskwaliteit te verbeteren.

“Armoede leidt tot slechtere gezondheid: Wie in armoede leeft, heeft vaak een slechtere leefomgeving en meer stress. Daardoor hebben ze net méér zorg nodig, sneller en vaker.”

“La pauvreté est une des plus gros déterminants de la santé. [...] Se soigner vient après se nourrir et se loger. [...] Il serait équitable qu'ils bénéficient d'un accès facilité aux structures, à l'information, à l'accompagnement.”

“Mensen in armoede hebben vaak te maken met multi-problematiek, waardoor meer multidisciplinair overleg, case-management en zorgcoördinatie nodig is om problemen tijdig en goed aan te pakken.”

Urgentie & kwetsbaarheid

Er wordt opgemerkt dat mensen in armoede vaak wachten met het zoeken van hulp, bijvoorbeeld uit angst voor kosten of door negatieve ervaringen met hulpverleners. Hierdoor komen zij vaker in de zorg terecht met ernstigere klachten of in crisissituaties. Dit vraagt om een snellere interventie zodra zij zich wél melden. Prioritaire toegang kan helpen om escalatie te voorkomen en betere prognoses te realiseren.

“Wie in armoede zit, heeft vaak al veel langer rondgelopen met klachten voordat ze hulp zoeken. Op dat punt zouden ze wel voorrang moeten krijgen.”

Beschikbare alternatieven

Een ander punt in de gesprekken is dat mensen met voldoende financiële middelen over uitwijkmogelijkheden beschikken die voor mensen in armoede onbereikbaar zijn. Wie rijker is, kan kiezen voor privéklinieken, gespecialiseerde artsen zonder wachtlijsten, bijkomende verzekeringen of zelfs zorg in het buitenland. Deze alternatieven maken het mogelijk om wachttijden te omzeilen en sneller kwalitatieve zorg te krijgen. Voor mensen in armoede bestaan deze opties niet: zij zijn volledig aangewezen op het publieke zorgsysteem, waar de wachttijden vaak langer zijn en de toegang niet altijd gegarandeerd is. Vanuit dit perspectief wordt het geven van voorrang aan mensen in armoede gezien als een vorm van compensatie voor het gebrek aan keuzemogelijkheden en als middel om de kloof in toegang tot zorg te verkleinen.



“Mensen in armoede hebben vaak te maken met multi-problematiek, waardoor meer multidisciplinair overleg, case-management en zorgcoördinatie nodig is om problemen tijdig en goed aan te pakken.”



Het geven van prioriteit aan één specifieke groep – hoe kwetsbaar ook – wordt door deze deelnemers gezien als strijdig met het gelijkheidsbeginsel en kan leiden tot ongelijke behandeling van anderen met eveneens dringende noden.

“Privé-initiatieven zijn vaak geen optie: Mensen met voldoende financiële middelen kunnen uitwijken naar privéklinieken of extra verzekeringen afsluiten. Voor mensen in armoede is deze optie niet beschikbaar, waardoor ze volledig afhankelijk zijn van het publieke systeem. Juist daarom is compensatie via voorrang gerechtvaardigd.”

“Rijke mensen hebben alternatieven: Wie voldoende middelen heeft, kan sneller terecht bij privéklinieken, dokters zonder wachtlijsten of zorg in het buitenland. Voor armen is de publieke zorg de enige optie.”

2) Argumenten tegen

Gelijkheid in gezondheidszorg, urgentie telt

In verschillende gesprekken wordt het basisprincipe van gelijkheid in de gezondheidszorg benadrukt. Deelnemers vinden dat zorg toegankelijk moet zijn voor iedereen op gelijke voorwaarden, ongeacht sociaal-economische status. Het criterium voor wie eerst geholpen wordt, zou enkel de ernst van de medische situatie mogen zijn. Het geven van prioriteit aan één specifieke groep – hoe kwetsbaar ook – wordt door deze deelnemers gezien als strijdig met het gelijkheidsbeginsel en kan leiden tot ongelijke behandeling van anderen met eveneens dringende noden.

