

Beleidsnota

Gezondheidseigenaarschap V1

Van individuele zelfredzaamheid naar gedeelde, proportionele
verantwoordelijkheid voor gezondheid

Policy paper op basis van position paper “Your Own Health?”

Yvonne van Zaaen¹ & Valentijn Visch²

¹ Relational Care, Centre of Expertise Health Innovation, The Hague University of Applied Sciences

² Faculty of Design Engineering, Delft University of Technology

Kernboodschap

Mensen kunnen gezondheid alleen beïnvloeden voor zover zij daar op dat moment daadwerkelijk toe in staat zijn en wanneer de omstandigheden dat toelaten. Beleid moet daarom niet een maximale individuele verantwoordelijkheid nastreven, maar een passende *Gezondheidseigenaarschap* door de invloed en verantwoordelijkheden neer te leggen bij de persoon/ personen/ partijen die deze het best kunnen dragen voor de gegeven doelen en in de gegeven omstandigheden en periode.

Waarom dit nu nodig is

Het huidige zorgsysteem dreigt door de toenemende personeelstekorten, de stijgende zorgvraag en de groeiende zorgkosten onbetaalbaar en onbemensbaar te worden. Tegelijkertijd is het denken over gezondheid verschoven van de afwezigheid van ziekte naar het vermogen van mensen om zich aan te passen en om regie te voeren over hun leven en gezondheid.

Toch blijft een fundamentele beleidsvraag onderbelicht: **wat** kan iemand voor zichzelf en voor anderen doen, en **wanneer** moeten naasten, professionals, organisaties of de samenleving meer verantwoordelijkheid nemen? Stigma's, beperkte of uitbestede gezondheidsvaardigheden, de grenzen van mantelzorg en belemmerende wet- en regelgeving staan het nemen van gezondheidseigenaarschap in de weg. Daarom introduceren wij in onze position paper het begrip *Health Ownership*: een perspectief dat helpt te bepalen wie wanneer onder welke omstandigheden verantwoordelijkheid kan nemen voor gezondheidsbeïnvloeding.

De definitie

GEZONDHEIDSEIGENAARSCHAP is de (on)mogelijkheid om je eigen, of iemands, gezondheid tijdelijk te beïnvloeden. Dit is afhankelijk van je agency en gemoed, van je gezondheidsstatus en -vaardigheden, en je sociaal-, culturele-, economische en zorg-context.

Gezondheidseigenaarschap heeft drie essentiële kenmerken:

- Dynamisch: mogelijkheden om gezondheidsinvloed uit te oefenen veranderen gedurende de levensloop en bij ziekte, herstel, afhankelijkheid of veranderende omstandigheden.
- Gedistribueerd: gezondheidsinvloed ligt zelden uitsluitend bij één persoon; zij kan worden gedeeld met naasten, professionals, gemeenschappen, organisaties en publieke instituties.
- Relationeel en wederkerig: wie gezondheidsinvloed krijgt of heeft, draagt ook een passende verantwoordelijkheid tegenover de betrokkenen. Deze verantwoordelijkheid wordt vaak niet helder uitgesproken waardoor zorgrelaties vertroebelen, zorg minder effectief wordt, het risico op overbelasting stijgt en het potentieel van mantelzorgers en patiënten onbenut blijft.

Vier uitgangspunten voor beleid

1. Maak de verdeling van gezondheidseigenaarschap expliciet

Bespreek en noteer **wie** welk aspect van gezondheid kan beïnvloeden, in welke **mate** en voor welke **periode** (inclusief afloop/ chronische veranderende zorg). Vind hierin overeenstemming tussen alle betrokkenen (professionals, patiënten en naasten).

2. Maak verantwoordelijkheid proportioneel en dynamisch

Breng de invloedsmogelijkheden per persoon in kaart en herzie deze wanneer omstandigheden daarom vragen. Verwacht alleen verantwoordelijkheid waar voldoende capaciteit en kansen bestaan. De gezondheidsstatus en -vaardigheden, fysieke en mentale mogelijkheden, inkomen, sociale steun, toegankelijkheid van zorg en de leefomgeving bepalen mede wat realistisch is. Speel in op veranderingen bij patiënten/naasten, bij professionals, bij zorgmogelijkheden en bij beleid.

3. Maak gezondheidseigenaarschap mogelijk en aantrekkelijk

Publieke en zorgorganisaties hebben een verantwoordelijkheid om gezondheidseigenaarschap te vergroten, en aantrekkelijk te maken. Bijvoorbeeld door de positieve effecten van eigen gezondheidseigenaarschap te laten ervaren, en door gezamenlijke besluitvorming, passende ondersteuning, het vergroten van gezondheidsvaardigheden en het verminderen van sociaaleconomische barrières en stigma's. Denk bijvoorbeeld aan leermodules gericht op gezondheidseigenaarschap in basis- of voortgezet onderwijs, in wijkcentra, of op het werk.

