13e CEG-Els Borst Lezing 2026

Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Menselijkheid en verantwoordelijkheid

De ethiek van AI voor gezondheid en zorg



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

Colofon

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

Titel: Menselijkheid en verantwoordelijkheid
Ondertitel: De ethiek van AI voor gezondheid en zorg
Ontwerp: Studio Duel
Fotografie: Fabian Landewee (p. 21 foto Karin Jongsma)
Uitgave: 2026
ISBN/EAN: 978-90-5732-354-6
Publicatienummer: 2026/01

Disclaimer: Bij de lezingen geldt de uitgesproken tekst.

Menselijkheid en verantwoordelijkheid

De ethiek van AI voor gezondheid en zorg

13e CEG-Els Borst Lezing



Over de CEG-Els Borst Lezing

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

Over het Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) signaleert actuele en beleidsrelevante ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek. Het informeert ontwikkelingen binnen de ethiek en gezondheid.

Het CEG is in 2003 opgericht op initiatief van voormalig minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is een samenwerkingsverband tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Verantwoord Innoveren in de Zorg met AI

Jeroen van den Hoven

Jeroen van den Hoven is Universiteitshoogleraar Ethiek en Technologie aan de Technische Universiteit Delft. Al drie decennia is hij actief in onderzoek en onderwijs op het gebied van de ethiek van digitale technologie. Hij introduceerde het idee van Verantwoord Innoveren, waarin het ontwerp van de technologie een belangrijke rol speelt. Jeroen is wetenschappelijk directeur van het Delft Digital Ethics Centre, dat door de WHO werd aangewezen als een WHO expertise Centrum voor Ethiek van AI in de zorg, om bruggen te slaan tussen de wereld van software engineers, computer wetenschappers enerzijds en ethici en filosofen anderzijds. Hij is permanent lid van de European Group on Ethics (EGE) van de Europese Commissie.



Er wordt veel heil van AI verwacht. Het zou met AI allemaal sneller, beter, en efficiënter kunnen. Makkelijker en goedkoper ook. In het openbaar bestuur, de maakindustrie, de wetenschap, de creatieve sector en in de zorg. Waar niet? Tegelijkertijd is er erg veel onzekerheid. Zal AI wel aan onze verwachtingen kunnen voldoen? Er is twijfel of AI wel betrouwbaar is. Of het maatschappelijk aanvaard zal worden, en moreel aanvaardbaar is. En er zijn zorgen over onze afhankelijkheid van AI en de AI-leveranciers. Of we geen belangrijke vaardigheden verliezen, of er voor mensen nog wel iets te doen overblijft. Er is ook veel giswerk over hoe AI de machtsbalans in geopolitieke verhoudingen zal beïnvloeden, speculaties over een AI-investeringsbubbel en of deze zal barsten. En dan ook de angst of AI zich uiteindelijk tegen ons zal keren en een bedreiging voor mens en planeet zal vormen, uit zichzelf of door onze eigen klunzigheid, onwetendheid of de kwaadwilligheid van sommigen.

En als – ondanks al deze onzekerheden – AI dan toch een zegen blijkt te zijn, blijft de vraag knagen of iedereen er dan gelijkelijk van zal kunnen profiteren. Zal AI bijdragen aan een rechtvaardiger samenleving of juist niet? Dan denken we daarbij begrijpelijkerwijs aan de exorbitante rijkdom van de AI-ondernemers; de bekende gezichten achter de grote Taalmodellen die hun vermogen tot astronomische hoogten hebben zien stijgen: de bazen van Anthropic (de makers van AI-tool Claude), Open AI (de makers van Chatgpt), Google, Microsoft, Apple, Amazon en NVDIA, een grote hardware producent.

Op de glazen bol zitten inmiddels zoveel vette vingers dat niemand er meer in kan kijken. Er is inmiddels een leger aan duiders, consultants, wetenschappers en intellectuelen. Maar die veelheid aan meningen, ideeën en voorspellingen, complotten – al of niet door AI gegenereerd – draagt eerder bij aan de verwarring en onzekerheid.

Vandaag focussen we op AI in de gezondheidszorg. De secretaris-generaal van het EU Directoraat voor Digitale Zaken (DGCONNECT) Roberto Viola zei bij een bezoek aan de TU Delft vorig jaar dat de gezondheidszorg naar zijn mening maatschappelijk het meest veelbelovende toepassingsdomein van AI is. Ik denk dat hij gelijk heeft.

Ik zal betogen dat AI voor de zorg aan belangrijke voorwaarden moet voldoen om dat positieve beeld waar te maken. Ik wil in het bijzonder de voorwaarden voor verantwoorde innovatie met AI in de zorg hier met u delen. Die voorwaarden moeten we scherp voor de geest hebben om de droom van *verantwoorde innovatie met AI in de zorg* uit te laten komen.

Maatschappelijke problemen als startpunt

Ten eerste begint verantwoorde innovatie met de vraag:

Welk serieus maatschappelijk probleem lossen we hiermee eigenlijk op? Is de voorgestelde innovatie hard nodig of slechts een frivool of triviaal gadget dat *the happy few* winst oplevert, zonder ook maar de intentie te hebben om maatschappelijke waarde toe te voegen of aandacht te hebben voor de mogelijke schade, risico's en de kosten voor de samenleving als geheel op de lange termijn?

Het recente digitale verleden biedt veel voorbeelden van 'coole' innovaties die in de verste verte geen oplossing boden voor onze grote maatschappelijke uitdagingen en die al te makkelijk voorbijgingen aan de maatschappelijke kostenkant. Sociale media slaan we voor het gemak maar even over. Maar neem de slimme brillen. Dat zijn geen visuele AI-hulpmiddelen voor professionals in gevaarlijke beroepen om hen bij risicovol werk te ondersteunen. Nee, het zijn gewoon slimme brillen, waarmee iedereen filmpjes van de medemens kan maken om ze op sociale media te plaatsen. Het is een voorbeeld van een AI-gadget, met mobiele connectiviteit, vol sensoren, dat geen enkel maatschappelijk probleem oplost.

