

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

Zorg begint bij mensen — niet bij systemen



13 oktober 2025

Door Alexander Groenheide
Stichting de kamer van Sociale Waarden.

Inleiding

Zorg is méér dan een administratief proces of een economische sector – het is een menselijke daad van solidariteit en barmhartigheid. Toch zijn we getuige van een tijd waarin menselijkheid vaak ondergeschikt lijkt aan protocollen, regels en statistieken. De titel van dit manifest, **“Zorg begint bij mensen — niet bij systemen”**, is dan ook een oproep om de **menselijke maat** terug te brengen in alle facetten van de zorg. In de woorden van de Franse filosoof Emmanuel Levinas: *“Elke poging om het menselijke helemaal te organiseren is tot mislukken gedoemd”*^[1]. Met andere woorden, zodra zorg verzandt in louter systeemlogica en bureaucratie, verliest zij haar ziel.

Dit beleidsmanifest is opgesteld door **De Kamer van Sociale Waarden** – een groeiende beweging van burgers en professionals die geloven in zorg vanuit waardigheid, rechten en **herstelgericht** werken. We richten ons tot beleidsmakers, gemeenten, zorginstellingen, religieuze leiders en het brede publiek. Onze boodschap is formeel en waardig van toon, maar ook **maatschappelijk prikkelend**: het huidige zorgstelsel moet kritisch tegen het licht gehouden worden. Want waar systemen de overhand krijgen, dreigt de mens uit beeld te raken.

In deze inleiding schetsen we de urgentie. Recente incidenten en rapporten tonen aan hoe funest het is als **bureaucratische beheersing** de plaats inneemt van **menselijke aandacht**. Of het nu gaat om een ouderenverzorger die meer tijd kwijt is aan vinklijstjes dan aan een praatje met bewoners, of om een welzijnswerker die vastloopt in protocollen terwijl een hulpvrager vereenzaamt – het zijn symptomen van een dieper probleem. Te vaak wordt nog vanuit wantrouwen en controle gewerkt in plaats van vanuit vertrouwen en solidariteit (zie poster Prompt 6: *Solidariteit boven controle*). Dit manifest kiest radicaal positie: **we plaatsen de mens, zijn rechten en waardigheid, weer in het middelpunt van de zorg**.

We hebben ons laten inspireren door denkers als **Jürgen Habermas**, **Michel Foucault**, **Emmanuel Levinas**, rechtsgeleerden, spirituele tradities en door uitspraken van De Kamer van Sociale Waarden zelf. Zo stelt Habermas dat moderne samenlevingen worden gekenmerkt door een spanning tussen de **leefwereld** (de wereld van menselijke relaties en waarden) en de **systeemwereld** (van geld, macht en bureaucratie). Wanneer de systeemlogica de leefwereld domineert, spreekt Habermas van *“kolonisatie van de leefwereld”*^[2]. Dit manifest wil die scheefgroei tegengaan. We willen de zorg *dekoloniseren* van overmatige systeemdruk, en haar teruggeven aan de mensen om wie het gaat.

In wat volgt presenteren we achtereenvolgens acht kernthema’s, telkens met concrete voorbeelden, citaten en morele ankers. We beginnen bij de basis: **mensenrechten als fundament voor zorg**. Daarna belichten we **autonomie en zelfbeschikking** in contrast met beheersdrang, en de cruciale rol van **gemeenschap**. We bespreken de taak van overheid en instituties, de noodzaak van **juridische toetsing** en mensenrechtelijke kaders, en de **spirituele en ethische grondslagen** van menselijke zorg. Tevens leveren we kritiek

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

op **technocratische systemen** en schetsen we een positieve **toekomstvisie** op zorg volgens de menselijke maat. Elk hoofdstuk besluit met beleidsaanwijzingen die samenkomen in de aanbevelingen aan het eind.

Tot slot bevat dit manifest een **slotverklaring** waarin we de gemeenschappelijke visie bekrachtigen. Onze toon is hoopvol maar niet naïef: we weten dat verandering inspanning vraagt, maar ook dat deze noodzakelijk is. Zoals de Kamer van Sociale Waarden in een van haar posters stelt: *“Herstel is een mensenrecht”* (poster Prompt 1). Die overtuiging – dat ieder mens recht heeft op herstel, op deelname, op waardigheid – vormt de rode draad. We nodigen u uit om met een open geest te lezen en mee te bouwen aan een zorg die écht bij mensen begint.

HERSTEL
IS GEEN GUNST
HERSTEL
IS EEN FUNDAMENTIEEL
MENSENRECHTT



1. Mensenrechten als fundament voor zorg

Mensenrechten vormen het onvervreemdbare fundament onder iedere menselijke activiteit, en zorg is daarop geen uitzondering. Sterker nog, zorg die niet geworteld is in respect voor mensenrechten, verwordt gemakkelijk tot bevoogding of zelfs onderdrukking. Zoals artikel 1 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens luidt: *“Alle mensen worden vrij en gelijk in waardigheid en rechten geboren”*[3]. Deze zin herinnert ons eraan dat elke cliënt, patiënt of burger eerst en vooral een mens is met waardigheid en rechten – ongeacht ziekte, beperking, leeftijd of welke kwetsbaarheid dan ook. **Zorgbeleid moet dus beginnen bij het erkennen van die inherente waardigheid.**

In de zorg betekent dit concreet dat we ieder mens zien als drager van rechten: recht op leven, op lichamelijke integriteit, op privacy, op deelname aan de samenleving, en ook op gezondheid en herstel. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft gezondheid al in 1946 omschreven als een fundamenteel recht voor ieder mens[4]. Amnesty International verwoordt het aldus: *“Ieder mens heeft recht op het genieten van de hoogst haalbare standaard van lichamelijke en geestelijke gezondheid”*[5]. Wanneer we zeggen **“Herstel is een mensenrecht”** (zie poster Prompt 1), bedoelen we dat niemand uitgesloten mag worden van de kans op herstel en welzijn. Denk aan mensen met een psychische kwetsbaarheid: hun recht op zorg en ondersteuning vloeit voort uit het bredere recht op een menswaardig bestaan. Of neem ouderen in verpleeghuizen: hun mensenrechten (zoals privacy, autonomie en recht op goede verzorging) blijven onverkort gelden, ook in afhankelijkheid.

Mensenrechten bieden tevens een **juridisch kader** waar de overheid zich aan moet houden. Nederland heeft diverse verdragen geratificeerd, zoals het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (CRPD) in 2016. Dat verdrag benadrukt autonomie, gelijkheid en participatie voor mensen met een beperking[6]. Zo staat erin dat mensen met beperkingen zelfstandig moeten kunnen wonen en beslissen, en ondersteuning moeten krijgen waar nodig – *“niets over ons zonder ons.”* Ook ons eigen rechtsstelsel onderstreept grondrechten: denk aan artikel 10 en 11 van de Grondwet (eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en onaantastbaarheid van het lichaam) en artikel 22 (bevordering van de volksgezondheid als overheidstaak). Deze wettelijke basis is niet slechts papier, maar moet in beleid en praktijk voelbaar zijn.

Toch zien we dat rechten van zorggebruikers niet altijd vanzelfsprekend gerespecteerd worden. Neem bijvoorbeeld de praktijk van gedwongen zorg (dwangopnames, verplichte behandelingen) in de ggz. **Philippe Delespaul**, hoogleraar innovatie in de geestelijke gezondheidszorg, waarschuwde: *“Een hulpverlener kan volledig handelen volgens de [Wet verplichte ggz], en tegelijkertijd de internationale mensenrechten schenden”*[7][8]. Zijn kritiek is dat deze wet – ondanks goede bedoelingen – mogelijkheden schept tot diep ingrijpen in iemands vrijheid, op een manier die schuurt met mensenrechten. Vrijheidsberoving en dwangmedicatie mogen in een rechtsstaat nooit lichtvaardig worden ingezet. *“Vrijheidsberoving doe je in Nederland alleen bij criminelen,”* aldus Delespaul, *“en zelfs dan onder strikte voorwaarden”*[9]. Mensen met psychische problemen zijn geen

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

criminelen; zij houden hun vrije wil en hun rechten, zo beklemtoont ook het VN-gehandicaptenverdrag[10]. Daarom moet zorg altijd de toetssteen van de **mensenrechten** doorstaan.

Mensenrechten zijn géén abstract ideaal of een “luxe” bedacht door een politieke elite. Ze zijn, in Delespauls woorden, “*geen bedenksel van linkse rakkers*” maar vormen een universeel ethisch minimum[11]. Ze verplichten ons tot een **morele discussie**: hoe geven we vorm aan hulp en ondersteuning zonder iemands rechten te schenden? In Nederland, zo stelt Delespaul, hebben we als uitgangspunt dat we om mensen geven en niet kiezen voor verwaarlozing[12]. Maar dat moet dan wel **in lijn met de rechten van de mens** gebeuren – “*ook van mensen met een beperking. Uiteindelijk zal dit leiden tot betere zorg en een rechtvaardigere maatschappij*”[12]. Met andere woorden: zorg en mensenrechten zijn bondgenoten, geen tegenpolen. Juist door trouw te blijven aan mensenrechten ontstaat er **betere zorg én een menselijker samenleving**.

Concreet pleiten we ervoor dat bij elke beleidsbeslissing en elke handeling in de zorg de vraag wordt gesteld: *Respecteert dit de mensenrechten en de waardigheid van de betrokken persoon?* Dit impliceert bijvoorbeeld dat beperkingen van iemands vrijheid altijd een uiterste noodgreep moeten zijn (ultimum remedium), en dat in geval van twijfel de menselijke waardigheid voorop staat. Zoals in de bijbel wordt geleerd, in Jezus’ woorden: “*Voor zover u dit voor een van de geringsten van Mijn broeders hebt gedaan, hebt u dat voor Mij gedaan*”[13]. Deze gelijkenis uit Mattheüs 25:40 herinnert ons eraan de kleinsten en zwaksten te behandelen met dezelfde zorg en respect als we voor het hoogste zouden doen. **Mensenrechten bieden hiervoor het kompas.**

Samengevat: Mensenrechten zijn het fundament onder het huis van de zorg. Ze verankeren principes als **gelijkheid, rechtvaardigheid, participatie en respect voor autonomie**. Een zorgstelsel dat daarop is gebouwd, zal steviger, humaner en rechtvaardiger zijn dan een stelsel dat rust op louter technocratische grondslagen. *Herstel is een mensenrecht* – laat dat niet slechts een slogan zijn (zie poster Prompt 1), maar een daadwerkelijke leidraad in beleid en praktijk.

ZORG BEGINT NIET BIJ INSTELLINGEN, MAAR BIJ MENSEN DIE ELKAAR DRAGEN



DE KAMER VAN SOCIALE WAARDEN

2. Autonomie en zelfbeschikking tegenover beheersing

Een essentieel mensenrecht in de zorgcontext is het **recht op autonomie en zelfbeschikking**. Iedere persoon – ongeacht ziekte of zorgbehoefte – behoudt de regie over het eigen leven zoveel mogelijk. Toch komt dit principe vaak onder druk te staan wanneer systemen en professionals vanuit een *beheersingsreflex* handelen. In deze balans tussen autonomie en beheersing willen wij duidelijk stellen: **het zelfbeschikkingsrecht van mensen moet de norm zijn; beheersing door systemen of hulpverleners is hooguit het uiterste redmiddel, nooit het startpunt.**

Autonomie betekent dat mensen zelf keuzes maken over hun leven en zorg. Dit kan gaan over grote beslissingen (welke behandeling wil ik wel of niet, waar en met wie wil ik wonen) tot kleinere (wat eet ik vandaag, hoe laat ga ik naar bed in een zorginstelling). Erkennen van autonomie vergt **vertrouwen** in de persoon – vertrouwen dat hij of zij, eventueel met ondersteuning, tot waardevolle keuzes kan komen. Helaas ziet men nog te vaak het tegenovergestelde: een wantrouwen dat leidt tot controleren, vastleggen en afdwingen. Hulpverleners en instanties bedoelen het wellicht goed, maar kunnen ongewild iemands autonomie ondermijnen door overmatige betutteling of drang/dwang. Het is deze tendens die we aanduiden als *beheersing*: de neiging om risico's uit te sluiten door de controle over te nemen.

De Franse filosoof **Michel Foucault** heeft indringend beschreven hoe in moderne samenlevingen instituties – van scholen tot ziekenhuizen – mensen disciplineren en controleren. Hij stelde retorisch de vraag: *“Is het verwonderlijk dat gevangnissen lijken op fabrieken, scholen, kazernes, ziekenhuizen, die allemaal op gevangnissen lijken?”*^[14]. Daarmee duidde Foucault op de overeenkomstige logica van discipline en toezicht in al deze instituties. In de zorg dreigt hetzelfde gevaar: dat instellingen omwille van veiligheid of orde paternalistische en soms zelfs vrijheidsbeperkende maatregelen nemen die in wezen meer passen bij een gevangenis dan bij een huis van zorg. Een voorbeeld is een verpleeghuis waar bewoners niet zelf naar buiten mogen wanneer ze dat willen, uit angst voor ongelukken. Of een psychiatrische afdeling die standaard gesloten is, niet omdat elke patiënt gevaarlijk is, maar omdat het systeem dat “veilig” vindt. Foucault zou zo'n disciplinerende omgeving herkennen als een plek waar mensen eerder **object van beheer** zijn dan subject van hun eigen leven.