“Probeer zorg zo te vormen dat het voor iedereen toegankelijk is. Geen aparte maatregelen voor mensen in armoede.”

“Tout le monde a droit aux soins de santé. Il doit y avoir un accès égalitaire (et non prioritaire) aux soins.”

“Urgentie moet leidend zijn: Medische urgentie is de enige eerlijke en objectieve maatstaf. Als iemand ernstig ziek is, moet hij of zij voorrang krijgen, ongeacht inkomen. Het risico bestaat anders dat mensen met minder dringende problemen voorrang krijgen op basis van hun financiële situatie.”

Risico op stigmatisering

Er leeft bij sommige deelnemers de zorg dat specifieke voorrangsregelingen onbedoeld een stempel kunnen drukken op mensen in armoede. Het labelen van deze groep kan leiden tot gevoelens van schaamte, uitsluiting of wantrouwen tegenover zorgverleners. Volgens hen kan dit juist een drempel opwerpen voor het zoeken van hulp. Ook wordt erop gewezen dat het onderscheiden van mensen op basis van hun financiële situatie het risico met zich meebrengt dat zij als ‘anders’ of ‘minderwaardig’ worden gezien binnen de zorgcontext.

“La création d’une grille de sélection va créer une discrimination. Même si celle-ci est positive, elle risque d’alimenter la construction/maintien de stéréotypes négatifs autour de certains groupes minoritaires.”

“Door voorrang te geven, loop je het risico dat mensen in armoede gestigmatiseerd worden of dat er spanningen ontstaan tussen bevolkingsgroepen.”

Patiënten/Cliënten mogen niet meer geweigerd worden als ze verhoogde tegemoetkoming krijgen. Gebeurt bijvoorbeeld bij de tandarts!”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Structurele toegang verbeteren

Volgens verschillende deelnemers ligt de kern van het probleem ook bij de structurele drempels die mensen in armoede ervan weerhouden om die zorg te bereiken. Financiële barrières vormen een directe hindernis. Daarnaast wordt gewezen op de complexiteit van administratieve procedures om rechten te openen of tegemoetkomingen te krijgen, waardoor sommige mensen afhaken. Ook de geografische spreiding en beperkte beschikbaarheid van betaalbare (geconven-

tioneerde) zorgvoorzieningen speelt een rol. Door deze drempels weg te nemen, kan de toegang tot zorg structureel verbeterd en duurzaam gewaarborgd worden.

“Favoriser l'accès financier aux soins : soutien à la création de maisons médicales, encourager le conventionnement, activer les droits des BIM...”

“Incentives voor zorgverstrekkers die patiënten met verhoogde tegemoetkoming willen behandelen of doorverwijzen via OCMW.”

“Heel wat (basis)diensten zijn nu niet betaalbaar (vb. tandarts) en dus niet toegankelijk.”

Samenvatting

Deelnemers die voorrang voor mensen in armoede ondersteunen, wijzen op het verkleinen van bestaande gezondheidsachterstanden, het sneller helpen van kwetsbare patiënten met vaak complexe en uitgestelde zorgvragen, en het ontbreken van alternatieven zoals privéklinieken. Voorstanders zien dit als een rechtvaardige compensatie om de kloof in toegang tot zorg te verkleinen. Tegenstanders vinden dat zorg altijd op gelijke voorwaarden moet worden verleend en dat medische urgentie de enige objectieve maatstaf mag zijn. Er leeft daarnaast de zorg dat een aparte regeling stigmatiserend kan werken en de positie van mensen in armoede niet noodzakelijkerwijs versterkt. Los van deze standpunten benadrukken deelnemers dat de kern van het probleem juist ligt bij structurele drempels – zoals hoge kosten, ingewikkelde administratie en schaarste aan betaalbare, geconventioneerde zorg – en dat het wegnemen daarvan volgens hen de meest duurzame weg is naar gelijke toegang voor iedereen.