> **"De oplossing is – dat zal ik maar vast even verklappen – niet de AI-bril."**

De VN heeft een lijst van 170 zeer concrete en immense uitdagingen voor de mensheid geformuleerd, de zogenaamde duurzame ontwikkelingsdoelen. Die zouden eigenlijk voor 2030

opgelost moeten worden. Veel van die doelen hebben direct of indirect te maken hebben met onze gezondheid: klimaat, water, voedsel, scholing, kansen voor kinderen over de hele wereld, versterking van democratie, rechtsstaat en mensenrechten. De oplossing is – dat zal ik maar vast even verklappen – *niet* de AI-bril. De oplossing zal ook niet komen uit de koker van een bedrijf dat de afgelopen jaren Facebook, de *Metaverse* en *Second Life* heeft geprobeerd te introduceren in de samenleving – zonder een grondige studie vooraf van wat een goede en rechtvaardige samenleving is, of zonder ook maar een poging te doen om daarover een visie te formuleren, hoe pover ook. Hetzelfde geldt voor AI-bedrijven uit de wereld van defensie die nu de zorg als lucratief werkveld aanboren.

> **"De zorg is bij uitstek een domein waarin AI over iets zeer wezenlijks gaat en waar veel waarde kan worden toegevoegd."**

De zorg is bij uitstek een domein waarin AI over iets zeer wezenlijks gaat en waar veel waarde kan worden toegevoegd. De vraag naar gezondheidszorg in al haar aspecten groeit zo hard in onze snel vergrijzende samenleving dat grote en snel stijgende tekorten onmiskenbaar zijn.

AI zou dan ook goed kunnen voorzien in precies datgene wat nodig is in de zorg om werk uit handen te nemen, te versnellen, te verlichten. Om tijd voor patiënten vrij te maken. Helpen wachttijden te bekorten. Het kan inzicht geven in zeer grote dataverzamelingen. Het kan helpen patronen te herkennen, classificaties en trendanalyses maken. Kortom: AI lijkt diagnose, prognose, en routineuze administratieve werkzaamheden goed te kunnen ondersteunen.

Ook in de ondersteuning van thuis- en mantelzorg zouden AI-toepassingen een belangrijke rol kunnen spelen. Denk aan zorg

op afstand door real time monitoring van relevante biomedische data op afstand. Iets vergelijkbaars geldt voor *preventive medicine*. Ons onderzoeksteam van de TU Delft en het Erasmus MC heeft gekeken naar hoe oncologische Multidisciplinaire Overleggen (MDO) – bij een zeer sterk toegenomen caseload – met behulp van AI-applicaties steeds verantwoord zouden kunnen blijven functioneren, door in standaard casuïstiek richtlijnconforme zorgpaden te genereren en tijd vrij te maken voor complexe patiënt-besprekingen. Dat levert een programma op van morele eisen voor het ontwerp van AI-tools die het oncologisch MDO kunnen ondersteunen bij gestegen caseload, zónder aan kwaliteit in te boeten en zonder menselijke eindverantwoordelijkheid, transparantie en rekenschap tekort te doen. Centraal bij verantwoorde innovatie met AI in de zorg staat dus de vraag: kunnen we aantoonbaar een echt maatschappelijk knelpunt oplossen?

> **“Centraal bij verantwoorde innovatie met AI in de zorg staat dus de vraag: kunnen we aantoonbaar een echt maatschappelijk knelpunt oplossen?”**

Ten tweede, vraagt verantwoorde innovatie om een duidelijk antwoord op de vraag of we met de AI-oplossingen voor een groot maatschappelijk vraagstuk – zoals breed toegankelijke en betaalbare hoogwaardige zorg voor iedereen – geen nieuwe problemen creëren die mogelijk nog groter zijn dan het probleem dat we proberen op te lossen. Dan zouden we in dit geval met AI van de regen in de drup raken. Dat zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren als zou blijken dat we geen zorg meer kunnen leveren zonder de diensten van zeer machtige AI-marktpartijen. Als we fatale ongelukken door bevooroordeelde AI-systemen zonder menselijke controle voor lief zouden moeten nemen. Als we ons zouden

moeten neerleggen bij een nieuwe tweedeling tussen enerzijds mensen die zich persoonlijk contact met een dokter financieel kunnen permitteren en degenen die het met een AI-chatbot of app moeten stellen.

Trouw aan juridische en morele principes

Ten derde is een innovatie pas verantwoord als we kunnen garanderen dat deze innovaties overeenstemmen met relevante wet- en regelgeving en stroken met relevante morele en juridische principes. Daarvoor is een grondige renovatie van de medische ethiek en van de morele infrastructuur van de zorg en haar kerninstituties nodig. In plaats van in de glazen bol te kijken en te proberen AI-ontwikkelingen te voorspellen, moeten we de toekomst naar onze eigen ethische principes ontwerpen: *There is no better way to predict the future than to design her*. Dat betekent voor de medische ethiek dat zij zich betekenisvol zal moeten kunnen verhouden tot een technische AI-wereld. Wij noemen dat in Delft *Designing for our Values*. We zullen zorgsystemen met AI-componenten controleerbaar moeten kunnen ontwerpen binnen onze publieke waarden. Als we dat *niet* doen, zullen onze waarden gewoon geen rol van betekenis spelen in de AI-wereld van morgen. Anderen zullen dan het waardenvacuüm voor ons invullen. Op basis van wat ze op de plank hebben liggen, op basis van hun particuliere eigenbelangen, winstbejag, wellicht geïnspireerd door ideologie van vreemde mogendheden, met voorbijgaan aan onze rechtsstaat, mensenrechten, democratische verhoudingen en morele waarden.

> **“There is no better way to predict the future than to design her.”**

De WHO heeft een tweetal rapporten over de ethiek van AI in de zorg gepubliceerd. Het rapport uit 2021[1] formuleert zes morele consensus principes: 1. Autonomie, 2. Welzijn en veiligheid, 3. Uitlegbaarheid en transparantie, 4. Verantwoordelijkheid, 5. Gelijkheid en inclusiviteit 6. Duurzaamheid. De WHO onderschrijft

daarbij het belang van een ontwerp benadering, die ik noemde: *Medical Ethics by Design*. Ontwerp AI-systemen op basis van deze waarden, anders kun je er niet van uitgaan dat het vanzelf goed komt. Dit betreft veel meer dan alleen een algoritme of model en software, IT-architectuur, data en integratie in werkprocessen. Het gaat over de zorg en ziekenhuizen als socio-technische systemen, waarin modellen, data, mensen, regels en organisatievormen in onderlinge samenhang goede zorg moeten leveren.