Nochtans is er ook een andere weg. De Italiaanse psychiater **Franco Basaglia** voerde in de jaren '70 een revolutie in de geestelijke gezondheidszorg in Triëst, gestoeld op een eenvoudig maar krachtig motto: *“Vrijheid is therapeutisch.”*^[15] Basaglia opende de deuren van de psychiatrische klinieken – letterlijk en figuurlijk. Hij toonde dat wanneer je mensen met psychische aandoeningen vrijheid en verantwoordelijkheid geeft, dit juist hun herstel en welzijn ten goede komt. In Triëst werd de notie van veiligheid ondergeschikt gemaakt aan die van **burgerrechten en vrijheid**^[16]. De klinieken schaften dwangverpleging vrijwel af, hanteerden een beleid van *open deuren* (porte aperte) zelfs op crisisafdelingen^[17], en gaven patiënten maximale eigen regie. Dit voorbeeld leert dat autonomie niet in tegenstelling hoeft te staan tot zorg; integendeel, autonomie *is* een vorm van zorg. Het

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

respecteren van iemands wil en stem is op zichzelf genezend. Basaglia's benadering inspireert ons om ook hier te lande te durven kiezen voor vertrouwen boven angst en controle (zie poster Prompt 6: *Solidariteit boven controle* – solidariteit veronderstelt immers vertrouwen in elkaars intenties).

Autonomie in de zorg houdt ook in dat de **ervaringskennis en stem van de betrokkene** centraal staan. “*De stem van de mens*” moet luid en duidelijk doorklinken in elke behandelkamer, wijkteamvergadering of beleidsnota (zie poster Prompt 4: *De stem van de mens*). Dat betekent bijvoorbeeld cliëntenraden en familievertegenwoordiging serieus betrekken bij beslissingen over zorgbeleid. Maar ook op individueel niveau: *samen beslissen* over behandelopties, rekening houden met iemands levensdoelen, waarden en voorkeuren. Een persoon met langdurige zorgervaring verwoordde het eens treffend: “*Niets over ons, zonder ons.*” Dat adagium, bekend uit de gehandicaptenbeweging en nu verankerd in het VN-verdrag handicap, dwingt tot bescheidenheid bij professionals en bestuurders. Niet het systeem of het protocol, maar de mens om wie het gaat weet vaak het beste wat goede zorg voor hem of haar betekent.

Toegegeven, er kunnen situaties zijn waarin iemands wilsbekwaamheid tekortschiet of de veiligheid acuut in geding is. Autonomie is geen absoluut dogma. Maar zelfs dan geldt dat elke inperking van zelfbeschikking **zeer zorgvuldig gerechtvaardigd en zo kort mogelijk** moet zijn. En altijd met het doel om de persoon weer zo snel mogelijk in eigen regie te brengen. In ethische zin sluiten we aan bij filosoof **Immanuel Kant**, die stelde dat de mens nooit louter middel mag zijn, maar altijd ook doel op zichzelf. In zorgtermen: een cliënt is geen passief object dat we “managen” – het is een subject met eigen levensdoeleinden. Zelfs al is iemand ernstig ziek of verward, hij behoudt een kern van persoon-zijn die vrij en verantwoordelijk is. De rechtsgeleerde en psychiater **Marius Romme** (bekend van de beweging van stemmenhoorders) zei eens: “*Luister naar wat de patiënt te vertellen heeft, want daar begint de genezing.*” Het is zo eenvoudig en zo moeilijk tegelijk: écht luisteren vergt geduld, openheid en de bereidheid om af te wijken van standaardprocedures als de situatie daarom vraagt.

Helaas ziet de realiteit er soms anders uit. Een triest voorbeeld is de praktijk van *zorgmachtigingen* onder de Wet verplichte ggz, waarbij mensen preventief onder toezicht worden geplaatst uit vrees voor wat kán gebeuren. In een reactie op deze wet schreef een betrokkene: “Vrijwillig is dus altijd gedwongen. Waar zijn de rechten?”^{[18][19]}. Deze woorden getuigen van de pijn die men ervaart als de eigen wil systematisch terzijde wordt geschoven “voor eigen bestwil”. We moeten ons afvragen: willen we een samenleving zijn die risico's uitbant door vrijheid op te offeren? Het antwoord moet nee zijn. Zoals de Amerikaanse staatsman Benjamin Franklin al in de 18e eeuw waarschuwde: “*Wie vrijheid opoffert voor veiligheid, is beiden niet waard.*”^[20]. Dit aforisme resoneert tot op heden. Een zorgsysteem dat voornamelijk gericht is op beheersen en indammen (uit angst voor incidenten of verantwoordelijkheidsclaims) dreigt onmenselijk te worden én paradoxaal genoeg onveiliger – omdat het mensen vervreemdt en passief maakt.

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

Autonomie en veiligheid moeten in balans zijn, maar de balans is de laatste decennia doorgeslagen naar controle. Wij bepleiten een herwaardering van vertrouwen in mensen. Concreet houdt dit in: vermindering van onvrijwillige zorg door intensieve inzet op vroegtijdige vrijwillige hulp; juridische versterking van het recht op zelfbeschikking (bijv. door een “nee tenzij” bij dwang in de wet op te nemen); en stimulering van vormen van **positieve risico’s nemen** in de zorg (het concept van “dignity of risk”: het respecteren dat mensen risico’s mogen nemen die bij hun leven horen). Bovendien pleiten we voor training van zorgprofessionals in gespreksvoering die autonomie ondersteunt (bijv. motiverende gespreksvoering), zodat beheersing reflexmatig minder snel optreedt.

Autonomie is ten diepste verbonden met **menselijke waardigheid**. Een zorgontvanger die keuzes mag maken, voelt zich gehoord en gerespecteerd – en zal meer gemotiveerd zijn in het eigen herstelproces. Dat is de kern van **herstelgericht beleid**: mensen de ruimte geven het stuur van hun leven weer ter hand te nemen, zelfs als de weg hobbelig is. In dit kader kunnen we nogmaals Basaglia aanhalen: *vrijheid op zich werkt therapeutisch*. Vrijheid oefen je namelijk door vrij te zijn, niet door opgesloten te blijven “tot je beter wordt”. Laten we daarom de deuren openen – zowel de letterlijke deuren van gesloten afdelingen waar mogelijk, als de figuurlijke deuren van overleg en besluitvorming – zodat de frisse wind van zelfbeschikking door de zorg kan waaien.

PROFESSIONELE ZORG IS GEEN MACHTS- STRUCTUUR — MAAR EEN AANVULLING.



**DE KAMER VAN
SOCIALE WAARDEN**

3. De gemeenschap als dragende kracht

Geen mens is een eiland. Zorg is van oudsher geworteld in de **gemeenschap**, in families, buurten, geloofsgemeenschappen en andere verbanden waarin mensen elkaar bijstaan. Dit hoofdstuk benadrukt dat de **gemeenschap** de dragende kracht moet zijn onder ons zorgstelsel. “*Gemeenschap als basis*” (zie poster Prompt 2) betekent dat we zorg niet primair zien als iets van professionele instellingen, maar als iets dat in eerste instantie tussen mensen onderling ontstaat. Professionele hulp is belangrijk, maar – zoals we later ook stellen – **aanvullend**, niet vervangend (zie poster Prompt 3: *Professionele hulp is aanvullend*).

Waarom is de gemeenschap zo cruciaal? Ten eerste omdat **herstel en welzijn** vaak beter gedijen in een natuurlijke omgeving van relaties dan in een institutionele context. Iemand die zich psychisch niet goed voelt, vindt vaak troost in een luisterend oor van een vriend, of betekenis in het kunnen meedoen in vrijwilligerswerk of buurtactiviteiten. Een oudere met beginnende dementie blijft langer zichzelf wanneer hij of zij geïntegreerd blijft in de buurt – de bakker die groet, de buurjongen die helpt met de tuin – in plaats van bij voorbaat afgezonderd te worden in een zorginstelling. Gemeenschapszorg erkent dat mensen niet gereduceerd kunnen worden tot een “cliëntnummer” in een systeem, maar burens, ouders, collega’s en vrienden zijn.

Sociale wetenschappers hebben aangetoond dat **sociale steun** een van de belangrijkste determinanten is van gezondheid. Een bekend Afrikaans spreekwoord zegt: “*It takes a village to raise a child.*” Die wijsheid geldt niet alleen voor kinderen, maar ook voor de zorgbehoevenden onder ons: *het kost een dorp om een mens te helen*. In de jaren ’60 en ’70 van de vorige eeuw ontstond in Italië de beweging van **Basaglia** (die we al aanstipten) maar ook elders de concept van **community care**. Daarbij werd de capaciteit van de gemeenschap benut om formele zorg te vervangen of aan te vullen. Een mooi voorbeeld hiervan is het idee van “**Herstelacademies**” en **lotgenotengroepen** in de geestelijke gezondheidszorg, waar mensen elkaar ondersteunen in herstel door ervaringen te delen en elkaar hoop te geven. Zulke initiatieven werken omdat ze uitgaan van gelijkwaardigheid en wederkerigheid, in tegenstelling tot de hiërarchie van professionele hulpverlener vs. patiënt.

De gemeenschap heeft bovendien een **preventieve kracht**. In hechte gemeenschappen worden problemen vaak eerder opgemerkt en kan escalatie voorkomen worden. Een buurt die oog heeft voor eenzame bewoners zal eerder ingrijpen voordat eenzaamheid omslaat in depressie. Een geloofsgemeenschap waar men gewend is om zieken te bezoeken en armen te ondersteunen, voorkomt dat mensen tussen wal en schip raken. Hier raken we aan de notie van **naastenliefde en solidariteit**, die in veel religieuze tradities centraal staan. In de Bijbel vraagt Kaïn: “*Ben ik mijn broeders hoeder?*” Het antwoord dat de traditie ons geeft is: ja, we dragen verantwoordelijkheid voor elkaar. De *Koran* benadrukt hetzelfde met de prachtige metafoer: “*Als iemand één leven redt, is het alsof hij het leven van alle mensen heeft gered*”[21]. En in de *Talmoed* vinden we: “*Wie één leven redt, redt de hele wereld*”[22]. Deze uitspraken – uit verschillende geloofstradities – onderstrepen de

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

collectieve verantwoordelijkheid die we dragen. Zorg vindt zijn diepste legitimatie in dit principe: we laten elkaar niet vallen, want de ander's leven is verbonden met het onze.

We moeten helaas constateren dat in de afgelopen decennia de natuurlijke gemeenschap steeds meer is *uitgeschakeld* of gemarginaliseerd in de zorg. De professionalisering en institutionalisering van zorg heeft ertoe geleid dat mensen in hun directe omgeving zich terugtrekken: “de thuiszorg of de instelling zal het wel doen.” Bovendien heeft de overheid door verkokering en bureaucratische regels informele initiatieven soms onbedoeld ontmoedigd. Denk aan strenge wetgeving die het moeilijk maakt voor bureaus om mantelzorg te verlenen zonder tegen bureaucratische muren aan te lopen, of aan een welvaartstaatmentaliteit waarbij solidariteit is “uitbesteed” aan verzekeringen en instanties. Dit manifest pleit voor een **herstelde balans**: de gemeenschap weer in positie brengen, zonder dat de overheid zich afzijdig houdt. Het is géén pleidooi om mensen aan hun lot over te laten, integendeel: het is een pleidooi om het potentieel van menselijke verbanden volop te benutten, met de overheid als faciliterende kracht.

Concreet zien wij voor ons dat gemeenten en overheid **gemeenschapszorg** actiever ondersteunen. Bijvoorbeeld door het scheppen van **ontmoetingsplekken** in wijken: buurthuizen, wijkgezondheidscentra, herstelcafés. In zulke settings kunnen formele en informele zorg samenkomen. In plaats van mensen standaard door te verwijzen naar specialistische instellingen ver van huis, kan veel zorg in de **eerste lijn** en in de wijk plaatsvinden, dichtbij het leven van alledag. Dit sluit aan bij initiatieven als “*Welzijn op Recept*” (waarbij huisartsen patiënten met psychosociale klachten niet meteen medicijnen geven maar verwijzen naar buurtactiviteiten) of buurtteams die naast professionele hulp ook werken met vrijwilligers en ervaringsdeskundigen.

Een exemplarisch initiatief is de zogenoemde “**Buurtcirkel**”: een groep van circa 9 tot 12 mensen met een ondersteuningsvraag die in elkaars nabijheid wonen en elkaar dagelijks helpen met kleine dingen, gecoacht door een professional op afstand. Zulke projecten laten zien dat mensen veel voor elkaar kunnen betekenen, zelfs als ze zelf kwetsbaar zijn. Het doorbreekt de traditionele scheiding tussen “gever” en “ontvanger” van zorg – iedereen draagt bij naar vermogen. Dát is gemeenschap als basis: wederkerig, horizontaal, menselijk.

In de **mantelzorg** zien we ook de kracht van gemeenschap. Mantelzorgers (familie, vrienden) leveren het leeuwendeel van de zorg in Nederland. Zij doen dit vaak uit liefde en plichtsbesef, maar lopen ook aan tegen hun grenzen. Beleidsmatig moeten we hen koesteren en ondersteunen. Dat betekent voldoende respijtzorg (vervangende zorg om mantelzorgers te ontlasten), erkenning en waardering, en minder regeldruk. Mantelzorg belichaamt immers dat zorg begint bij mensen om elkaar heen staan. Overbelasting van mantelzorgers is vaak het gevolg van een gebrek aan ondersteunde gemeenschap: als de zorg voor iemand op de schouders van slechts één persoon terechtkomt (bijvoorbeeld de partner), is dat zwaar. Maar een **solidaire gemeenschap** kan de zorgdruk verdelen. Hier komt het ideaal van “*it takes a village*” terug – niet alleen om een kind groot te brengen, maar ook om een zieke te verzorgen of een rouwende te troosten.