Los van deze standpunten benadrukken deelnemers dat de kern van het probleem juist ligt bij structurele drempels – zoals hoge kosten, ingewikkelde administratie en schaarste aan betaalbare, geconventioneerde zorg

Stelling 11

De toenemende aandacht voor zelfzorg in onze samenleving is een gevaar voor onze solidariteit

L'importance croissante accordée à l'auto-soin dans notre société est un danger pour notre solidarité

Deze stelling kwam in meerdere dialoogmomenten aan bod, zowel in Nederlands- als Franstalige gesprekken. In vergelijking met de meest populaire thema's werd ze iets minder breed uitgediept, maar de input liet toch een reeks uiteenlopende standpunten zien.

1) Argumenten vóór

Individualisering en afbouw van solidariteit

Een veelgenoemde zorg is dat een te sterke nadruk op zelfzorg kan leiden tot een verschuiving van verantwoordelijkheid, waarbij collectieve structuren en solidariteit verzwakken. In zo'n context dreigt de maatschappelijke zorg voor elkaar plaats te maken voor een cultuur waarin iedereen vooral voor zichzelf opkomt, met risico's voor de sociale cohesie.

"Aujourd'hui, l'accent est mis sur la responsabilité de s'occuper de soi-même et on diminue ainsi le sentiment de culpabilité de ne pas s'occuper des autres. Et donc cela va à l'encontre de la solidarité."

"Danger de l'excès: santé à tout prix, performance et l'autocentrisme."

"Mensen trekken zich terug in hun eigen bubbel: Door de nadruk op "zorg voor jezelf" verdwijnt de aandacht voor anderen. Iedereen is bezig met eigen welzijn, waardoor burenhulp, mantelzorg en gemeenschapszin afnemen."

"Zorg wordt geïndividualiseerd en gedefinieerd als een persoonlijke verantwoordelijkheid. Wil je zorg krijgen, dan moet je een return leveren – wat extra lastig is voor alleenstaande ouders."



"Mensen trekken zich terug in hun eigen bubbel: Door de nadruk op "zorg voor jezelf" verdwijnt de aandacht voor anderen.

2) Argumenten tegen

Zelfzorg als basis voor zorg aan anderen

In veel dialoogmomenten benadrukken deelnemers dat zelfzorg een noodzakelijke voorwaarde is om anderen op een duurzame en effectieve manier te kunnen ondersteunen. Het idee is dat wie fysiek en mentaal in balans is, meer draagkracht heeft om zich in te zetten voor de zorg van anderen. Zelfzorg en solidariteit worden in deze visie niet gezien als tegengestelden, maar als elkaar versterkende elementen binnen een gezond maatschappelijk weefsel.

"Grenzen aangeven is gezond: Het is oké om te zeggen: 'Ik kan er geen zorg bij nemen.' Dat betekent niet dat je egoïstisch bent, maar dat je ook jezelf serieus neemt. Dat kan juist duurzame solidariteit mogelijk maken."

"Être acteur de sa santé, n'empêche pas d'être solidaire."

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Educatie en rol van media

Educatie over zelfzorg, solidariteit en maatschappelijk engagement is cruciaal om beide waarden in balans te houden. Het gaat hierbij om een levenslang leerproces waarin mensen worden aangemoedigd hun verantwoordelijkheid te nemen en bij te dragen aan het collectief. Ook sociale media spelen hierbij een rol: ze zijn niet

van nature individualistisch, maar weerspiegelen de inhoud die gebruikers produceren en delen. Door meer solidaire en verbindende content zichtbaar te maken, kunnen sociale media juist bijdragen aan het versterken van solidariteit in plaats van deze te ondermijnen.