> **“Ontwerp AI-systemen op basis van deze waarden, anders kun je er niet van uitgaan dat het vanzelf goed komt.”**

Een studie van Erasmus MC en TU Delft heeft laten zien dat er nu veel onderzoek wordt gedaan naar AI in de zorg en geneeskunde maar dat er een zeer grote bottleneck zit in de klinische implementatie van AI-modellen. Veel onderzoek dus. Weinig implementatie. Ook ontdekten we dat vrijwel geen enkele AI-applicatie beschreven in de literatuur rekening houdt met alle zes ethische WHO-principes, laat staan dat ze er systematisch, transparant en controleerbaar voor zijn ontworpen.

Een vierde voorwaarde voor verantwoord innoveren is dat alle groepen in de samenleving die de effecten van AI ondergaan geconsulteerd en gehoord zijn in het ontwerpproces. En dat dat proces inclusief en democratisch is. Zijn relevante gezichtspunten en overwegingen van directe en indirecte stakeholders meegenomen in het vormgeven van de oplossing?

Ten vijfde, impliceert een verantwoorde innovatie dat alle betrokken actoren hun verplichtingen en verantwoordelijkheden kunnen waarmaken als ze AI gebruiken. Worden de gebruikers wel moreel ondersteund? Een AI-innovatie in de zorg die het nemen

van verantwoordelijkheid zou bemoeilijken of totaal onmogelijk zou maken, zou niet “verantwoord” mogen heten. Een AI-innovatie die gebruikers bijvoorbeeld moreel relevante kennis ontzegt over de gronden van een AI-advies, of hen geen tijd gunt om zelf na te denken, of hen geen keuze laat, is geen verantwoorde innovatie. Dat is een recept voor onverantwoordelijkheid. We moeten leren om AI in de zorg te ontwerpen voor verantwoordelijkheid. Niet alleen voor privacy en betrouwbaarheid, of duurzaamheid. Als we AI in de zorg niet expliciet en systematisch voor menselijke verantwoordelijkheid ontwerpen, zal in de praktijk menselijke verantwoordelijkheid verschrompelen.

> **“We moeten leren om AI in de zorg te ontwerpen voor verantwoordelijkheid. Niet alleen voor privacy en betrouwbaarheid, of duurzaamheid.”**

Samenvattend

Een verantwoorde AI-innovatie in de zorg, betreft dus de introductie van een nieuwe AI-functionaliteit: (i) die gericht is op het oplossen van een significant maatschappelijk probleem, (ii) die geen nieuwe problemen creëert of bestaande problemen vergroot, (iii) die gezichtspunten van relevante partijen meeneemt, (iv) die strookt met geldende wetgeving en ethische principes en normen en die al in het ontwerp rekening houdt met onze morele waarden.

En *last but not least*, verantwoorde AI is aantoonbaar ontworpen voor menselijke verantwoordelijkheid, omdat verantwoordelijkheid niet meer gezien kan worden als een gedachte achteraf, als de fortuinlijke uitkomst van complexe hoogtechnologische en organisationele constellaties, maar als iets dat met veel aandacht voor detail *vooraf* tot stand moet worden gebracht.

Een ‘coole’ gadget zonder aspiratie of ambitie om onze collectieve problemen te adresseren is geen innovatie, maar lokaas voor aandeelhouders en investeerders. Een snufje voor mensen die iets kopen dat ze niet nodig hebben, met geld dat ze niet hebben om indruk te maken op mensen die het niet kan schelen. Verantwoorde innovatie met AI in de zorg is daarentegen gericht op onze grote maatschappelijke opgaven en op het optimaliseren van de voorwaarden voor (het nemen, dragen en voelen van) verantwoordelijkheid van alle betrokkenen. Innovatie, opgevat in deze zin, is zo bezien, zelf een moreel concept. Een ideaal dat ons allen kan aanzetten tot het verbeteren van de zorg.

“Een ‘coole’ gadget zonder aspiratie of ambitie om onze collectieve problemen te adresseren is geen innovatie, maar lokaas voor aandeelhouders en investeerders.”

De zorgsector als geheel zal snel werk moeten maken van kennis en kunde op het gebied van ontwerp voor waarden om de voordelen van AI in de zorg op verantwoorde wijze te kunnen realiseren.

Referenties

1 WHO (2021) Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. https://www.who.int/publications/b/58847

Over de mens in tijden van medische AI

Karin Jongsma

Karin Jongsma is hoogleraar ethiek van medische biotechnologie aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Met haar onderzoeksgroep richt ze zich op de ethische aspecten van innovatieve technologieën in de gezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor kunstmatige intelligentie en de 'samenwerking' tussen mens en AI. Ze schreef onder andere over de zin en onzin van zogenaamde efficiëntie-claims van AI en over de benodigde vaardigheden, kennis en deugden van zorgverleners die AI gebruiken. Ze maakte onderdeel uit van het Actieteam Waardevolle AI (VWS) en is lid van De Jonge Akademie.



Wie van jullie heeft er deze maand een brief geschreven met pen en papier? Wie van jullie heeft vandaag al een aantal e-mails geschreven? En wie van jullie vindt dat je te veel tijd besteedt aan het schrijven en beantwoorden van e-mails?

E-mails maken de snelle uitwisseling van geschreven tekst mogelijk. Maar ze zijn geen directe vervanging van brieven. E-mails hebben namelijk fundamenteel veranderd wat en hoe we communiceren: in veel gevallen korter en onzorgvuldiger.

Dit voorbeeld laat direct de kern van mijn verhaal van vandaag zien: moderne technologie moeten we als socio-technisch systeem bekijken. Als een geheel waarin technologie en mensen elkaar beïnvloeden. Dat betekent dat technologie iets is dat wij gebruiken, en dat technologie ook iets met ons als mens doet. Ik wil daarom in mijn bijdrage aandacht hebben voor de mens in tijden van medische AI. Juist die vragen over de mens staan de afgelopen tien jaar centraal in het onderzoek van mijn team naar digitale technologie zoals AI.