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

Een bijzonder aspect van gemeenschapskracht is de **spirituele dimensie**: veel religieuze gemeenschappen beschouwen zorg voor zieken, armen en zwakken als een spirituele opdracht. Kerken, moskeeën, synagogen en andere geloofsgemeenschappen hebben historisch ziekenzorg en armenzorg verricht lang voordat er een verzorgingsstaat was. Die erfenis leeft voort. Denk aan diaconieën, islamitische liefdadigheidsorganisaties, langstame zorginstellingen opgericht door religieuzen (zoals de Zusters van Liefde e.d.). Het is zinvol om bij zorgvernieuwing deze spirituele energie mee te nemen. Het maakt zorg niet alleen efficiënter, maar ook **zingevingvoller**. Zowel hulpvragers als helpers putten kracht en betekenis uit zorg die in gemeenschap wordt gegeven – men voelt zich onderdeel van iets groters, van een *gemeenschappelijk goed*.

Professionele zorg is aanvullend, niet het fundament – deze stelling (poster Prompt 3) is hier belangrijk. De professionele hulpverlener moet beseffen dat hij of zij *te gast* is in iemands leven en diens netwerk. Idealiter werkt de professional samen met het sociale netwerk van de persoon, versterkt het waar nodig, maar neemt het niet over. Een praktijkvoorbeeld: in de ouderenzorg zijn er projecten waarbij vaste “zorgteams” in de wijk bestaan uit zowel professionals als geschoolde vrijwilligers uit de buurt, die samen zorg bieden. De vrijwilliger kent vaak de oudere van nabij (als buur) en de professional kan medische handelingen doen; samen vormen ze een kring rondom de persoon. Zulke modellen slaan bruggen tussen formeel en informeel en tonen dat gemeenschap en professionalisering geen tegenstelling hoeven te vormen.

Samenvattend: De gemeenschap is de **ruggengraat** van een humane zorg. Hier vindt de eerste opvang plaats, hier gebeurt preventie, hier voltrekt zich het dagelijks leven dat zo bepalend is voor welzijn. Zorg begint bij mensen – familie, burens, vrienden – die omzien naar elkaar. Onze visie is een samenleving waarin niemand alleen staat, omdat een netwerk van sociale verbanden dat voorkomt. De overheid en instituties moeten deze netwerken voeden, niet verstikken. **Gemeenschap als basis** is geen nostalgisch terugverlangen naar vroeger, maar een eigentijdse opdracht om zorg duurzaam en menselijk te maken. Zoals Poster 2 verkondigt, is de gemeenschap de bodem waarin zorg wortelt; daarop kan professionele zorg bloeien als een steunende stok, maar zonder die bodem verdort alles. Daarom stellen wij: investeer in gemeenschap, en je investeert in echte zorg.

**ZONDER STEM
WORDT ZORG
BEHEERSING**



**MET STEM
WORDT ZORG
HERSTEL**

**DE KAMER VAN SOCIALE
WAARDEN**

4. De rol van de overheid en instituties

Als we zeggen dat zorg bij mensen begint, betekent dit niet dat de overheid en instituties geen rol spelen – integendeel, ze hebben een cruciale **ondersteunende en faciliterende rol**. De kernvraag is: hoe kunnen overheid en zorginstellingen zó handelen dat zij mensenrechten, autonomie en gemeenschapskracht bevorderen in plaats van onderdrukken? Dit hoofdstuk schetst de gewenste verhouding tussen overheid, instituties en de menselijke maat.

Allereerst erkennen we dat de **overheid** verantwoordelijkheden heeft op het gebied van zorg. In de Nederlandse Grondwet (artikel 22) staat dat de overheid de volksgezondheid bevordert. Ook internationale verdragen verplichten de staat om effectieve zorg en ondersteuning te garanderen voor wie dat nodig heeft. Een rechtvaardige samenleving laat mensen in kwetsbaarheid niet aan hun lot over – en het is de overheid die als waarborg hiervan optreedt. Het verwerven van de hoogst haalbare gezondheidszorg is een *fundamenteel recht* dat de overheid actief moet verwezenlijken[5]. Dit vergt wetgeving, financiering en toezicht. Echter, de manier waarop de overheid dat doet, is allesbepalend: kiest zij voor een technocratische top-down benadering, of voor een mensgerichte, faciliterende benadering?

Wij pleiten voor het laatste. De overheid zou moeten fungeren als **hoeder van de menselijke maat**. In de praktijk houdt dit in dat wet- en regelgeving zo ontworpen worden dat ze ruimte laten voor maatwerk, professionaliteit én burgerinitiatief. De laatste jaren is vaak gesproken over de “*ontmenselijking*” door de overheid – denk aan de toeslagenaffaire, waar rigide systemen levens ontwrichtten. In reactie daarop klinkt nu de roep om terug te keren naar de “*menselijke maat*” in beleid[23][24]. Dit beginsel – daadwerkelijk rekening houden met de situatie en belangen van burgers bij beleidsuitvoering – moet ook in de zorg leidend zijn. Het betekent dat de overheid niet enkel naar spreadsheets en protocollen kijkt, maar naar mensen van vlees en bloed. Beleidsmakers dienen zich steeds af te vragen: *Wat betekenen onze beslissingen op de grond, voor een moeder die zorg zoekt voor haar kind, voor een oudere in een zorghuis, voor een hulpverlener in de thuiszorg?* Als een bepaalde regeling onbedoeld “*hardvochtige effecten*” heeft[25], dan moet die worden aangepast. Een voorbeeld: als strenge indicatiestellingen ervoor zorgen dat iemand pas hulp krijgt als het bijna te laat is (zoals vaak bij jeugdzorg of Wmo-voorzieningen), dan zet dat systeem de mens niet centraal maar het budget. De overheid zou de opdracht moeten omkeren: kijk wat iemand nodig heeft en regel de financiering daaromheen, in plaats van andersom.

De **instituties** – hiermee bedoelen we zorgorganisaties, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuisconcerns, enzovoort – hebben eveneens een verantwoordelijkheid om de waarden van dit manifest te omarmen. Een belangrijke *manifestregel voor instellingen* (zie poster Prompt 7) is dat zij hun eigen functioneren kritisch toetsen aan de vraag of de mens centraal staat. Dit vereist een cultuurverandering op veel plaatsen. Te vaak horen we van zorgmedewerkers dat zij worden afgerekend op kengetallen, productie, of risicobeheersing, in plaats van op echte betekenis voor cliënten. Bestuurders van zorginstellingen dienen

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

waarden-gedreven leiderschap te tonen: zij moeten niet enkel managers zijn van een “bedrijf”, maar hoeders van een *moreel goed*: de zorg. Dit houdt in: ruimte geven aan professionals om maatwerk te leveren, bureaucratie intern tegengaan, en actief cliënten en hun naasten betrekken bij beleid van de instelling. Poster Prompt 7, *Manifestregel voor instellingen*, kan gezien worden als een oproep tot een ethisch charter voor organisaties: verbind je aan principes als waardigheid, participatie, en minimaal mogelijk ingrijpen.

Een concrete stap is dat zorginstellingen bijvoorbeeld een **ethische commissie** instellen die consequent toetst of beleidskeuzes (zoals invoering van een nieuw elektronisch dossier, of bezuinigingen op personeel) verenigbaar zijn met menselijke waarden en rechten. Ook zouden ze kunnen werken met een “*menselijke-maat-check*” bij elke belangrijke beslissing: vergroot dit of verkleint dit de menselijke maat in onze zorg? Overheid en zorgverzekeraars kunnen deze houding stimuleren door niet louter op output af te rekenen, maar op kwaliteit van leven-uitkomsten en cliënttevredenheid. We stellen voor dat bij contractering van zorg voortaan **sociale waarden** expliciet worden meegewogen: krijgt de aanbieder het voor elkaar om de zorgvrager echt centraal te stellen? Is er continuïteit en **persoonlijke aandacht**? Dit soort zachte factoren moeten harde voorwaarden worden.

De **rol van gemeenten** verdient speciale aandacht, zeker sinds de decentralisaties (Wmo, Jeugdzorg, etc.). Gemeenten staan dicht bij de burger en hebben de potentie om bureaucratie te verminderen en zorg meer in samenhang te bieden. Echter, de praktijk heeft soms teleurstellingen laten zien: versnippering van verantwoordelijkheden, postcodeongelijkheid, of juist weer nieuwe bureaucratie op lokaal niveau. We roepen gemeenten op om de belofte van de “**nabijheid**” waar te maken. Dat betekent onder andere: **one-stop loketten** waar mensen met hulpvragen terecht kunnen zonder te worden van het kastje naar de muur gestuurd; **ontschotting** tussen domeinen (zodat iemand niet apart langs tien loketten hoeft voor woning, inkomen, zorg, etc., maar integraal geholpen wordt); en **publiek-private samenwerking** met lokale initiatieven. Een gemeente zou moeten fungeren als regisseur die burgers, professionals en informele netwerken bij elkaar brengt rondom een hulpvraag. Dit vereist ook moed om af te wijken van standaardoplossingen – de menselijke maat kan per individu anders zijn. We moedigen daarom *experimenten* aan binnen gemeenten, bijvoorbeeld met **persoonsvolgende financiering** of “right to challenge” constructies waar bewoners zelf met betere oplossingen mogen komen en publieke middelen kunnen aanwenden.

De overheid heeft eveneens de taak om via **wetgeving** een bodem te leggen onder de zorg: denk aan personeelsnormen in verpleeghuizen (zodat er genoeg zorgverleners per aantal bewoners zijn voor menselijke aandacht), of aan regelgeving die **vrijheidsbeperking** aan strikte banden legt. Positief voorbeeld is de Wet zorg en dwang die in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg vrijheidsbeperkingen terugdringt, al komt het aan op de implementatie daarvan. Ook de nieuwe Wet verplichte ggz was bedoeld om meer rechtsbescherming te bieden, al is de uitwerking daarvan zeker niet vlekkeloos gebleken, zoals eerder besproken. Er is ruimte om **mensenrechten sterker te verankeren** in nationale wetgeving – bijvoorbeeld door expliciet te bepalen dat zorg altijd het minst ingrijpende alternatief moet

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

kiezen (“*licht als mogelijk, zwaar als nodig*”). Een ander idee is om een “**zorgrecht**” in de Grondwet op te nemen of sterker te formuleren wat een menswaardige zorg inhoudt. Het College voor de Rechten van de Mens en andere toezichthouders kunnen hierbij adviseren. Juridische toetsing van beleid aan verdragen (zoals EVRM, CRPD) moet standaard onderdeel zijn van nieuw zorgbeleid – niet achteraf door de rechter, maar vooraf in het beleidsvormingsproces.

Tenslotte: **transparantie en participatie** zijn sleutelwoorden voor zowel overheid als instituties. Er moet een open dialoog zijn met de samenleving over hoe de zorg functioneert en waar het heen gaat. Beleidsmakers en zorgbestuurders moeten actief de inbreng zoeken van *zorggebruikers, familie en frontlinie-medewerkers*. Want zij kennen als geen ander de knelpunten én de oplossingen op mensniveau. Initiatieven als **burgerpanels**, cliëntenfora of meepraten via online platforms kunnen ervoor zorgen dat beleid geen ivoren-toren-product is, maar geworteld in realiteit. Een mooi voorbeeld is de beweging “**Ik verbind**” van de Kamer van Sociale Waarden zelf, waarbij burgers bijeenkomen om waarden voor de zorg te bespreken en richting te geven aan beleidsmakers.

In het kort: de overheid en instituties zijn onmisbare partners in het realiseren van zorg die bij mensen begint. Hun rol is niet om alles van bovenaf te dicteren of te micromanagen, maar om **voorwaarden te scheppen, te bewaken en te verbeteren** waaronder menselijke zorg kan floreren. Ze moeten het **morele kompas** hoog houden: niet de kille cijfermatige benadering laten domineren, maar telkens de mens centraal stellen. Het zal van hen bescheidenheid vragen (kunnen luisteren, ruimte geven) en tegelijkertijd lef (breken met verstarde systemen, innovaties toelaten). Maar alleen dan verdienen zij het vertrouwen dat nodig is voor een duurzaam zorgstelsel. Overheid en instituties moeten de zinspreuk omarmen die aan de basis staat van dit manifest: zorg begint bij mensen – laat alles wat zij doen daaraan dienstbaar zijn.

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

SAMEN ZORGEN IS STERKER DAN GECONTROLEEERD ZORGEN



DE KAMER VAN SOCIALE WAARDEN

5. Juridische toetsing en mensenrechtelijke kaders

In voorafgaande hoofdstukken is al meermalen gebleken hoe belangrijk **juridische kaders** zijn om te borgen dat zorg humaan en rechtvaardig blijft. Mensenrechten vormen de ethische basis, maar het recht vertaalt die naar afdwingbare normen en toetsingsmechanismen. Hier zullen we explicieter ingaan op de **juridische toetsing**: hoe zorgen we ervoor dat in de praktijk beleid en handelingen in de zorg steeds getoetst worden aan mensenrechten en andere fundamentele normen?