“Sociale media zijn niet van nature echt tegen solidariteit, maar hangen af van content die geproduceerd wordt. Als er meer ‘solidaire’ content is, drijft die boven in plaats van individualisme”

“Zelfzorg en solidariteit, engagement moet aangeleerd worden – levenslang leertraject.”

“Le bon equilibre doit se ‘travailler’ dès le plus jeune âge via des sensibilisations, des actions et de l’éducation aux médias.”

Gemeenschapsvorming

Deelnemers zien gemeenschapsvorming als een manier om zelfzorg en solidariteit in balans te houden. Door deelname aan verenigingen en buurtinitiatieven kunnen mensen hun persoonlijke welzijn versterken én verbonden blijven met de zorg voor elkaar. Investeren in sociale netwerken en ontmoetingsplekken helpt ervoor te zorgen dat aandacht voor het individu samengaat met gedeelde verantwoordelijkheid in de samenleving.

“Het verenigingsleven heeft een heel belangrijke impact op het gezondheid en welzijn van mensen. Er gaan miljoenen naar antidepressiva, maar deelnemen aan het verenigingsleven is vaak een duurzamer effectiever middel om psychisch welzijn te stimuleren. [...]”

“Investeren in gemeenschapsvorming en sociale netwerken, om wederzijdse zorg te versterken.”

Samenvatting

Uit de gesprekken blijkt dat zelfzorg vaak wordt gezien als een noodzakelijke basis om anderen te kunnen ondersteunen, mits het in balans wordt gebracht met collectieve verantwoordelijkheid. Voorstanders benadrukken dat fysieke en mentale zelfzorg de draagkracht vergroot om bij te dragen aan de zorg voor anderen. Tegenstanders waarschuwen dat een te sterke nadruk op zelfzorg kan leiden tot individualisering, het verzwakken van solidariteitsnetwerken en het afschuiven van zorg naar het individu. In de nuance wijzen deelnemers op het belang van educatie en media die solidariteit bevorderen, evenals het versterken van gemeenschapsvorming. Zo kan aandacht voor het individu samengaan met gedeelde verantwoordelijkheid en verbondenheid binnen de samenleving.



In de nuance wijzen deelnemers op het belang van educatie en media die solidariteit bevorderen, evenals het versterken van gemeenschapsvorming. Zo kan aandacht voor het individu samengaan met gedeelde verantwoordelijkheid en verbondenheid binnen de samenleving.

Stelling 12

De uitdagingen in de zorg kunnen enkel opgelost worden door massaal te investeren in (nieuwe) technologie

Les défis en matière de soins de santé ne peuvent être résolus que par des investissements massifs dans les (nouvelles) technologies

Een populair thema, vaak behandeld in de methodiek van bewegende posities. De debatten waren levendig en legden de spanning bloot tussen hoopvolle verwachtingen en kritische bedenkingen.

1) Argumenten vóór

Oplossing voor personeelstekorten en werkdruk

Een terugkerend thema was het tekort aan zorgpersoneel en de hoge werkdruk in de sector. Technologie wordt gezien als een hulpmiddel om deze druk te verlichten door repetitieve en administratieve taken over te nemen. Dit kan niet alleen de efficiëntie verhogen, maar ook ruimte scheppen voor meer menselijke aandacht in de zorgverlening. Hierdoor kan de zorg toegankelijker blijven ondanks de toenemende vraag en de beperkte personeelscapaciteit.

“Enorm potentieel van technologie om schaarste in personeel op te vangen en de zorg toegankelijk te houden.”

“Cette technologie permet de gagner du temps pour le personnel soignant, qui peut-être plus disponible pour les contacts humains.”

“Verschillende technologieën kunnen ongetwijfeld tijdswinst genereren voor de professionals die dan meer tijd kunnen steken in de andere, meer relationele, zorgtaken. In tijden van personeelsschaarste mogen we die mogelijkheden niet links laten liggen.”