> **“Moderne technologie moeten we als socio-technisch systeem bekijken. Als een geheel waarin technologie en mensen elkaar beïnvloeden. Dat betekent dat technologie iets is dat wij gebruiken, en dat technologie ook iets met ons als mens doet. ”**

Dit onderzoek doen we bij de Ethiek en Health Humanities afdeling van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Als onderdeel van de medische faculteit zijn we in de praktijk ingebed: we spreken dus bijvoorbeeld met patiënten en zorgverleners om te begrijpen

wat zij doen met AI en wat AI met hen doet, we worden om advies gevraagd voor verschillende AI-toepassingen die in het ziekenhuis worden ontwikkeld en denken na over aannames over AI die we tegenkomen in de literatuur en de praktijk.

De aandacht voor de mens zien we ook terug bij Els Borst, die zich als minister van Volksgezondheid onder andere bezighield met problemen die we vandaag nog steeds herkennen - ook in het AI- debat: namelijk de groeiende zorgvraag en -kosten en het tekort aan zorgpersoneel. In eerste instantie zag zij in *evidence-based medicine*, of EBM, een belangrijke oplossing om zowel de kwaliteit van zorg te verbeteren als de stijgende zorgkosten te beheersen. Later, zo bleek uit haar biografie, zag zij echter dat die nadruk op evidence en data ook onbedoelde negatieve gevolgen had en dat data en evidence niet op zichzelf staan, maar altijd onderdeel zijn van een groter systeem waarin ook professionals, patiënten en hun ervaringen een belangrijke rol spelen.[1]

Een nauwe blik op technologie in de zorg geeft blinde vlekken

Als we naar technologie kijken, doen we dat vaak op een vrij nauwe manier. We vragen ons af: wat doet deze technologie en hoe goed vervult deze technologie die functie?

Neem bijvoorbeeld een hamer. Een hamer is ontworpen om iets mee te slaan, bijvoorbeeld een spijker. We kunnen vervolgens beoordelen hoe goed de hamer dat doet. Is hij stevig? Ligt hij goed in de hand? Kun je er een spijker mee inslaan? Dat is een nauwe manier om naar technologie te kijken: we kijken naar de technologie als een hulpmiddel dat een bepaalde functie vervult.

Zo wordt vaak ook gekeken naar AI. Een nauwe beoordeling van AI richt zich op de technologie. Kijkend naar de data, de algoritmen en hoe die ontworpen zijn wordt de vraag gesteld: *hoe goed kan deze technologie een bepaalde taak uitvoeren?* Bijvoorbeeld: hoe goed kan een AI-systeem een ziekte classificeren of een voorspelling maken?

Een eenvoudige technologie zoals een hamer verschilt van moderne complexe technologie zoals AI in de zin dat de relatie tussen functie, gebruiker en effect relatief overzichtelijk is. Bij AI,

wat een overkoepelende term is voor verschillende technologieën met veel verschillende doelen en functies, zijn die relaties veel complexer en verstrekkender.

> **"Als we naar technologie kijken, doen we dat vaak op een vrij nauwe manier. We vragen ons af: wat doet deze technologie en hoe goed vervult deze technologie die functie?"**

Toch zien we deze nauwe blik vaak terug in discussies over AI. Binnen mijn groep hebben we onderzoek gedaan naar aannames over AI, en we hebben daarmee een aantal blinde vlekken blootgelegd. Bijvoorbeeld, de aanname dat AI in de zorg leidt tot efficiëntie.[2, 3] Efficiëntie kan een nastrevenswaardig doel zijn, maar in veel studies gaat de argumentatie op tenminste drie punten niet goed:

Wat opvallend is aan studies die conclusies trekken over efficientie is dat ze eigenlijk accuratesse of nauwkeurigheid van het AI-systeem onderzoeken. Wanneer medisch onderzoek laat zien dat AI een bepaalde taak nauwkeurig kan uitvoeren, wordt nauwkeurigheid vertaald naar de conclusie dat AI de zorg efficiënter zal maken. Daar wordt een belangrijke denkfout gemaakt: efficiëntie is namelijk een systemisch effect, dat hangt dus ook nogal af van organisatorische, culturele en zeker ook menselijke factoren (Jongsma et al. 2024). Als de menselijke gebruiker bijvoorbeeld al het AI werk gaat dubbelchecken, dan zal, hoe nauwkeurig het systeem ook is, het niet leiden tot meer efficiëntie.

Bovendien wordt er vaak met een te nauwe blik gekeken naar werkvermindering als vorm van efficiëntie. Deze systemen komen

immers niet uit de lucht vallen. Denk bijvoorbeeld aan het werk dat datawetenschappers en programmeurs erin stoppen om zo'n systeem te ontwikkelen. Daarnaast, kunnen AI-systemen kapotgaan, fouten maken en ze moeten onderhouden worden. Als we willen begrijpen of een AI-systeem tot tijdwinst of werkvermindering leidt, zullen we dus ook moeten kijken naar wat er eigenlijk nodig is om die systemen te ontwikkelen en in te zetten.[3] Oftewel: AI-systemen kunnen het werk op één punt verminderen, bijvoorbeeld de tijd die een arts besteedt per beoordeling van een medische afbeelding, terwijl er tegelijkertijd nieuwe taken en verantwoordelijkheden ontstaan, zoals het aanleren van nieuwe vaardigheden.[4] Maar ook op andere plekken ontstaat er dus juist meer werk, zoals het ontwikkelen van deze systemen en het onderhouden van de benodigde infrastructuur. Het is dus de vraag of zo'n systeem onder de streep echt voor minder werk zorgt.

Tijd die door technologie wordt vrijgemaakt, blijft zelden vrij – denk maar aan hoe druk we het tegenwoordig hebben met het schrijven van e-mails, ondanks dat het schrijven en versturen van e-mails veel sneller gaat dan het versturen van brieven per postduif. In organisaties ontstaat bij tijdwinst ook vaak een nieuwe norm, waardoor we bijvoorbeeld meer werk in dezelfde tijd uitvoeren of de inzet van de technologie verbreden, bijvoorbeeld door meer diagnostiek in te zetten, omdat het met deze technologie minder tijd kost. Dat kan wenselijk zijn, maar laat dus wel zien dat we ons moeten afvragen: waarom willen we meer tijd, waar wordt die efficiëntie in omgezet? Wordt de zorg er beter van?