Ten eerste moeten we benadrukken dat Nederland gebonden is aan internationale mensenrechtenverdragen die direct relevant zijn voor de zorg. We noemden reeds de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). In het EVRM is bijvoorbeeld artikel 3 van belang: het verbod op onmenselijke of vernederende behandeling. Dit artikel legt een absolute grens: zorg mag nooit zó tekortschieten dat het lijden oplevert dat als onmenselijk moet worden gezien. Denk aan situaties in tehuizen waar bewoners structureel in hun eigen vuil liggen of zonder aandacht verpieteren – dat raakt aan dit verbod en is dus ontoelaatbaar. Artikel 8 EVRM (recht op privacy, familie- en gezinsleven) beschermt onder meer het recht op persoonlijke autonomie en wordt ingeroepen tegen bijvoorbeeld onnodige dwangopname of het opsplitsen van gezinnen in jeugdzorg wanneer dat niet proportioneel is.

Een relatief nieuw, maar uiterst belangrijk verdrag is het eerdergenoemde **VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (CRPD)**. Dit verdrag (in 2016 geratificeerd) is revolutionair omdat het stelt dat mensen met beperkingen **volledig gelijkwaardige rechten en zeggenschap** hebben. Artikel 12 CRPD benadrukt bijvoorbeeld “*gelijke erkenning voor de wet*”, wat inhoudt dat ook mensen met psychosociale of verstandelijke beperkingen juridisch handelingsbekwaam blijven en ondersteuning moeten krijgen bij het nemen van besluiten, in plaats van onder curatele gesteld te worden. Artikel 19 CRPD erkent het recht om in de gemeenschap te leven met de ondersteuning die daarvoor nodig is, en verzet zich tegen isolatie in instellingen. Dit verdrag spoort Nederland aan om haar zorgstelsel te **deinstitutionaliseren** en te **de-paternaliseren**. Voorbeeld: de huidige praktijk van gedwongen opnames en behandelingen in de ggz is moeilijk verenigbaar met de CRPD, die vrije en geïnformeerde toestemming als uitgangspunt neemt. Er lopen ook internationaal discussies of zelfs dwang onder strikte voorwaarden (zoals nu in onze wet) wel toelaatbaar is onder de CRPD. Juridisch betekent dit dat Nederland verplicht is om alternatieven voor dwang te ontwikkelen (bijv. verplichte zorg te vervangen door vrijwillige crisiszorg, inzet op advance directives, etc.), iets waar rechters en toezichthouders (zoals het College voor de Rechten van de Mens) bij de toetsing aan kunnen refereren^{[10][26]}.

De *toetsing* in juridische zin vindt op verschillende niveaus plaats. Rechters spelen een rol als ultieme waarborg: zo kan een rechter oordelen dat een bepaalde overheidsmaatregel strijdig is met een verdragsrecht, of dat een zorgverlener onrechtmatig heeft gehandeld jegens een patiënt. Bijvoorbeeld, er zijn uitspraken waarin de rechter bepaalde vormen van fixatie of separatie onrechtmatig achtte omdat ze disproportioneel waren. Ook is in

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

jurisprudentie vastgelegd dat zorginstellingen de plicht hebben om mensen te beschermen tegen onnodig lijden (denk aan rechtspraak over pijnbestrijding in de laatste levensfase).

Juridische toetsing betekent dat er mechanismen zijn voor bezwaar en beroep. Elke cliënt heeft recht op inzage, klachtrecht, en desnoods een gang naar de rechter of een geschilleninstantie. Het is van belang dat cliënten en naasten hun weg naar het recht makkelijk kunnen vinden; daarom zouden procedures laagdrempeliger mogen. Wij ondersteunen initiatieven om cliëntenrechten te versterken – zoals bijvoorbeeld het instellen van een **cliëntenvertrouwenspersoon** (CVP) bij gedwongen zorg, en het uitbreiden van rechtsbijstand voor mensen in zorgconflicten.

Toetsing gebeurt niet alleen repressief (achteraf), maar ook preventief. We pleiten ervoor dat elk nieuw zorgbeleid standaard een **mensenrechtentoets** ondergaat. Dit kan verankerd worden via een zogeheten *Mensenrechteneffectrapportage* bij nieuwe wetten of een expliciete paragraaf in Memorie van Toelichting waarin wordt uitgewerkt hoe het voorstel in lijn is met grond- en mensenrechten. In sommige landen is dit al gemeengoed. Voor Nederland zou het een welkome stap zijn om miskleunen als de toeslagenaffaire of als beleid dat “voor hun bestwil” mensenrechten schendt, te voorkomen. Het eerbiedigen van het *subsidiariteits- en proportionaliteitsbeginsel* is hierbij leidend: is er een minder ingrijpende maatregel mogelijk om hetzelfde doel te bereiken? En weegt de maatregel op tegen de inbreuk op iemands rechten? Dit zijn juridisch bekende afwegingen, maar ze moeten in de zorg veel bewuster gehanteerd worden.

Daarnaast is er de **regelgeving op sector- en instellingsniveau**. Veel zorginstellingen hebben hun eigen reglementen, huisregels, protocollen. Ook die moeten door de mensenrechtenbril bekeken worden. Een voorbeeld: een verpleeghuis met een strikte regel dat bewoners na 8 uur 's avonds niet meer naar buiten mogen, zou eens moeten toetsen of dit niet in strijd is met het recht op vrijheid van beweging en de persoonlijke levenssfeer. Vaak zijn zulke regels historisch of gemakshalve gegroeid, maar als ze botsen met grondrechten, dienen ze herzien te worden. Hier ligt ook een taak voor **Inspecties en Ombudsmannen**: zij kunnen hun toezichtkaders expliciet baseren op mensenrechtelijke normen. Een inspecteur die een GGZ-instelling bezoekt, zou in zijn rapportage kunnen opnemen in hoeverre patiëntenrecht (zoals keuzevrijheid, privacy tijdens de zorg, etc.) worden gerespecteerd.

Een belangrijke juridische leidraad is ook het begrip **proportionaliteit en noodzakelijkheid**. Zeker bij zware ingrepen (vrijheidsbeperking, dwang, dwangmedicatie) moet altijd getoetst worden: is dit absoluut noodzakelijk en is er geen lichter alternatief? De nieuwe dwangwetten proberen dat wel te regelen, maar de praktijk is weerbarstig. Het is zaak dat juridische toetsingscolleges (zoals de rechtercommissaris in de Wvvgz procedures, de klachtencommissies, enz.) ook voldoende geëquipeerd zijn om de geest van mensenrechten toe te passen, niet alleen de letter van de wet. Een gedwongen opname mag bijvoorbeeld alleen als *ultimum remedium*. Maar gaat dat in de praktijk altijd zo? We hoorden al van Delespaul dat er een verschuiving is van “ernstig gevaar” naar “bestwil” als reden, wat schuurt met mensenrechten[27][28]. Hier moet juridisch tegengas gegeven worden: *bestwil* is geen carte blanche om iemands vrijheid te ontnemen, zo

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

waarschuwt CRPD uitdrukkelijk. Dit manifest steunt ook initiatieven om **dwang in de zorg drastisch terug te dringen** – juridisch zou men kunnen denken aan het instellen van een nationale doelstelling of zelfs een horizonbepaling voor bepaalde dwangmaatregelen, waarbij evaluatie na x jaar moet uitwijzen of het nog nodig is.

Verder zouden **mensenrechtelijke kaders** ook richting moeten geven aan hoe we zorg omschrijven en structureren. Bijvoorbeeld, het idee van “*recht op zorg*” of “*recht op gezondheid*” zou vertaald kunnen worden naar afdwingbare aanspraken. In ons huidige stelsel hebben we verzekerde rechten (via de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, etc.), maar deze zijn complex en versplinterd. Een integrale benadering – zoals een expliciet **recht op passende zorg** voor iedereen – zou de burger een sterkere positie geven. Dit kan opgenomen worden in een kaderwet of de Grondwet, of duidelijker in beleidsstukken. Het College voor de Rechten van de Mens adviseerde bijvoorbeeld om het begrip **menselijke waardigheid** nader uit te werken in zorgbeleid[29][30]. Als waardigheid het uitgangspunt is, kun je daaraan alle concrete normen ophangen: privacy respecteren, iemand niet langdurig vastbinden (want dat is vernederend), enzovoort.

Tot slot valt ook te denken aan **juridische innovatie**: nieuwe vormen van geschiloplossing of burgerrechten in de zorg. Een idee is het invoeren van een *Zorgrecht-ombudsman* naar voorbeeld van de Kinderombudsman, die specifiek waakt over rechten van zorgbehoevenden. Ook een *Zorgtribunaal* waar snel uitsluitel gegeven kan worden bij conflicten (bijvoorbeeld over gedwongen maatregelen) zou kunnen bijdragen aan rechtsbescherming. Het ultieme doel is dat iedere burger erop kan vertrouwen dat de zorg die hij of zij ontvangt in overeenstemming is met de eigen rechten en vrijheden. De oude Latijnse spreuk “*Salus aegroti suprema lex*” – het welzijn van de patiënt is de hoogste wet – moet weer betekenis krijgen, maar dan gelezen in samenhang met: “*voluntas aegroti suprema lex*”, de wil van de patiënt is de hoogste wet, binnen de perken van mensenrechten.

Concluderend: Een mensenwaardige zorg vergt dat we het recht niet als vijand zien (“juridisering”) maar als bondgenoot van de menselijkheid. Het recht stelt paal en perk aan ontsporingen en garandeert minimale standaarden. Met dit manifest roepen we op tot consequente juridische toetsing van zorgbeleid en -praktijk aan de waarden van mensenrechten. Laat de taal van wetten en regels geen technocratische jargon-taal zijn, maar doorspekt met begrippen als waardigheid, autonomie en participatie. Zo worden wetten meer dan regels – het worden dragers van een ethisch besef. En dat is precies wat we nodig hebben om zorgsystemen weer dienend te maken aan de mens.

**DE MENSELIJKE GEMEENSCHAP
IS GEEN VERLENGSTUK VAN HET
ZORGSYSTEEM — HET
ZORGSYSTEEM IS EEN VERLEN-
STUK VAN DE GEMEENSCHAP.**



**DE KAMER VAN
SOCIALE WAARDEN**

6. Spirituele en ethische grondslagen voor menselijke zorg

Zorg heeft niet alleen een juridische en politieke dimensie, maar ook een diep **spirituele en ethische dimensie**. In feite wortelt menselijke zorg in onze morele intuïties en vaak ook in religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen. Dit hoofdstuk verkent die grondslagen: welke spirituele en ethische principes inspireren ons tot zorg, en hoe kunnen ze ons richting geven in het hervormen van de zorg?

Een van de oudste motieven voor zorg vinden we in religies. De Bijbel, de Koran, de Talmoed – allemaal bevatten ze krachtige oproepen om om te zien naar zieken, armen en vreemdelingen. Bijvoorbeeld, de **Bijbel** leert in Mattheüs 25 dat bij het eindoordeel gevraagd zal worden: *“Ik was ziek en jullie hebben Mij bezocht”* en *“wat je voor de minste van Mijn broeders hebt gedaan, heb je voor Mij gedaan”*[13]. Deze identificatie van God of het hoogste met de lijdende medemens geeft een enorme waardigheid aan zorg: de handeling van zorgen wordt een heilige plicht. In de **Koran** (soera 5:32) lezen we al de metafoor dat één leven redden gelijkstaat aan de hele mensheid redden[21]. De **Talmoed** vergelijkt hetzelfde: één leven is een hele wereld[22]. Deze noties drukken een universele waarde uit: elk menselijk leven is van oneindige waarde en zorg voor de ander is een verheven roeping.

Ook in filosofische ethiek buiten religie treffen we fundamentele zorgprincipes aan. **Emmanuel Levinas** bijvoorbeeld benadert ethiek als verantwoordelijkheid voor de Ander. Het gezicht van de ander – in zijn kwetsbaarheid – doet een direct beroep op ons: *“De naakte hulpeloosheid van het gelaat doet een onmiddellijk beroep op mij, waardoor ik het systeem dat die ‘Ander’ buitensluit ter discussie stel”*[31]. Levinas zegt zelfs: *“Ik ben pas vrij in het gelaat van de Ander”*, en dat elke ontmoeting met de ander eigenlijk begint met het gebod *“Gij zult niet doden”*[32][33]. Dat wil zeggen: de ethische relatie is primair, nog vóór alle systeemrationaliteit. Dit is een radicaal uitgangspunt: onze vrijheid vindt haar zin en grens in de verantwoordelijkheid voor de kwetsbare ander. **Zorg** is daarmee geen secundaire activiteit, maar ligt aan de basis van mens-zijn. Filosoof **Hans Jonas** formuleerde het als het *principe verantwoordelijkheid*: handel zo dat je de toekomstige menselijkheid en kwetsbaarheid beschermt – exemplifield in de zorg voor kinderen en hulpbehoevenden.