Verbetering van de zorgkwaliteit en betrokkenheid van de patiënt

Deelnemers benadrukten dat nieuwe technologieën, waaronder artificiële intelligentie en robotica, aanzienlijke verbeteringen kunnen brengen in de manier waarop zorg wordt verleend. Deze toepassingen kunnen zorgen voor snellere en nauwkeurigere diagnoses, efficiëntere opvolging en een betere coördinatie van zorg. Ook werd aangehaald dat technologie patiënten in staat stelt een actievere rol te spelen in hun gezondheidstraject, waardoor ze meer inzicht en controle krijgen over hun eigen zorg.

“Les nouvelles technologies dont l’IA peuvent permettre une amélioration dans la prise en charge du patient ainsi que lui permettre d’être acteur de sa santé.”

“La technologie / le robot améliore la qualité du travail du médecin.”

“Technologieën kunnen opdrachten opnemen die mogelijke problemen kunnen anticiperen en/of die 24/7 kunnen monitoren. Dit draagt bij tot een zekere ‘gerustheid’ creëren, niet in het minst bij de mantelzorgers.”

Onvermijdelijke ontwikkeling, noodzaak om mee te gaan

Volgens verschillende deelnemers is het niet de vraag óf technologie een rol zal spelen in de zorg, maar hoe we daar zelf richting aan geven. De technologische vooruitgang gaat snel, ook buiten de zorgsector, en zal ook de gezondheidszorg beïnvloeden. Door actief deel te nemen aan deze evolutie kunnen zorgorganisaties ervoor zorgen dat de toepassingen aansluiten bij de waarden en behoeften van patiënten en zorgverleners.



Door actief deel te nemen aan deze evolutie kunnen zorgorganisaties ervoor zorgen dat de toepassingen aansluiten bij de waarden en behoeften van patiënten en zorgverleners.



Empathie, persoonlijke relaties en non-verbale communicatie blijven essentieel in de interactie tussen zorgverlener en patiënt.

“Avec ou sans nous, les nouvelles technologies vont se développer, notamment dans les soins. Nous devons donc être acteurs de ce changement.”

“Enorm potentieel van technologie om kwaliteit te verbeteren, processen te versnellen en middelen beter te benutten.”

2) Argumenten tegen

Menselijke zorg blijft onmisbaar

De stelling wordt door veel deelnemers te absoluut bevonden. Hoewel technologie voordelen kan opleveren, mag het nooit de kern van menselijke zorg verdringen. Empathie, persoonlijke relaties en non-verbale communicatie blijven essentieel in de interactie tussen zorgverlener en patiënt. Technologie kan hoogstens een aanvulling zijn, maar niet de basis van zorg.

“Le ‘que’ dérange dans l’affirmation, il est trop réducteur. Le soin de base est à combiner avec les progrès technologiques. L’humain doit bien rester au premier plan et la machine au deuxième.”

“Il n’y a pas que l’acte de soin, il y a toutes les relations autour. Celles-ci ne peuvent pas être remplacées par la technologie”

“Het is niet ‘enkel’ via AI dat de uitdagingen aangegaan kunnen worden. Er zullen altijd handen en mensen nodig blijven.”

Gevaren van ongelijkheid en tweesnelhedenzorg

Sommige deelnemers vrezen dat grootschalige investeringen in technologie de kloof in toegang tot zorg kunnen vergroten. Wie over de middelen beschikt, kan profiteren van betere en snellere zorg, terwijl anderen achterblijven. Ook bestaat het risico dat commerciële belangen de prioriteiten in de zorg sturen, waardoor toegankelijkheid en gelijkheid onder druk komen te staan.

“Het gevaar op gezondheidszorg in twee snelheden: wie technologie kan betalen krijgt betere zorg.”

“Risque de marchandisation côté utilisateurs/institutions. Pour rentabiliser les investissements élevés il y a un risque d’une sur-prescription. Cela génère une explosion des dépenses dans les soins de santé.”