Efficiëntie is hierbij slechts een voorbeeld om te illustreren dat systemische effecten ook op een systemische manier bekeken moeten worden. We moeten dus ook kijken naar de mens.

Mensen met medische AI

Het is belangrijk dat we ons realiseren dat er veel verschillende manieren zijn waarop mensen met AI-systemen kunnen werken, met verschillende voordelen, ethische implicaties en mankementen. We bekijken twee opties, die beiden populair zijn in theoretische en empirische literatuur over AI.

Human-in-the-loop

Human-in-the-loop is misschien wel de bekendste manier waarop mens-AI taakverdeling wordt beschreven. Het idee is dat het AI-systeem bijvoorbeeld een medische scan analyseert, waarna de arts de berekening of uitkomst van het systeem controleert.[5, 6] Op papier is dat geruststellend: er is immers een mens betrokken. Maar wat betekent die betrokkenheid eigenlijk?

Het kunnen controleren van zo'n systeem is niet hetzelfde als controle hebben over deze systemen. Onderzoekers noemen dit een 'control gap': er ontstaat een kloof tussen de controle die iemand formeel of technisch heeft, en de controle die nodig is om het systeem daadwerkelijk te kunnen sturen.[7, 8] Controle uitoefenen vraagt dus vaardigheden en kennis van zo'n mens.[9] In het geval van medische AI is dat vaak een arts: een arts moet AI-uitkomsten kunnen interpreteren, weten wanneer een systeem mogelijk fouten maakt, afwijkende resultaten herkennen en kunnen beslissen wanneer van het advies van de AI afgeweken moet worden.[4, 10, 11] We doen dus aannames over de mens: niemand bedoelt een 'idiot-in-the-loop', of een willekeurige persoon als we het hebben over een human-in-the-loop, maar wie of wat dan wel wordt bedoeld, is vaak behoorlijk onduidelijk.

"We doen dus aannames over de mens: niemand bedoelt een 'idiot-in-the-loop', of een willekeurige persoon als we het hebben over een human-in-the-loop, maar wie of wat dan wel wordt bedoeld, is vaak behoorlijk onduidelijk."

Meer fundamenteel is de vraag of en voor welke taken het wenselijk is om het werk zo te organiseren dat de mens een controlerende functie heeft. Ik noem het ook wel eens oneerbiedig: de mens wordt degene die met stoffer en blik de rommel van de AI-systemen opruimt. Binnen mijn eigen werk heb ik ook wel eens nagedacht welke taken voor een human-in-the-loop oplossing in aanmerking zouden komen. Dat zijn misschien één of twee taakjes die ik zelf wat saai vind, zoals personalia invoeren in formulieren. Maar voor het gros van mijn werk, lijkt het me een eindeloos saaie invulling van mijn werkdag om AI-systemen te checken op fouten, en doe ik het werk liever direct zelf.

Complementariteit: over mensenwerk

Een andere manier van denken over het verdelen van taken tussen mens en AI is een complementaire manier. Laat AI vooral doen waar AI goed in is, en de mens waar de mens goed in is. Dat betekent zoiets als: laat de machine rekenen, voorspellen, informatie verwerken en optimaliseren en laat de mens empathisch zijn, luisteren, en fysieke nabijheid bieden – de mens als zachte 'squishy' kant van de zorg. Hierover werd onlangs door collega's opgemerkt dat als dit de taak is van mensen, we ze misschien zouden moeten vervangen door een labrador, die zijn immers erg aaibaar.[12] Eerdere studies hebben overigens al aangetoond dat duiven beter zijn dan mensen in het herkennen van afwijkingen in medische afbeeldingen.[13] Ondanks deze 'outperformance' door duiven zijn artsen niet vervangen door duiven, en ik vermoed dat het labrador-idee ook niet op veel steun kan rekenen. Dit illustreert ook de wat simplistische gedachte bij dit voorstel voor de taakverdeling: Artsen zijn immers meer dan empathische gesprekspartners, want ze hebben veel relevante kennis en AI is geen rationele analyse-machine, denk maar aan de bias van dit soort systemen.[14] Deze complementaire taakverdeling roept ook tenminste twee belangrijke vragen op.

Als AI analyseert en de mens empathie en context brengt, ontstaat er een nieuw probleem: hoe brengen we die twee soorten kennis weer bij elkaar? Patiënten willen immers een arts die medisch competent is én luistert. Iemand die kennis heeft én hun situatie begrijpt.[15] En wat doen we als de arts en het AI-systeem het niet eens zijn over wat er gedaan moet worden, omdat hun analyses in

verschillende richtingen wijzen? Het AI-systeem kan bijvoorbeeld een patiënt gezond achten, terwijl de arts op basis van klinische ervaring en de situatie van de patiënt, de patiënt wil opnemen. Het wordt lastig beslissen als het AI-systeem op compleet andere data en redenaties vaart dan de mens.[11]

> **“Een andere cruciale vraag is: hoe moeten we bepalen wat ‘menselijk’ werk is?”**

Een andere cruciale vraag is: hoe moeten we bepalen wat ‘menselijk’ werk is? Sommigen stellen voor dat het antwoord op die vraag afhankelijk is van wat AI kan. Alles wat AI (nog) niet kan zou mensenwerk zijn.[16, 17] De mens wordt daarmee weggezet als een soort restcategorie. Is rekenen, schrijven, samenvatten geen mensenwerk meer als AI dat goed kan? Ik betwijfel dat. En ik denk ook dat het een zeer onwenselijke manier is van met mensen omgaan en naar mensen kijken. Ik vind daarin bijval uit een onverwachte hoek, namelijk van tech-miljardair Bill Gates. Hij heeft een pakkende term bedacht en gepitcht in een essay waarin hij zijn visie op AI en werk bespreekt. Die term is ‘Human Reserved’ – wat zoiets zou moeten beteken als “Voorbehouden aan mensen”.[18] Hij bedoelt daarmee iets uit te drukken als: zaken waar AI wellicht taken of werk zou kunnen overnemen, maar die te waardevol zijn om aan AI uit te besteden. Hoewel het natuurlijk fijn is te merken dat er tech-mensen zijn die niet alles met AI-systeem denken te kunnen oplossen, en ik het eens ben met hem dat het zorgdomein een plek is voor mensenwerk, ben ik niet gecharmeerd van mens-reservaten als evenknie aan natuurreservaten. Al is dat alleen al omdat we van natuurreservaten hopelijk hebben geleerd dat het helaas erg veel tijd, geld en energie kost om ze goed te beschermen. Willen we bovendien wel zo defensief leven met AI?