Een ander belangrijk ethisch anker is het begrip **barmhartigheid** of mededogen. In het christendom spreekt men van de “werken van barmhartigheid” (hongerigen voeden, dorstigen laven, zieken verzorgen, etc.). In het boeddhisme is mededogen (*karuna*) een van de hoogste deugden – de bereidheid om het lijden van anderen te verlichten. Zulke concepten benadrukken **empathie**: je lijden aantrekken wat een ander lijdt, en daar handelend op reageren. **Mahatma Gandhi** zei: *“De ware maat van elke samenleving is hoe ze omgaat met haar zwaksten.”* Dit is ethisch gezien een toetssteen: een zorgsysteem is moreel geslaagd als het liefdevol en respectvol is voor hen die het kwetsbaarst zijn – zieken, ouderen, mensen met beperkingen, kinderen, sociaal zwakkeren. Als we in Nederland constateren dat sommige van die groepen nu tussen wal en schip vallen of minderwaardig worden behandeld (bijv. mensen met verward gedrag die op straat

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

belanden zonder hulp, of ouderen die vereenzamen), dan is dat een signaal van ethisch tekortschieten op samenlevingsniveau.

Spiritualiteit kan een bron zijn van herstel en veerkracht. Veel zorggebruikers putten kracht uit hun geloof of zingeving als ze met ziekte kampen. Een rechtvaardig zorgbeleid erkent deze dimensie. Dat betekent ruimte voor spirituele verzorging (zoals humanistisch raadsliden, geestelijk verzorgers in instellingen) en respect voor iemands levensovertuiging bij zorgkeuzes. Bijvoorbeeld: in psychiatrie is herstel niet alleen symptomatisch maar ook existentiële – mensen zoeken naar een manier om het leven weer zin te geven. Daar horen wellicht rituelen, verhalen en gemeenschapsbanden bij die buiten het strikt medische liggen. *Herstelgericht* werken omvat dus ook *zingevingsgericht* werken.

Een ethische grondslag die ook steeds luider klinkt is **waardigheid**. De Duitse filosoof Kant formuleerde dat ieder mens een waardigheid heeft – een absolute waarde – en daarom nooit als louter middel gebruikt mag worden. In zorgtermen: de persoon die zorg ontvangt, verliest nooit zijn waardigheid. Zelfs in afhankelijkheid, zelfs in dementie of coma is er een onschendbare kern die respect verdient. De waardigheidsethiek gebiedt ons bijvoorbeeld om zelfs iemand die niet aanspreekbaar is, met zachtheid en eerbied te behandelen – zoals we dat vaak intuïtief doen bij kinderen en stervenden. “*De menselijke waardigheid is onschendbaar*”, zo staat het in de Duitse Grondwet en vergelijkbaar in internationale teksten[34]. Voor de zorg betekent dit dat elke handeling die een mens tot ding degradeert (bijv. iemand vastbinden zonder noodzaak, of over iemands hoofd heen beslissen, of intiem lichamelijk werk zonder respect uitvoeren) moreel onaanvaardbaar is.

Ethische reflectie moet dus een integraal onderdeel zijn van zorgverlening en beleid. We bepleiten dat moreel beraad op de werkvloer wordt versterkt: laat zorgteams samen bespreken wat goede zorg is in complexe situaties, en elkaar blijven bevragen op menselijkheid. Filosofen als **Jürgen Habermas** spraken over de noodzaak van dialoog in de moderne samenleving om tot gedeelde waarden te komen[35]. Zo’n dialoog is ook binnen zorginstellingen nodig: tussen managers en medewerkers, tussen hulpverleners en cliënten, over de vraag: *Doen we het goede?* Het durven stellen van die vraag is een teken van morele gezondheid van een systeem.

Spirituele bronnen kunnen inspireren tot een zorg-ethos dat verder gaat dan plichten op papier. Neem het concept “**naastenliefde**” in het christendom of “**zakat**” (armenbijstand) in de islam, “**seva**” (dienstbaarheid) in het hindoeïsme. Deze begrippen moedigen aan om niet alleen uit professionele taak te zorgen, maar uit oprechte liefde voor de medemens en voor God. Hoewel niet iedereen religieus is, kunnen deze idealen ook in seculiere taal begrepen worden: als **liefdevolle zorg** of **passie voor het vak**. We zien gelukkig talloze zorgverleners die dit belichamen – die net dat beetje extra geven, een band opbouwen met cliënten, zich inzetten vanuit roeping. Het systeem moet dat niet dooddrukken maar ondersteunen. Het is ethisch van belang om de *intrinsieke motivatie* van zorgverleners hoog te houden en bureaucratie of hoge werkdruk die dit in de weg zitten te verminderen. Want overstijgend gesteld: zorg is uiteindelijk **liefde in praktijk**. Zonder enige vorm van agapè (onbaatzuchtige liefde) verwordt zorg tot transacties, en dat is onmenselijk.

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

Ethiek van zorg is overigens een eigen discipline in de filosofie (care ethics) die benadrukt dat zorg een relationele, contextgebonden deugd is. Filosoof **Joan Tronto** definieerde vier elementen van goede zorg: aandacht hebben voor de behoefte (caring about), verantwoordelijkheid nemen om die te beantwoorden (taking care of), de daadwerkelijke zorg verlenen (care-giving) met competentie, en ten slotte responsiviteit: nagaan of de zorg is ontvangen als goed (care receiving). Deze cyclus dwingt tot nederigheid en afstemming. Het is in feite een seculiere uitwerking van de gouden regel: *behandel anderen zoals je zelf behandeld wilt worden*. Als beleidsmakers deze simpele ethische vuistregel zouden toepassen, zou veel al gewonnen zijn: **Menselijke maat** is niets anders dan je proberen voor te stellen hoe het is in de schoenen van de burger of patiënt, en van daaruit te handelen.

Om de spirituele en ethische grondslagen praktisch te verankeren, stellen we voor om in zorgvernieuwingstrajecten **ethici, theologen en ervaringsdeskundigen** te betrekken. Laat hen meepraten over bijvoorbeeld de inrichting van nieuwe zorgconcepten (zoals digitale zorg – wat betekent dat ethisch?) of bij moeilijke triagekeuzes (bij schaarste van middelen, hoe verdelen we eerlijk?). In diverse religieuze teksten vinden we adviezen over rechtvaardigheid: *“Laat het recht rollen als water, en gerechtigheid als een alijdurende stroom”* zei de profeet Amos. Dit beeld van een voortdurend vloeiende gerechtigheid kunnen we vertalen naar zorg: de zorg moet een stromende bron van gerechtigheid zijn, geen stilstaand moeras van onrecht of ongelijkheid.

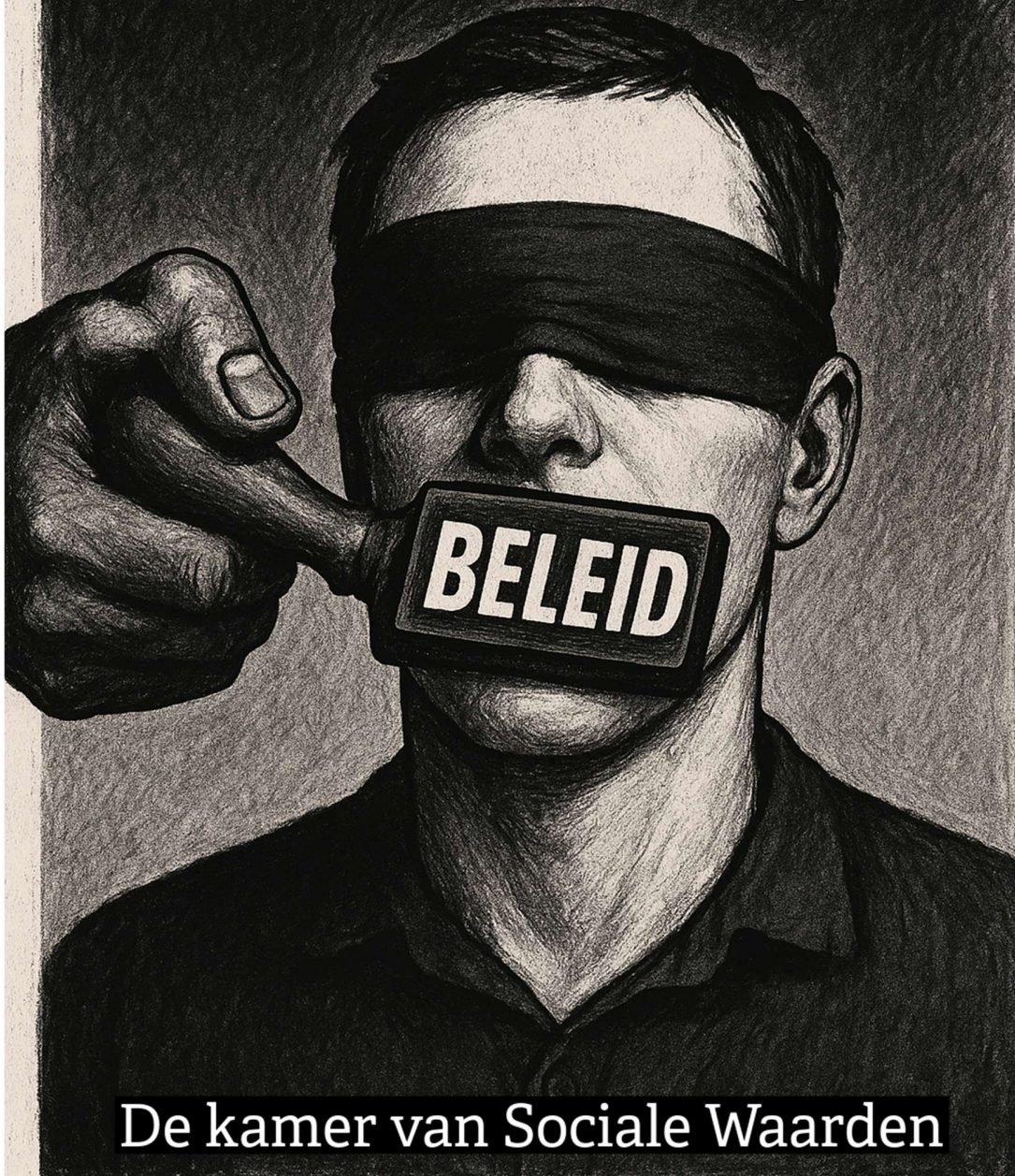
Als laatste willen we een citaat van de Kamer van Sociale Waarden zelf in herinnering roepen dat als een soort poëtische ethiek kan gelden: *“In de Kamer van Sociale Waarden, daar vinden we elkaar, een plek van liefde en respect, voor iedereen klaar. Samen bouwen we aan een wereld, waarin eenieder tot zijn recht komt.”* Deze woorden (ontleend aan de visie van de Kamer) benadrukken liefde, respect, en een wereld bouwen waarin ieder mens tot zijn of haar recht komt. Dat is tegelijk een spirituele belofte (een wereld van gerechtigheid en mededogen) en een ethisch program.

Kortom, de vernieuwing van zorg moet niet alleen systeemtechnisch of financieel benaderd worden, maar vanuit een **waardenperspectief**. Een herbronning bij spirituele en ethische tradities kan de motivatie en het morele kompas scherpen. Zorg was altijd al meer dan een beroep – het is een *roepingswerk*. Dit manifest beoogt dan ook een moreel-juridisch fundament te leggen: juridische kaders, ja, maar doordrongen van moreel besef. Zoals Levinas impliceert staat God (of het Goede) juist daar waar wij verantwoordelijkheid opnemen voor de ander. Zorg is in die zin een heilige handeling. Een zorgstelsel dat die geest ademt, zal daadwerkelijk de mens boven het systeem plaatsen.

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

**Beleid dat mensen stil
maakt, is beleid dat
rechten ondermijnt**



De kamer van Sociale Waarden

7. Kritiek op technocratische systemen en bureaucratische beheersing

We hebben in voorgaande hoofdstukken verschillende malen aangestipt dat **technocratie en bureaucratie** de menselijke maat kunnen ondermijnen. Hier willen we expliciet uiteenzetten wat er misgaat als *systeemdenken* de overhand krijgt, en waarom een fundamentele omslag nodig is. Dit is in feite de **kritiek op de status quo**: een waarschuwing dat, als zorg begint bij systemen in plaats van bij mensen, er ongewenste en onmenselijke effecten optreden.

Een technocratisch systeem benadert zorg hoofdzakelijk als een logistiek of economisch probleem. Het richt zich op meetbare indicatoren, standaardisatie, risico-avoiding protocols, en centralisatie van controle. **Bureaucratische beheersing** uit zich in talloze formulieren, doorverwijzingen, loketten, codes, en verantwoordingsdocumenten. Uiteraard zijn structuur en verantwoording nodig, maar in het huidige stelsel zijn de verhoudingen zoek. Hulpverleners besteden een aanzienlijk deel van hun tijd aan administratie in plaats van aan mensen. Cliënten verdwalen in procedures en keukentafelgesprekken zonder dat daadwerkelijke hulp op gang komt.

De **menselijke maat** verdwijnt wanneer mensen tot **nummers** worden gereduceerd. We zien dat letterlijk gebeuren in overheids-ICT: burgers krijgen zorgcodes, klantnummers, indicatiecategorïeën. Een tragisch voorbeeld was de *Caperio-affaire*, waar in de jeugdzorg risicotaxaties met een algoritme (zoals de “nieuwe Toeslagenaffaire” genoemd) zonder menselijke nuance gezinnen stigmatiseerden. Dit illustreert het gevaar: techniek zonder ethiek wordt kil en potentieel onrechtvaardig. Michel Foucault zou dit beschouwen als de extreme vorm van “*biopolitiek*”, waarbij de staat mensen behandelt als populatiecijfers en gevallen die gemanaged moeten worden, in plaats van als individuele subjecten met eigen verhalen. Hij merkte op dat zelfs instellingen als de geneeskunde de politieke macht ondersteunen door hun kennis en normaliserende invloed[36]. In moderne data-gedreven zorgbeleid is dat relevant: de drang om alles te **meten** (metingen van kwaliteit, BIG-data in de zorg) kan paradoxaal genoeg de kwaliteit verminderen als men vergeet te meten wat echt telt – zoals warmte in de omgang of groei in eigenwaarde, zaken die niet simpel in cijfers te vatten zijn.