Beperkingen en risico's van technologie

Hoewel technologie veel kan, is ze niet onfeilbaar en mist ze de menselijke gevoeligheid die vaak nodig is in zorgsituaties. Apparatuur kan defect raken of fouten maken, en kunstmatige intelligentie kan beslissingen nemen zonder rekening te houden met emotionele of contextuele factoren. Dit onderstreept de noodzaak om technologie altijd te combineren met menselijke beoordeling. Bovendien kan de snelle evolutie van technologie nadelig zijn als de implementatie in de praktijk achterblijft, waardoor investeringen minder effect hebben.

“Une machine ne ressent pas les besoins, les émotions.”

“Technologie laat inderdaad een veel hogere efficiëntie in de zorg toe, waardoor een deelnemer heeft kunnen merken dat er de laatste jaren per tijdseenheid (uur/dag...) meer mensen konden behandeld worden op haar afdeling (ze werkte op een oncologische afdeling). Maar net hierdoor – door dat hogere aantal dat de ‘machines’ aankonden – werd de druk op het verplegend en verzorgend personeel veel groter wat op haar afdeling tot heel veel werkdruk en dus uitval leidde met een vicieuze cirkel als effect. De efficiëntie die je vaak wint creëert net meer druk op het ‘verzorgend’ systeem.”

“De snelheid van ontwikkelingen kan ook een nadeel zijn gezien indien de implementatie niet volgt er middelen verspild worden.”

3) Aandachtspunten & nuanceringen

Nood aan duidelijke kaders en ethische richtlijnen

De inzet van technologie in de zorg moet gebeuren binnen een helder en actueel regelgevend kader dat de belangen van de patiënt beschermt. Daarbij hoort ook het waarborgen van gegevensbescherming en het voorkomen van commercieel misbruik.

“Définir des balises dans le développement des nouvelles technologies de l’information et de la communication (NTIC) et dans leur utilisation, afin que les besoins de santé restent au centre des priorités.”

“Gegevensdeling voor zorg, niet commercieel, en in een veilig kader.”

“Il faut un cadre qui permette la protection des données des utilisateurs..”

Opleiding en ondersteuning voor gebruikers

Om technologie optimaal te benutten, is het belangrijk dat zowel zorgverleners als patiënten voldoende worden geïnformeerd en opgeleid. Zonder goede begeleiding kan de technologie eerder weerstand oproepen of tot ongelijke kansen leiden. Gebruiksvriendelijke en laagdrempelige oplossingen zijn essentieel om iedereen mee te krijgen.

“Information, sensibilisation, formation tant pour les utilisateurs que les acteurs de terrain, afin de garder le contrôle. L’outil ne doit pas dépasser l’humain.”

“Iedereen moet mee zijn: Voorzie simpele en laagdrempelige alternatieven zodat mensen niet afhaken.”

Samenvatting

Deelnemers zien technologie als een belangrijke hefboom om personeelstekorten en werkdruk te verlichten én om zorgkwaliteit en patiëntbetrokkenheid te verhogen. Tegelijk is er het duidelijke besef dat technologische evoluties sowieso doorgaan; daarom moeten we actief mee instappen en de richting ervan zelf mee bepalen. Menselijke zorg blijft echter onmisbaar, met blijvende aandacht voor empathie en relatie. Andere tegenargumenten gaan over ongelijkheid en commerciële sturing, en over beperkingen zoals fouten, paradoxale drukverhoging door efficiëntiewinst en implementatiekloof. Voor verantwoorde inzet zijn heldere kaders en ethiek, sterke privacybescherming, en blijvende opleiding met gebruiksvriendelijke en toegankelijke oplossingen essentieel.



**Voor verantwoorde
inzet zijn heldere
kaders en ethiek, sterke
privacybescherming, en
blijvende opleiding met
gebruiksvriendelijke en
toegankelijke oplossingen
essentieel.**