Afsluiting: hoe nu verder?

Wanneer we AI ontwikkelen om taken over te nemen, bepalen we daarmee ook wat mensen moeten doen, welke vaardigheden ze moeten ontwikkelen, waar ze verantwoordelijkheid voor dragen en hoeveel ruimte ze hebben om zelf te oordelen.

Die volgorde zou ik willen omkeren, en de mens hierbij voor-opstellen: wat willen we eigenlijk zelf doen en blijven doen als zorgverlener, als (zorgbehoevend) mens? En wat betekent dat voor de AI-systemen die we (niet) willen?

Net als dat machines zeker veel beter zijn in zware dingen tillen dan ik dat ben, vind ik het nog steeds zinvol en leuk als ik in de sportschool een oefening een paar kilo zwaarder kan doen. En als er een AI-systeem op de markt komt dat mijn kind perfect kan opvoeden, blijf ik het toch echt – imperfect – zelf doen. Het feit dat we iets kunnen uitbesteden is dus wat mij betreft irrelevant voor de vraag of het voor mensen belangrijk is om te doen. Sterker nog: sommige activiteiten hebben juist waarde omdat wij ze zelf blijven doen. Wat het equivalent van zware dingen tillen of kinderen opvoeden is in de zorg, blijft een open vraag. Ikzelf vermoed dat het aantal taken dat deze waarde heeft enorm is in dit domein. De beweegredenen van studenten om geneeskunde te gaan studeren, verwachtingen van patiënten van zorgverleners en ervaringen van goede zorg van zowel artsen als patiënten kunnen ons daarbij een beginpunt geven om AI te ontwikkelen in tijden van de mens.

Referenties

1 Beyens N (2021) Els Borst – medicus in de politiek. Wereldbibliotheek.

2 Drogt, J., Milota, M., van den Brink, A. et al. (2024). Ethical guidance for reporting and evaluating claims of AI outperforming human doctors. npj Digital Medicine. 7, 271. https://doi.org/10.1038/s41746-024-01255-w

3 Jongsma, K.R., Sand, M. & Milota, M. (2024). Why we should not mistake accuracy of medical AI for efficiency. npj Digital. Medicine. 7, 57. https://doi.org/10.1038/s41746-024-01047-2

4 Schuitmaker, L., Drogt, J., Benders, M., & Jongsma, K. (2025). Physicians' required competencies in AI-assisted clinical settings: a systematic review. British Medical Bulletin, 153(1), ldae025.

5 Salloch, S., & Eriksen, A. (2024). What Are Humans Doing in the Loop? Co-Reasoning and Practical Judgment When Using Machine Learning-Driven Decision Aids. The American Journal of Bioethics, 24(9):67-78.

6 HLEG, A. (2019). Ethics guidelines for trustworthy artificial intelligence. High-Level Expert Group on Artificial Intelligence, 8. https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai

7 Veluwenkamp, H., Hindriks, F. (2024). Artificial agents: responsibility & control gaps. Inquiry. 1–25. https://doi.org/10.1080/0020174X.2024.2410995

8 Drogt, J., van der Wal, M., & Jongsma, K. (2026). Many Hands, But Who Is In Control? Two Types of Control Gaps in Federated Learning for Healthcare. The American Journal of Bioethics, 26(8), 142–144. https://doi.org/10.1080/15265161.2026.2690941

9 Santoni de Sio F, van den Hoven J. (2018). Meaningful Human Control over Autonomous Systems: A Philosophical Account. Frontiers in Robotics and AI, 5:15. doi: 10.3389/frobt.2018.00015.

10 Sand, M., Durán, J. M., & Jongsma, K. R. (2022). Responsibility beyond design: Physicians' requirements for ethical medical AI. Bioethics, 36(2), 162–169. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bioe.12887

11 Pozzi, G., Sand, M., & Jongsma, K. (2026). The Ethics and Epistemology of Clinician-AI Disagreement in Medicine: Beyond Opposition. The American Journal of Bioethics, 1–13. https://doi.org/10.1080/15265161.2026.2632008

12 Chen J.H., Pfeffer M.A., Longhurst C.A.. (2026). Why are humans still in the loop with advancing AI capabilities?. BMJ Digital Health & AI;2:e000057. https://doi.org/10.1136/bmjdh-2026-000057
13 Levenson R.M., Krupinski E.A., Navarro V.M., Wasserman E.A.. (2015). Pigeons (Columba livia) as Trainable Observers of Pathology and Radiology Breast Cancer Images. PLoS One. ;10(11):e0141357. doi: 10.1371/journal.pone.0141357
14 CEG 2026. Kunstmatige oplossingen? De ethiek van AI voor gezondheid en zorg. https://www.ceg.nl/ethische-dossiers/k/kunstmatige-oplossingen
15 Bastemeijer C.M., Voogt L., van Ewijk J.P., Hazelzet J.A. (2017). What do patient values and preferences mean? A taxonomy based on a systematic review of qualitative papers. Patient education and counseling.;100(5):871-881. doi: 10.1016/j.pec.2016.12.019.
16 Dijkgraaf R. Banenmachines. Column in NRC, 28 februari 2026 https://www.nrc.nl/nieuws/2026/02/26/banenmachines-a4921220
17 Deranty, J.P., Corbin, T.. (2024). Artificial intelligence and work: a critical review of recent research from the social sciences. AI & Society 39, 675–691. https://doi.org/10.1007/s00146-022-01496-x
18 Gates B. (2026). The turbulent AI era is here. The choices we make now are critical. August 26th 2026 (https://www.gatesnotes.com/work/make-ai-work-for-everyone/reader/a-turbulent-ai-era-and-critical-choices-to-make).