Habermas sprak van de “kolonisatie van de leefwereld” door systemen[2]. Dit is al genoemd, maar in concrete zorgtermen: het dagelijks leven van mensen (hun leefwereld) wordt opgevuld door systeemlogica. Bijvoorbeeld, een gezin met zorgvragen krijgt te maken met een woud van instanties – Jeugdzorg, WLZ, Wmo, verzekeraar – elk met eigen criteria en bureaucratie. Het gezinsleven zelf (leefwereld) raakt ondergeschikt aan de eisen van rapportages en evaluaties van buitenaf. Het systeem “koloniseert” hun tijd en rust. Een moeder in de thuiszorg merkte bitter op: “*Ik verzorg niet alleen mijn zieke kind, ik moet ook een fulltime manager zijn om alle zorg te organiseren en verantwoorden.*” Dit is onwenselijk. Bureaucratie zou moeten dienen om mensen te ontlasten, niet extra te belasten.

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

Vaak wordt vanuit de systeemwereld geredeneerd: *efficiëntie, kostenbeheersing, planning & control*. Het gevolg kan zijn dat menselijke behoeften niet passen in de mal. Een schrijnend voorbeeld: bij sommige gemeentelijke Wmo-loketten wordt huishoudelijke hulp strikt afgemeten in minuten per week – waarbij geen ruimte is voor bijvoorbeeld een praatje maken (want dat is “niet taakgericht”). Dit soort kille rationalisering snijdt het hart uit de zorg. Een huishoudelijke hulp is vaak ook een sociaal contact voor een eenzame oudere. Maar het systeem ziet alleen een “schoonmaaktaak van 105 minuten”. Hier zien we hoe *solidariteit vervangen wordt door controle*: de medewerker moet in een app aangeven welke klusjes zijn gedaan, in plaats van te kunnen afstemmen op wat mevrouw Jansen die dag echt nodig had (misschien eerder een luisterend oor dan een blinkend schoon aanrecht). *Solidariteit boven controle* was poster Prompt 6 – de praktijk moet weer die kant op bewegen.

Een ander probleem is dat bureaucratische processen mensen **vervreemden** van de bedoeling. Professionals klagen dat ze “productiecijfers” moeten halen – een taal die haaks staat op de zorggroeping. Deze instrumentele benadering kan zelfs leiden tot morele erosie: wat telt is dat de formulieren kloppen, niet of het leven van de cliënt verbeterd is. Dit is de beroemde “**iron cage**” (ijzeren kooi) van socioloog Weber’s bureaucratie, maar in de zorgcontext bijzonder tragisch, omdat zorg juist om menselijkheid vraagt.

Bureaucratie en protocollen hebben natuurlijk hun redenen: ze bieden helderheid en uniformiteit, en moeten fouten voorkomen. Echter, te veel nadruk hierop leidt tot wat Levinas genoemd zou hebben: het ondergeschikt maken van de Ander aan de regel. In de eerder geciteerde tekst over *de kleine goedheid* werd al genoemd dat te veel gewicht van protocollen de eigen verantwoordelijkheid dreigt te verdrukken[37]. Overmaat aan 'het systeem' smoort de passie en menselijkheid in de zorg[38]. Een zorgverlener kan zich gaan verschuilen achter regels (“dat mag ik niet van het systeem”), terwijl misschien zijn of haar hart iets anders ingeeft. We moeten waken voor een cultuur van **plichtsverzaking door bureaucratisch conformisme**.

Een bijzonder pervers gevolg van technocratie is ook de opkomst van **marktprikkels** in de zorg die soms leiden tot perverse prikkels: instellingen concurreren op prijs, niet altijd op kwaliteit; zorg wordt opgesplitst in declarabele eenheden, etc. Hoewel marktwerking een politiek debat op zich is, is duidelijk dat een zuiver marktperspectief de zorgrelatie instrumenteel kan maken. Patiënten worden 'klanten' en er wordt gestreefd naar “maximale productie”. Dit *bedrijfsmatige frame* kan botsen met waarachtige zorg, die soms inhoudt dat je juist tijd neemt (wat inefficiënt lijkt) of dat je meer doet dan het strikt verzekerde (wat de DBC niet dekt maar wel menselijk is).

Onze kritiek richt zich dus op de **onbalans**: regels en systemen hebben hun plek, maar nu zijn ze vaak een doel op zich geworden in plaats van een middel. Zoals Vasili Grossman (geciteerd door Levinas) schreef: “*Elke poging om het menselijke helemaal te organiseren is tot mislukken gedoemd*”[1]. Hij waarschuwt dat goedheid nooit een systeem of regime kan worden – het menselijke laat zich niet volledig in regels vangen[1]. En toch blijft de goedheid mogelijk, als fragiele “kleine goedheid” in het dagelijks leven[39]. Het is frappant

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

dat Grossman dit schreef in de context van totalitaire systemen, maar zijn woorden zijn ook een les voor onze hoogontwikkelde bureaucratieën: oversystematiseer niet wat per definitie menselijk en weerbarstig is.

Wat moeten we dan doen om deze technocratische greep te verminderen? **Ontbureaucratiseren** is het devies. In de praktijk: verminderen van regeldruk, meer vertrouwen op professionaliteit, schrappen van overbodige verantwoordingslagen. Dit vereist uiteraard voorzichtigheid: men vreest soms dat zonder controle het “fout” gaat. Maar paradoxaal genoeg laten proeven met regelarme zorg zien dat kwaliteit omhoog gaat en fouten niet toenemen, omdat professionals hun vakkennis en ethisch besef kunnen aanspreken. Een mooi voorbeeld zijn enkele *verpleegafdelingen in ziekenhuizen* die experimenteren met minimale registratie: verpleegkundigen kregen meer tijd voor patiënten en voelden zich meer eigenaar van de zorg, wat de patiënttevredenheid ten goede kwam.

Digitalisering is een tweesnijdend zwaard: het kan helpen om rompslomp te verminderen, maar het kan ook nieuwe afstand en protocollen creëren (denk aan telemonitoring die patiënten tot nummers degradeert als er geen menselijk contact bij komt kijken). Technologie moet dus *mensgericht* worden ingezet, niet als doel op zich. We bepleiten dat bij elke nieuwe technologische of systeeminnovatie de vraag wordt gesteld: *Komt dit de menselijke relatie ten goede of schaadt het die?* Alleen door die toets kunnen we ‘goede’ bureaucratie van ‘kwade’ onderscheiden.

Een ander aspect is **participatie in systeemvorming**: laat degenen die de zorg ondergaan en verlenen meedenken over hoe processen ingericht zijn. Vaak komen de beste ideeën van de werkvloer over vereenvoudiging. Overheid en bestuur moeten daar naar luisteren en de moed hebben om eigen controlenoden wat te laten vieren. Dit is ook een kwestie van mentaliteit: van *cultuur van wantrouwen naar cultuur van vertrouwen*. Wantrouwen leidt tot stapeling van controles en formulieren; vertrouwen leidt tot vereenvoudiging en ruimte.

Een veelzeggend citaat dat de absurditeit van doorgesloten systemen markeert komt van een hulpverlener: *“We zijn 70% van de tijd bezig te bewijzen dat we ons werk doen, in plaats van het te doen.”* Zulk cynisme is begrijpelijk maar alarmerend. Het betekent dat systeemdruk zo hoog is dat het moraal en roeping ondermijnt. Als dit niet gekeerd wordt, branden mensen op en haken cliënten af. Het manifest wil die waarschuwing luid en duidelijk afgeven.

In het licht van bovenstaande kritiek kunnen we Poster Prompt 6 (*Solidariteit boven controle*) nogmaals interpreteren: **solidariteit** veronderstelt dat we vanuit verbondenheid handelen en het goede voor de ander willen, zonder die ander steeds te wantrouwen. **Controle** daarentegen impliceert een vermoeden dat de ander zijn plicht niet doet of misbruik maakt. In ons zorgstelsel moeten we terug naar dat basale solidariteitsbeginsel – vertrouwen als uitgangspunt. Dat betekent bijvoorbeeld dat we cliënten geloven als zij aangeven wat ze nodig hebben (in plaats van hen te zien als potentiële fraudeurs), en dat we professionals vrijheid geven met de aanname dat ze die ten goede zullen aanwenden (in plaats van ze te zien als mensen die gestuurd moeten worden om niet lui of onnauwkeurig te zijn).

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

Samenvattend: Technocratische en bureaucratische beheersing zijn als onkruid in de tuin van de zorg – zonder wieden overwoekeren ze de bloemen van mededogen en persoonlijke aandacht. Onze kritiek is fundamenteel: het is niet genoeg om hier en daar een regeltje te schrappen, er is een nieuwe *mindset* nodig waarin systemen dienend worden. **Systemen zijn er voor mensen, niet andersom.** Dat is de kern die we telkens herhalen. Als een bepaalde registratielast niet aantoonbaar bijdraagt aan betere zorg, moet hij weg. Als een protocol botsende met menselijkheid in een individueel geval, moet het protocol wijken. Zoals Levinas' gedachtegoed stelt: regels zijn belangrijk, maar **secundair** ten opzichte van het primaire appel van de ander[40]. Die prioriteitsomkering moet de norm worden.

Alle hoge heren van beleid en bestuur doen er goed aan zich dat te realiseren: dat uiteindelijk hun legitimiteit afhangt van hoe goed ze in staat zijn hun systemen los te laten ten gunste van de menselijke maat. Dit manifest is een handreiking én een dringend appel om dat pad in te slaan.

TOEKOMSTVISIE OP ZORG VANUIT DE MENSELIJKE MAAT”



**DE KAMER VAN
SOCIALE WAARDEN**

8. Toekomstvisie op zorg vanuit de menselijke maat

Vooruitkijkend zien wij een toekomst voor ons waarin de leus “**Zorg begint bij mensen — niet bij systemen**” werkelijkheid is geworden. Wat betekent dat concreet? In deze slothoofdstuk schetsen we een **toekomstvisie**: hoe zou de zorg in Nederland (en hopelijk ook elders) eruitzien als we de hier beschreven principes daadwerkelijk doorvoeren?

Stel je voor: het is tien jaar later. Een persoon met een hulpvraag – laten we haar Fatima noemen – weet precies waar ze terecht kan in haar buurt. Ze loopt bijvoorbeeld binnen bij een laagdrempelig **wijkcentrum** waar overheid, gemeenschap en zorginstellingen samen een team vormen. Fatima hoeft niet meer zelf door een bureaucratisch doolhof; er is een *zorgconsulent* die haar en haar familie bijstaat, vanuit een houding van gelijkwaardigheid. Deze consulent kijkt eerst naar Fatima als mens: wat zijn haar wensen, haar krachten, haar netwerk? Pas daarna naar haar “problemen” of diagnoses. De regels en financiering op de achtergrond zijn zó ingericht dat ze niet belemmeren wat er voor Fatima nodig is. Met andere woorden: **maatwerk** is de standaard, niet de uitzondering.

In onze visie zijn **mensenrechten dan verankerd** in elk zorgtraject: Fatima’s autonomie wordt gerespecteerd – ze neemt zelf beslissingen over haar plan, ondersteund door professionals. Mocht ze tijdelijk haar wil niet duidelijk kunnen maken, dan wordt haar eerder vastgelegde voorkeur (via een mentorschap of een crisiskaart) gevolgd. Dwang komt vrijwel niet meer voor, omdat preventie en vrijwillige zorg zó sterk zijn uitgebouwd dat crisissen amper escaleren. Als toch iets moet, gebeurt dat met instemming van een vertrouwenspersoon en nauw toezicht, en zo kort mogelijk. En altijd met nazorg en evaluatie waarbij Fatima achteraf kan aangeven hoe ze het ervaren heeft, om uit te leren.

Herstelgericht beleid is de norm: dat wil zeggen, er wordt niet alleen gekeken naar symptoombestrijding of het oplossen van losse problemen, maar naar het *herstel van het hele leven* van een persoon. Voor Fatima betekent dat: misschien heeft ze psychische klachten, maar de aanpak betreft ook haar woonomgeving, werk of dagbesteding, sociale contacten en zingeving. *Herstel is een mensenrecht* (poster 1) – dus de systemen zijn eromheen gebouwd om haar dat pad te laten lopen op haar eigen tempo en manier. Er bestaan dan **herstelacademies** in elke regio, en zorgverzekeraars vergoeden deelname daaraan net zo gemakkelijk als medicatie of therapie.

Autonomie en zelfbeschikking stralen door in deze toekomst. Mensen zoals Fatima krijgen persoonlijke budgetten of andere regiemiddelen om zelf hun zorg te organiseren indien gewenst. Technologische hulpmiddelen (zoals e-health apps) zijn ontworpen met co-creatie van gebruikers, zodat ze intuïtief en mensgericht zijn. Fatima kan bijvoorbeeld via haar telefoon direct contact leggen met haar wijkverpleegkundige of ervaringsdeskundige maatje wanneer ze dat nodig heeft, zonder drempels. Instellingen zijn kleiner en kleinschaliger geworden: mega-zorginstellingen hebben plaatsgemaakt voor netwerken van **kleinschalige voorzieningen** (denk aan woonhuizen met 4 à 5 bewoners i.p.v. grote instellingen – Basaglia’s principe was immers: “*Groepswoningen voor meer dan*

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

vier mensen werden afgeschaft”[41]). Deze schaal zorgt ervoor dat iedereen gekend wordt, niemand is een anonieme passant.

Cruciaal onderdeel van de toekomstvisie is dat **gemeenschap** en professionele zorg volledig geïntegreerd zijn. Poster 3 zei: “*Professionele hulp is aanvullend*”. In de praktijk van de toekomst zien we dat de meeste steun uit iemands directe omgeving komt, maar dat dit versterkt wordt door professionals waar nodig. Gemeenschapsinitiatieven als buurtzorg, mantelzorgcoöperaties, zorgzame buurten zijn overal aanwezig en worden (financieel en praktisch) gesteund door overheid. Een term die hier past is “**commons**”: zorg is deels een gemeengoed, gedragen door gemeenschappen, niet louter een dienst van de staat of markt. Bijvoorbeeld, ouderen blijven langer in hun wijk wonen omdat er “zorgzame buurten” zijn waar vrijwilligers en buurtverpleegkundigen samenwerken (dit bestaat al, maar kan de norm worden).

In de toekomstvisie is de **rol van overheid en instituties** transformeerd tot faciliteerders. De overheid zorgt voor de brede kaders (genoeg financiering, anti-discriminatie, waarborgen dat iedereen geholpen wordt) en grijpt in als er ergens toch misstanden zijn, maar in de dagelijkse leefwereld voelt de burger vooral nabijheid. De *menselijke maat* is dan niet langer een streven maar realiteit: beleid wordt nog steeds op rijksniveau gemaakt, maar altijd getoetst met burgerpanels en lokale proeftuinen voordat het uitgerold wordt. Het motto binnen ministeries is geworden: *regel minimaal, steun maximaal*. Instellingen hebben “Manifestregels” zoals uit poster 7 overgenomen in hun missie en daadwerkelijk vertaald in werkprocessen: bijvoorbeeld, een ziekenhuis heeft besloten dat elke patiënt en familie lid is van het zorgteam – dus structureel is familieparticipatie ingebouwd in besluitvorming, en artsen worden daarvoor getraind.

Juridische toetsing werkt op de achtergrond als veiligheidsnet. Omdat cultuur en houding veranderd zijn, hoeft het minder vaak repressief in actie te komen, maar het is er wel. Mensen weten hun rechten en durven die aan te kaarten, maar vinden meestal gehoor zonder dat een rechtsprocedure nodig is. Toezichthouders gebruiken mensenrechten als meetlat en geven jaarlijks rapportages uit over hoe zorginstellingen presteren op recht en waardigheid.

Een belangrijk kenmerk van de toekomstige zorg is **digitalisering met een hart**. Technologie is ingezet om menselijke maat te vergroten, niet te verkleinen. Bijvoorbeeld, administratieve AI-tools nemen zorgverleners het saai invulwerk uit handen, zodat ze meer tijd hebben voor gesprek met cliënten. E-health is ontworpen om zelfregie te ondersteunen (bijv. apps die mensen inzicht geven in eigen vooruitgang of die hen verbinden met lotgenoten), niet om de mens buiten beeld te duwen. Privacy en zeggenschap over data zijn streng beschermd, geheel in lijn met mensenrechten. Tech-bedrijven opereren niet ongereguleerd, maar participeren in ethische commissies om erop te letten dat innovaties mensvriendelijk zijn.

De **spirituele en ethische grondslagen** die we noemden, zijn in de toekomst expliciet erkend. In elk zorgteam wordt ruimte gemaakt voor ethische reflectie en eventueel gebed of bezinning als de context dat vraagt. De mens wordt holistisch gezien: lichaam, geest én

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

ziel. Daardoor wordt zorg meer werkelijk *helen* in plaats van alleen “repareren”. Patiënten zoals Fatima ervaren dat men oog heeft voor haar hele persoon – de dokter vraagt ook hoe het thuis gaat en of ze steun heeft aan haar geloof of vrienden, de maatschappelijk werker helpt haar zinvolle daginvulling vinden, etc. Dit is geen droombeeld: elementen hiervan bestaan reeds (bijvoorbeeld in hospices waar spirituele zorg vast onderdeel is), maar in de toekomstvisie is dit veralgemeend.

We zien ook dat de **zorgverlener van de toekomst** een ander profiel heeft: hoogopgeleid, ja, maar zeker ook **empathisch getraind** en cultureel sensitief. Opleidingen in zorg en sociaal werk besteden net zoveel aandacht aan communicatie, ethiek en samenlevingskunde als aan vaktechniek. Want men begrijpt: een goede arts of hulpverlener is niet alleen een technische expert, maar ook een wijze raadgever en medemens. Dit trekt ook weer meer mensen aan tot het vak, want de voldoening is hoger; de zorgsector is geen kille fabriek meer, maar weer een gewaardeerd veld van menselijke interactie. Burn-out onder zorgpersoneel is drastisch gedaald, omdat ze weer de ruimte en waardering krijgen om te doen waarvoor ze het beroep kozen: mensen helpen.

Ons toekomstbeeld omvat ook **solidariteit op macro-niveau**. Politiek en maatschappij beseffen dat investeren in zorg en welzijn geen “kostenpost” is, maar een investering in menselijk kapitaal en in beschaving. Men is bereid daarvoor te betalen en de vruchten zijn zichtbaar: criminaliteit daalt (want veel problemen worden vroeg opgevangen via zorg en welzijn), participatie stijgt (mensen met beperkingen doen volwaardig mee dankzij ondersteuning), eenzaamheid neemt af (door gemeenschapsinitiatieven). De **menselijke samenleving** zoals verwoord in bijv. Bijbelse termen – “een land vloeiend van melk en honing” – blijft utopisch, maar we naderen haar omdat we onze meest kwetsbaren niet meer verwaarlozen.

In deze samenleving is er ook ruimte voor **innovatie van onderaf**. Veel zorgvernieuwing komt uit cliënten- en burgerinitiatieven. De overheid faciliteert platforms waar die ideeën kunnen opschalen. Bijvoorbeeld, als Fatima en een paar lotgenoten iets nieuws bedenken dat hun helpt (stel een app of een ontmoetingsproject), kunnen ze via laagdrempelige subsidies en coaching dat groter maken. De zorg is dus levend en in beweging, niet top-down verstard.

Cruciaal: de **afstand tussen beleid en praktijk is verkleind**. Beleidsmakers gaan regelmatig op “stage” in zorginstellingen of bij mensen thuis om voeling te houden, en andersom zitten ervaringsdeskundigen in adviesraden op ministeries. Zo voorkom je dat er ooit weer beleid ontstaat dat de mensen op wie het van toepassing is niet begrijpen of als onrechtvaardig ervaren.

Als we deze toekomstvisie samenvatten in een beeld: we zien een zorglandschap dat lijkt op een weefsel van talloze kleine gemeenschappen en netwerken, gehouden door de gouden draden van mensenrechten en medemenselijkheid, met de overheid als behoedzame wever die het patroon bewaakt maar niet domineert. In dat weefsel is iedereen onderdeel: zorgbehoevenden, hun naastbetrokkenen, professionals, vrijwilligers – ze vormen samen de stof van solidariteit. Geen enkele persoon valt door het vangnet, want

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

waar professionele zorg even niet komt, is er een buur of geloofsgenoot; en waar de gemeenschap tekortschiet, is er de verzekerde professionele steun. Het is complementair.

Tot slot is in deze toekomst **de stem van de mens** daadwerkelijk de leidende stem (poster 4). Evaluaties van zorg en beleid gebeuren primair op basis van wat mensen zelf aangeven dat het met hen doet. Niet de indicatoren of het jaarverslag zijn het succesverhaal, maar de persoonlijke getuigenissen van mensen wiens leven ten goede is gekeerd. We zullen rapportages zien waarin een voormalig zorgvermijder vertelt hoe hij dankzij respectvolle benadering toch hulp aannam en nu weer een zinvol leven leidt; of een ouder die meldt dat haar gezin dankzij één coördinerende hulpverlener weer overzicht kreeg en bij elkaar kon blijven. Zulke verhalen zijn niet anekdotisch maar vormend voor beleid: ze tonen wat werkt en wat niet, en sturen bij.

Is dit een utopie? Nee, het is haalbaar wanneer er politieke wil en maatschappelijk draagvlak is. Het vergt wel een paradigmawissel. Maar de bouwstenen zijn er al, verspreid in initiatieven en gedachtegoed dat we in dit manifest hebben aangehaald. Onze toekomstvisie wil een **baken van hoop** zijn: dat we niet hoeven te berusten in de gebreken van nu, maar een betere zorgcultuur kunnen scheppen. Een cultuur waarin systeem en mens niet langer op gespannen voet staan, omdat systemen bewust beperkt en dienstbaar zijn gemaakt. Waarin zorg geen last is, maar een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid en zelfs een eer.

Het is passend hier **Levinas** nog eens aan te halen, die erop wees dat ondanks alle corruptie van menselijke verhoudingen, de goedheid standhoudt – zij het fragiel[1][42]. In onze toekomst is die fragiele goedheid versterkt en gekoesterd, niet langer weggedrukt door logge mechanismen. Ze is nog steeds kwetsbaar (dat zal altijd zo zijn), maar wordt gezien als het *hoogst menselijke in de mens*[43]. De kleine goedheid van alledag – een glimlach, een geruststellende hand, een luisterend oor – vormt immers het echte weefsel van zorg. Dat laten we dan nooit meer ondersneeuwen.

Beleidsaanbevelingen

Op basis van het bovenstaande manifest formuleren we hier concrete **beleidsaanbevelingen**. Deze aanbevelingen dienen als brug tussen visie en actie – als handvatten voor beleidsmakers, bestuurders, gemeenten en instellingen om de geschetste veranderingen in gang te zetten.

1. Integreer mensenrechten expliciet in zorgbeleid en -wetgeving: Veranker principes uit de mensenrechten (waardigheid, gelijkheid, autonomie) in alle relevante wetten (Zwv, Wmo, Wlz, Jeugdwet). Voer een *mensenrechtentoets* in bij nieuw beleid[44]. Bijvoorbeeld: toets elke nieuwe maatregel aan CRPD-vereisten rondom autonomie en inclusie. Maak in wetsvoorstellen expliciet hoe mensenrechten geborgd worden. Laat toezichthouders (IGJ, gemeenten) handhaven op naleving van fundamentele rechten (recht op privacy, verbod op onmenselijke behandeling etc.) in zorginstellingen.

2. Beperk drang en dwang, bevorder vrije keuze: Stel een nationaal actieplan op om gedwongen zorg drastisch terug te dringen. Investeer in preventie en vrijwillige alternatieven (bijvoorbeeld High & Intensive Care units in de ggz die open zijn). Herzie de Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang op punten die strijdig zijn met VN-verdrag handicap, in lijn met experts zoals Delespaul[27][10]. Garandeer het recht op *advance directives* (vooraf vastgelegde wensen) en respecteer die. Maak *informed consent* heilig: geen behandelingen zonder instemming, tenzij strikt levensreddend en juridisch getoetst.

3. Zet de gemeenschap centraal in de zorgorganisatie: Ontwikkel en financier wijkgerichte zorgnetwerken (“gemeenschapsklinieken”, buurteams, sociale wijkcentra) waar formele en informele zorg samenwerken (zie poster Prompt 2: *Gemeenschap als basis*). Stimuleer gemeenten om “zorgzame buurten” te creëren – bijvoorbeeld via subsidies voor buurthuis-projecten, mantelzorgcoöperaties en herstelgroepen. Verplicht zorginstellingen om cliënten in hun eigen leefomgeving te ondersteunen en op te nemen in gemeenschapsactiviteiten (geen onnodige afzondering). Maak in iedere gemeente een **gemeenschapszorg-fonds** beschikbaar voor initiatieven van bewoners die zorg en sociale steun combineren.

4. Zorg dat professionele hulp aanvullend en ondersteunend is: Introduceer in richtlijnen dat professionele zorgverleners altijd eerst kijken naar eigen regie en netwerk van de zorgvrager (poster Prompt 3: *Professionele hulp is aanvullend*). Train professionals in *family/community centered care*. Pas financieringsystemen aan zodat samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers beloond wordt in plaats van onbetaald en onzichtbaar te blijven. Maak bijvoorbeeld onderdeel van kwaliteitstoetsing: mate van betrokkenheid informele zorg. Vergoed coördinatietijd met mantelzorgers. Herijk het begrip “uitkomst” van zorg: niet alleen medisch herstel, maar ook empowerment en sociale participatie van cliënt tellen mee.

5. Hervorm bureaucratie ten gunste van de menselijke maat: Start een landelijke operatie “Ontregel de Zorg” om onnodige regels en registraties te schrappen. Doel: in 3 jaar 50% reductie administratieve last voor zorgverleners. Introduceer een **menselijke-maat-impact assessment** voor elke nieuwe regel: wat is de impact op cliënten en professionals? (Vergelijkbaar met milieutoets, maar dan voor menselijke maat). Betrek cliënten en zorgverleners structureel bij het ontwerpen van formulieren, ICT-systemen en procedures, zodat deze gebruiksvriendelijk zijn en enkel werkelijk noodzakelijke informatie vragen. Maak afwijking van protocollen mogelijk als dat ten bate komt van de cliënt: “protocol tenzij het menselijker kan”. Bescherm professionals die gemotiveerd afwijken (moreel verantwoord) tegen sancties, via een soort ethische exceptie-clausule.