Samenvatting CEG-rapport ‘Kunstmatige oplossingen? De ethiek van AI voor gezondheid en zorg’

Ontwikkelingen in artificiële intelligentie (AI) voor gezondheid en zorg gaan razendsnel en verwachtingen zijn hooggespannen. Tegelijkertijd roepen de ontwikkelingen complexe ethische vragen op. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) onderzocht de ethiek van AI voor gezondheid en zorg. We verkenden in hoeverre we met AI het goede op de goede manier kunnen doen. Oftewel: hoe kan AI een zinnige rol spelen in de omgang met uitdagingen in de zorg, zoals personeelstekorten, vergrijzing en toenemende mentale gezondheidsproblemen? En hoe kan AI zorgvuldig, zonder morele waarden aan te tasten, worden toegepast?

Het goede doen: hoe kunnen we AI zinnig inzetten?

Om te onderzoeken hoe we met AI het goede kunnen doen, is het essentieel om te verkennen in hoeverre AI kan voorzien in oplossingen voor breed erkende uitdagingen voor de gezondheidszorg. Het CEG keek daarbij naar mogelijke AI-oplossingen bij personeelstekorten, een verouderende samenleving en toenemende mentale gezondheidsproblemen.

Zo kunnen AI-toepassingen bij personeelstekorten worden ingezet als procesondersteuners, bijvoorbeeld om de administratiedruk bij zorgpersoneel te verlagen. Of dat in de praktijk echt zo werkt, weten we nog niet. Het is daarom belangrijk dit te onderzoeken. In dat onderzoek is het ook belangrijk om naar keerzijden te kijken. Wat doet AI met de druk op de zorg? Het kan deze ook juist doen toenemen: gemakkelijker administreren kan de informatie- en administratiehonger vergroten. De oplossing versterkt dan het probleem. AI-toepassingen in zowel de zorg voor ouderen als voor mentale gezondheid zouden kunnen bijdragen aan preventie en behandeling van (mentale) gezondheidsproblemen. Bijvoorbeeld

door met zelfmonitoring mentale problemen vroegtijdig te signaleren waardoor verergering van klachten kan worden voorkomen. Daarbij is het belangrijk te bedenken dat de inzet van AI voor preventie vooral individuele preventie betreft. Om mentale problematiek te verminderen, is de aanpak van sociale en maatschappelijke oorzaken cruciaal. Gebruik van AI-toepassingen kan de aandacht daarvan afleiden, en een individuele en medicaliserende benadering versterken.

Op de goede manier: hoe kunnen we AI zorgvuldig gebruiken?

In aanvulling op een verkenning van de mogelijke meerwaarde van AI om uitdagingen voor gezondheid en zorg aan te pakken, is aandacht nodig voor ethische kwesties bij verschillende AI-toepassingen. Met als kernvraag hoe zorgvuldig gebruik mogelijk is. Ethische kwesties spelen op individueel niveau voor zorgontvanger en zorgverlener en hun onderlinge relatie, en op collectief niveau voor zorg en samenleving. Op individueel niveau ziet het CEG dat AI morele waarden soms kan bevorderen. In de zorg voor ouderen kan AI bijvoorbeeld de autonomie van ouderen versterken, door hen te ondersteunen in het langer zelfstandig thuis wonen. Aan de andere kant kan AI morele waarden onder druk zetten, als we AI ondoordacht inzetten. Zo kan AI als (gedeeltelijke) vervanging van menselijke zorgverleners ten koste gaan van betekenisvol contact, en vereenzaming versterken. Ook kan het ten koste gaan van een betekenisvolle invulling van zorg, als zorgverleners hun werk op grotere afstand moeten verrichten. Verder spelen er risico's voor gezondheid en welzijn, door bijvoorbeeld misleiding of onjuiste informatie van chatbots voor mensen die hulp zoeken bij mentale problemen. Ook privacy is een terugkerend punt van aandacht, zeker voor toepassingen die informatie verschaffen over diep persoonlijke aspecten van het leven, die in handen kan komen van grote (veelal niet-Nederlandse) bedrijven.

Ook op collectief niveau roept (grootschalige) toepassing van AI ethische vragen op. Zo kan AI gezondheidsachterstanden vergroten door ongelijk profijt van AI-toepassingen; niet iedereen is bijvoorbeeld even digivaardig. Daarnaast is AI op allerlei manieren belastend voor het milieu. Een subtieler effect is dat het gebruik van AI kan leiden tot overdiagnostiek en overbehandeling. Verder

maakt opschaling van AI de zorg nog afhankelijker van technologiebedrijven, en dus kwetsbaarder. De commerciële drijfveren achter AI-ontwikkeling kunnen bovendien leiden tot 'technosolutionisme' - het idee dat alle problemen met technologie kunnen worden opgelost, hoewel de werkelijkheid complexer is. Dat kan de aandacht afleiden van de daadwerkelijke problemen en van andere oplossingsrichtingen.

Vijf denkstappen voor zinnige en zorgvuldige AI

Al met al signaleert het CEG dat als we onvoldoende nadenken over welke problemen we met AI willen oplossen, AI vaak een pleister zal zijn voor een gebroken been. Niemand zal het nut van een pleister ontkennen, maar bij een gebroken been is een pleister niet de beste behandeling. Bovendien komen door deze hi-tech pleister vaak morele waarden in het geding.

Met dit rapport benadrukt het CEG dan ook het belang van gedeelde visievorming op AI voor gezondheid en zorg, zodat sprake kan zijn van vooruitgang die wordt geleid door morele waarden. Dus moeten we de vraag stellen of en wanneer AI zinnige antwoorden biedt in de aanpak van uitdagingen voor gezondheid en zorg, en hoe deze toepassingen zorgvuldig kunnen worden gebruikt. Om bij te dragen aan de maatschappelijke en politieke discussie hierover, reikt het CEG onderstaand denkkader aan om met AI voor gezondheid en zorg het goede te doen, op de goede manier:

1. **Identificeer uitdagingen voor gezondheid en zorg en pas daarna mogelijke oplossingsrichtingen waaronder AI**

Identificeer eerst belangrijke uitdagingen voor gezondheid en zorg en ga na of en hoe AI een bijdrage kan leveren aan een wenselijke omgang met deze uitdagingen. Ga ook na of andere oplossingen efficiënter, en ethisch gezien minder problematisch zijn. Praktijkonderzoek naar positieve en negatieve effecten van betreffende oplossingen is hierbij essentieel.