6. Stimuleer waarden-gedreven zorginstellingen: Verplicht grote zorginstellingen om een **ethisch manifest** te onderschrijven (in lijn met poster Prompt 7: manifestregel voor instellingen). Dit manifest moet bijvoorbeeld bevatten: “Wij stellen de mens boven het systeem; we toetsen ieder besluit aan waardigheid en autonomie; we betrekken cliënten in alles wat we doen.” Laat inspecties hier ook op toetsen (bijv. inspectievraag: *hoe vertaalt de instelling menselijke waardigheid in beleid X?*). Moedig bestuurlijke moed aan: minder

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

managers, meer aansturing door vakmensen. Subsidieer desnoods de overgang naar kleinschalige zorgvormen: financiële prikkels voor wijkgerichte kleinschalige huizen boven grootschalige instituten.

7. Versterk de stem van cliënten en naasten: Maak cliëntenraden en familie-vertegenwoordiging invloedrijker door hun instemmingsrechten uit te breiden op belangrijke terreinen (bijv. bij vaststelling van huisregels, voedingsbeleid, bezoekenregelingen, etc.). Implementeer een landelijk **Cliëntenparlement** dat periodiek bijeenkomt met vertegenwoordigers uit alle sectoren (ouderen, gehandicapten, GGZ, etc.) om advies te geven aan VWS en gemeenten. Zorg dat bij elk beleidsvoornemen een quote of perspective van ervaringsdeskundigen in de toelichting staat – letterlijk de stem van de mens laten doorklinken. Bekostig meer onafhankelijke **cliëntenondersteuners** en zorg dat iedere burger die met zorg te maken heeft, daarvan op de hoogte is en er gebruik van kan maken (recht op bijstand en advies).

8. Ondersteun zorgverleners in ethische en relationele competenties: Pas curricula van medische en zorgopleidingen aan om meer nadruk te leggen op communicatie, ethiek, diversiteit en co-creatie met patiënten. Richt in elke instelling regelmatig moreel beraad in waar teams casuïstiek kunnen bespreken aan de hand van de waarden uit dit manifest (mensenrechten, autonomie, etc.). Beloon in HR-beleid niet alleen “productiviteit” maar ook empathisch vermogen en feedback van cliënten (bijv. in functioneringsgesprekken is cliëntenwaardering een key performance indicator). Investeer in voldoende personeel zodat tijd voor een praatje geen luxe is maar standaard.

9. Digitaliseer ten dienste van menselijkheid: Ontwikkel een nationaal kader voor *mensgerichte e-health*. Dit houdt in: verplichte co-creatie met eindgebruikers bij ontwikkeling van zorgapps en -portalen; toegankelijkheid voor mensen met beperkingen; en “ethische knoppen” in software (bijv. mogelijkheid voor professionals om maatwerk te doen, niet dat software dingen dwingend afsluit). Zorg dat digitale systemen uitwisseling vergemakkelijken (één geïntegreerd medisch dossier per persoon waar alle hulpverleners – met toestemming – in kunnen, om herhaling te voorkomen). Tegelijk: bewaak privacy strikt; geef cliënten eigenaarschap over hun data (zelf bepalen wie wat ziet). Introduceer een keurmerk voor zorgtechnologie die de menselijke maat bevordert, en stimuleer de aanschaf van zulke technologie met subsidies.

10. Maak solidariteit de basis van financiering en beleid: Neem afstand van te ver doorgevoerde marktwerking die fragmentatie veroorzaakt. Hervorm eventueel financieringsstromen naar bundeling per regio of per persoon, zodat “wie het nodig heeft” leidend wordt en niet “welk potje dit valt”. Overweeg invoering van een *gezondheidsbudget per burger* dat integraal is, zodat niet elke indicatie apart hoeft. Voer een maatschappelijke discussie over hoeveel we als samenleving over hebben voor waardige zorg – en leg dat vast in meerjarige kaders, om te voorkomen dat zorg het sluitstuk van begrotingen is. Politici dienen zorg niet als kostenpost te framen maar als investeringen in sociaal kapitaal. Concrete stap: indexeer zorgbudgetten aan vergrijzing en toenemende zorgzwaarte, zodat er niet steeds ad hoc bezuinigingsrondes komen die ten koste gaan van kwaliteit.

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

Deze tien aanbevelingen zijn geen uitputtende lijst, maar een begin van een transformatieprogramma. Implementatie vereist moed, samenwerking en soms extra middelen. Maar zoals dit manifest betoogde: de opbrengsten – kwalitatief én uiteindelijk ook economisch – van een menselijke-maat-zorg zijn enorm. Het voorkomt dure crises, gerechtelijke procedures, ziekteverzuim bij zorgverleners, en menselijk leed dat onbetaalbaar is.

Slotverklaring

“Zorg begint bij mensen — niet bij systemen.” Met deze kernboodschap sluiten wij ons manifest af. We hebben een visie neergelegd van een zorg die haar menselijke gezicht hervindt. We hebben onderbouwd met filosofie en mensenrechten, met praktijkvoorbeelden en morele argumenten, waarom de omslag noodzakelijk en urgent is. Nu, in deze slotverklaring, richten wij ons tot ieder die invloed kan uitoefenen op de zorg: beleidsmakers, bestuurders, zorgverleners, en evenzeer burgers, cliënten en hun naasten.

Wij verklaren hierbij dat wij ons zullen inzetten voor een zorgsysteem dat de **menselijke waardigheid** onvoorwaardelijk centraal stelt. Een systeem dat **herstelgericht, autonoom, gemeenschapsgedragen, rechtvaardig, spiritueel bewust en anti-bureaucratisch** is. We roepen een ieder op om zich aan te sluiten bij deze beweging. Het is geen revolutie van één dag, maar een voortdurende inspanning waarin elke beslissing telt – van de verpleegkundige die vandaag besluit een protocol menselijker toe te passen, tot de minister die morgen besluit een wet te wijzigen in lijn met mensenrechten.

We beseffen dat verandering weerbarstig is. Er zullen skeptici zijn die zeggen: “Maar de kosten, maar de risico’s?” Ja, elke verandering brengt uitdagingen. Maar het grotere risico is nietsdoen: dan riskeren we een verdere ontmenselijking van de zorg, een groeiende kloof tussen systeem en mens – iets wat een beschaafde samenleving zichzelf niet mag aandoen. *Mensenrechten, autonomie, gemeenschap, solidariteit, menselijke maat* – dit zijn geen loze woorden, maar richtinggevende sterren. Laten we ze gebruiken voor navigatie.

In deze geest eindigen we met enkele krachtgevende citaten die als moreel kompas kunnen dienen op de weg voorwaarts:

- **Jürgen Habermas** herinnerde ons eraan dat de kwaliteit van onze samenleving afhangt van de kwaliteit van onze communicatie[45]. Laat de dialoog tussen alle betrokkenen open en eerlijk zijn; zo bewaken we samen de humaniteit.
- **Michel Foucault** waarschuwde dat instituten van zorg ook instituten van macht kunnen zijn[36]. Laat dit een voortdurende wake-up call zijn om macht altijd te temperen met mededogen en tegenkracht van de gemeenschap.
- **Emmanuel Levinas** toonde dat in het gelaat van de ander onze hoogste roeping ligt[32][33]. Laat iedere ontmoeting in de zorg, hoe kort ook, worden gezien als een morele gebeurtenis – een kans om verantwoordelijkheid gestalte te geven.
- De **Bijbel, Koran en Talmoed** leren ons de heiligheid van zorg: *“Heb uw naaste lief als uzelf”, “Wie één leven redt, redt de wereld”*. Laat deze oeroude wijsheid

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

doorklinken in hedendaags beleid, niet als vrome woorden maar als concrete daden van liefde en redding.

- Uit onze eigen gelederen, **De Kamer van Sociale Waarden**, klinkt de belofte: “*Samen bouwen we aan een wereld, waarin eenieder tot zijn recht komt.*” Dit is geen utopie maar een opdracht. *We bouwen eraan, steen voor steen, beslissing na beslissing.*

Vandaag ondertekenen wij dit manifest met de overtuiging dat het anders kan en moet. Laten we elkaar daaraan houden. Dit manifest dient als moreel-juridisch fundament voor zorgvernieuwing in Nederland en hopelijk als inspiratie ver daarbuiten. We bieden het aan als leidraad voor discussie en als aanmoediging voor actie.

Ondertekening: Dit manifest is opgesteld en met overtuiging ondertekend door **De Kamer van Sociale Waarden**, in samenwerking met allen die geloven dat ware zorg de mens voorop stelt. In solidariteit met zorgvragers en zorgverleners, in respect voor ieders waardigheid en in vertrouwen op de kracht van gemeenschap, bekrachtigen wij: *zorg begint bij mensen – en zo zullen wij het voortaan inrichten.*

Wij nodigen eenieder uit om zich bij deze verklaring aan te sluiten en de principes ervan uit te dragen in woord én daad. Want de verandering begint bij ons, nu.

De Kamer van Sociale Waarden^[46]

[1] [37] [38] [39] [40] [42] [43] Document

<https://www.levinasdekleinegoedheid.nl/levinas/de-kleine-goedheid/>

[2] [35] [45] Habermas en de botsing tussen leef- en systeemwereld - Koneksa Mondo

<https://koneksa-mondo.nl/2025/07/13/habermas-en-de-botsing-tussen-leef-en-systeemwereld/>

[3] Geestelijke gezondheid is een mensenrecht -

<https://www.ggznieuws.nl/geestelijke-gezondheid-is-een-mensenrecht/>

[4] Constitution of the World Health Organization

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

[5] [34] Zorg - gezondheid - menselijke waardigheid - Amnesty International

<https://www.amnesty.nl/encyclopedie/zorg-en-mensenrechten>

[6] Mensen met een beperking | College voor de Rechten van de Mens

<https://www.mensenrechten.nl/themas/rechten-van-mensen-met-een-beperking>

<https://www.dekvswnl/zorg-begint-bij-mensen-niet-bij-systemen/>

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

[7] [8] [9] [10] [11] [12] [18] [19] [26] [27] [28] [44] 'Wet verplichte ggz negeert mensenrechten' - Zorg+Welzijn

<https://www.zorgwelzijn.nl/mensenrechten-zijn-geen-bedenksel-van-linkse-rakkers/>

[13] Het evangelie naar Matteüs 25:40 En de Koning zal hun antwoorden en zeggen: Voorwaar, Ik zeg u, in zoverre gij dit aan één van deze mijn minste broeders hebt gedaan, hebt gij het Mij gedaan. | NBG-vertaling 1951 (NBG51) | De Bijbel App nu downloaden

<https://www.bible.com/nl/bible/328/MAT.25.40.NBG51>

[14] Hoofdstuk twaalf: Sabotage van het onderwijs (Deel 2) – Hoe het spook van het communisme onze wereld regeert

<https://www.thespecterofcommunism.com/nl/hoofdstuk-12-deel2/>

[15] [16] [17] [41] Kleinschaligheid is basis voor meer menselijkheid — Column — Sociaal.Net

<https://sociaal.net/column/kleinschaligheid-is-basis-voor-meer-menselijkheid/>

[20] Citaten.net - Benjamin Franklin - Wie vrijheid opoffert voor veiligheid is beiden niet waard.

https://citaten.net/quotes/benjamin_franklin/51548/citaat-wie-vrijheid-opoffert-voor-veiligheid-is-beiden-niet-waard.html

[21] Quran 5:32 in Dutch Nederlands Compare Multiple Translations | al-Ma'idah 32

<https://www.quranv.com/nl/5/32/>

[22] Wie één leven redt, redt de hele wereld - Thomas - Godsdienstonderwijs.be

<https://www.kuleuven.be/thomas/page/rechtvaardigen/>

[23] [24] [25] Menselijke maat | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving

<https://www.kcbr.nl/themas/themas-z/menselijke-maat>

[29] [PDF] MENSELIJKE MAAKBAARHEID, MENSELIJKE WAARDIGHEID EN ...

<https://njcm.nl/wp-content/uploads/ntm/MENSELIJKE-MAAKBAARHEID-MENSELIJKE-WAARDIGHEID-EN-DE-MENSENRECHTEN.pdf>

[30] III.5.2.1 Functies van het juridische concept menselijke waardigheid

<https://www.inview.nl/document/idpass2cb9f1710d6a4a87a8775fa82bfb58bb/het-schuldige-geheugen-een-onderzoek-naar-het-gebruik-van-hersenonderzoek-als-opsporingsmethode-in-het-licht-van-eisen-van-instrumentaliteit-en-rechtsbescherming-staat-en-recht-nr-32-iii-5-2-1-functies-van-het-juridische-concept-menselijke-waardigheid>

De kamer van Sociale Waarden

Menselijke waardigheid als vertrekpunt voor beleid.

[31] [32] [33] Emmanuel Levinas: 'Ik ben pas vrij in het gelaat van de Ander' - Filosofie Magazine

<https://www.filosofie.nl/levinas-ik-ben-pas-vrij-in-het-gelaat-van-de-ander/>

[36] Institutions of knowledge, of foresight and care, such as...

<https://libquotes.com/michel-foucault/quote/lbe4y8e>

[46] Kom en sluit je aan bij de Kamer van Sociale waarden.

<https://www.dekvs.nl/kom-en-sluit-je-aan-bij-de-kamer-van-sociale-waarden/>