2. **Onderzoek zorgvuldig gebruik op individueel niveau**

Onderzoek vervolgens of en hoe specifieke toepassingen zorgvuldig kunnen worden gebruikt met het oog op morele waarden zoals welzijn, betekenisvol werk en contact, verantwoordelijkheid, privacy, en autonomie en menswaardigheid. Verschillende benaderingen van begeleidingsethiek kunnen hieraan bijdragen.

3. **Onderzoek zorgvuldig gebruik op collectief niveau**

Onderzoek of en hoe opschaling van deze toepassingen zorgvuldig kan plaatsvinden met het oog op collectieve ethische kwesties zoals betekenisvol werk en contact, gezondheidsachterstanden, duurzame zorg en de rol van technologie.

4. **Neem de rol en invloed van technologiebedrijven serieus**

Heb bij dit alles aandacht voor de invloed en rol van grote technologiebedrijven en erken problematische afhankelijkheden van commerciële partijen.

5. **Betrek relevante stakeholders**

Organiseer te allen tijde betekenisvolle stakeholderbetrokkenheid bij de visievorming over ontwikkelingen in, en zorgvuldig gebruik van AI voor gezondheid en zorg. Betrek in ieder geval zorgverleners in de langdurige zorg, en patiënten in een kwetsbare en/of gemarginaliseerde positie.

Els Borst Lezingen tot nu toe:

1e CEG-Els Borst Lezing

Kleine ode aan onafhankelijkheid (2013)

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

2e CEG-Els Borst Lezing

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

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

3e CEG-Els Borst Lezing

De mens achter de moleculen (2015)

Uitgesproken door **Bert Keizer**, arts, filosoof en schrijver.

4e CEG-Els Borst Lezing

Omwille van de feiten en de democratie (2016)

Uitgesproken door wetenschapsonderzoeker en emeritus hoogleraar **Trudy Dehue**.

5e CEG-Els Borst Lezing

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

Uitgesproken door **Joris Slaets**, emeritus-hoogleraar ouderen geneeskunde, directeur van Leyden Academy.

6e CEG-Els Borst Lezing

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

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

7e CEG-Els Borst Lezing

De prijs van de vrijheid. Over de positie van sociaal kwetsbare jongeren met beperkte cognitieve vaardigheden in de samenleving. (2019)
Uitgesproken door **Carlo Leget**, hoogleraar Zorgethiek en bijzonder hoogleraar Palliatieve zorg aan de Universiteit voor Humanistiek.

8e CEG-Els Borst Lezing

Ontwrichte zorg. Over het verlies van publieke waarden in de strijd om betere (digitale) gezondheid. (2020)
Uitgesproken **Tamar Sharon**, hoogleraar Wijsgerige ethiek en politieke filosofie aan de Radboud Universiteit.

9e CEG-Els Borst Lezing

Een vernieuwde verhouding tussen gezondheid van mens, dier en milieu na de coronapandemie. (2022)
Uitgesproken door **dr. Bernice Bovenkerk**, universitair hoofddocent dier- en milieu-ethiek bij de Filosofie Groep van Wageningen Universiteit.

10e CEG-Els Borst Lezing

Wat mogen we vragen? (2023)
Uitgesproken door **prof. dr. Ernst Kuipers**, demissionair Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2013 tot 2022; **prof. dr. Ingrid Robeyns**, hoogleraar Ethiek van Instituties aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht; **Teun Toebes**, verpleegkundige, auteur en documentairemaker.

11e CEG-Els Borst Lezing

Onrechtvaardige gezondheidsverschillen in ethisch perspectief (2024)
Uitgesproken door: **Prof. Dr. Marcel Verweij**, hoogleraar filosofische ethiek Universiteit Utrecht; **Prof. Gera Nagelhout**, hoogleraar sociaaleconomische gezondheidsverschillen Universiteit Maastricht; **Dr. Hafez Ismaïli M'hamdi**, ethicus en universitair hoofddocent Universiteit Maastricht

12e CEG-Els Borst Lezing

'Ik kom zo bij u...' Onmogelijke keuzes bij tekort aan zorgverleners (2025)
Uitgesproken door: **Prof. Dr. Bianca Buurman**, voorzitter van de V&VN en hoogleraar Acute Ouderenzorg aan het Amsterdam UMC; **Dr. Alistair Niemeijer**, universitair docent Universiteit voor Humanistiek

MORELE WEZENS

Podcastserie Morele Wezens



Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Wist je dat het CEG een podcast heeft?

De podcast Morele Wezens duikt in ethische vraagstukken in de gezondheidszorg. Podcast hosts Martine de Vries, kinderarts en ethicus, en Hafez Ismaili M'hamdi, ethicus, voeren prikkelende gesprekken met deskundigen en ervaringsdeskundigen. Op een toegankelijke manier bespreken ze complexe dilemma's die ons allemaal raken.

Elke aflevering behandelt een actueel thema, gebaseerd op eerdere CEG-publicaties. Zo gaat een aflevering over 'Code Rood': hoe verdeel je zorg eerlijk als de capaciteit beperkt is? Wie krijgt voorrang en waarom? Een andere aflevering bespreekt de voordelen én risico's van e-health apps en wearables, zoals de betrouwbaarheid van zelfmetingen en de mogelijke onnodige zorgen die ze kunnen veroorzaken.

Ook wordt aandacht besteed aan de populariteit van dure gewichtsmedicatie, en de vraag of die in het basispakket zou moeten worden opgenomen. Wie draagt eigenlijk de verantwoordelijkheid voor onze steeds dikker wordende samenleving?

Daarnaast komt de fertiliteitszorg voor transgender jongeren aan bod: hoe zorg je dat iedereen gelijke toegang krijgt, terwijl de drempels soms hoog zijn? Verder wordt de wenselijkheid van medische crowdfunding besproken, met aandacht voor kansenongelijkheid en 'valse hoop'.

In een aflevering over maatschappelijke meerstemmigheid wordt onderzocht hoe je in crisissituaties, zoals een pandemie, verschillende belangen en stemmen kunt laten meewegen bij beslissingen over zorg.

Tot slot gaat de podcast in op voorplantingsgeneeskunde en de ethische grenzen van technologische mogelijkheden.
Nieuwsgierig? Morele Wezens is te beluisteren op Spotify, Apple Podcasts en andere kanalen.