4. Beoordeel meer dan motivatie

Motiveren tot eigenaarschap zonder belemmeringen weg te nemen is onvoldoende. Gebruik de gezondheidsstatus en -vaardigheden, de sociaal-, culturele-, economische en zorg-context om samen om te bepalen waar verandering wenselijk en mogelijk is.

Aanbevelingen

Voor wie	Doe dit	Beoogd effect
Beleidsmakers	Voer bij nieuw gezondheidsbeleid een Gezondheidseigenaarschap-toets uit: wie kan de gewenste verandering werkelijk beïnvloeden, welke barrières bestaan en waar kan verantwoordelijkheid liggen?	Minder individualisering van structurele gezondheidsproblemen.

Zorgorganisaties	Neem de verdeling van invloed en verantwoordelijkheid op in zorgpaden, samen beslissen en zelfmanagementondersteuning.	Duidelijkere verwachtingen en tijdige ondersteuning. Patiënten worden geen passieve zorgconsumenten maar personen die (mee)werken aan hun gezondheid.
Professionals	Bespreek periodiek met mensen en naasten wat zij zelf willen en kunnen beïnvloeden en delen, en wat professionele ondersteuning vraagt. Burgers kunnen ook weer leren om invloed op eigen of andermans gezondheid uit te oefenen	Passende autonomie en minder over- of ondervraging. Patiënten worden geen passieve zorgconsumenten maar personen die (mee)werken aan hun gezondheid.
Gemeenten & preventie	Combineer gedragsinterventies met maatregelen in sociale, fysieke en economische context.	Meer realistische mogelijkheden voor gezond handelen en meer gezondheidsgelijkheid.
Ontwerpers & technologie	Ontwerp interventies, zorg, en zorgmiddelen op betekenisvolle handelingsmogelijkheden, niet alleen op dataverzameling, monitoring en nudging.	Zorgmiddelen en technologie die eigenaarschap ondersteunt op individuele passende manier.
Onderzoek & kennisbeleid	Ontwikkel en valideer manieren om de temporele en gedistribueerde kenmerken van gezondheidseigenaarschap in verschillende contexten te beoordelen.	Bewijs voor toepasbaarheid en toegevoegde waarde.

Effecten voor zorgsysteem en de gemeenten

Gedeelde verantwoordelijkheid naar vermogen maakt dat zorg en ondersteuning ingezet worden op de momenten en bij de personen die dat echt nodig hebben. Zorg- en ondersteuning worden – alleen waar nodig – op het juiste moment, door de juiste professional, op de passende manier geleverd. Hierdoor kunnen minder professionals beter aansluitende zorg leveren en worden de zorgkosten per burger lager.

Een praktische Gezondheidseigenaarschap-toets

Gebruik bij beleid, interventies en zorgbesluiten vijf vragen:

1. Welke gezondheid of welk gezondheidsaspect willen we beïnvloeden?
2. Wie heeft op dit moment feitelijk invloed: persoon, naaste, professional, organisatie, gemeenschap of overheid?
3. Zijn de actoren voldoende in staat om invloed uit te oefenen? Welke belemmeringen bestaan er, welke daarvan zijn veranderbaar, en door wie? Daarbij dient rekening te worden gehouden met iemands agency, gemoedstoestand, gezondheidsstatus en vaardigheden, evenals met de sociale, culturele, economische en zorgcontext.
4. Is de verdeling van verantwoordelijkheid proportioneel en rechtvaardig?
5. Wanneer moet de verdeling opnieuw worden beoordeeld?

Beslisregel

Leg verantwoordelijkheid niet automatisch bij degene om wiens gezondheid het gaat. Leg het daar waar invloed en handelingsmogelijkheden aanwezig zijn, en organiseer ondersteuning waar die ontbreken.

Randvoorwaarden en risico's

- Voorkom victim blaming: Gezondheidseigenaarschap is geen synoniem voor individuele schuld of volledige verantwoordelijkheid.
- Voorkom een nieuw meetlabel zonder handelingsperspectief: toepassing moet leiden tot aanpassing van ondersteuning, context of verantwoordelijkheden.
- Houd rekening met ongelijkheid: dezelfde verwachting kan onrechtvaardig uitpakken wanneer mogelijkheden en middelen verschillen.
- Gebruik het concept adaptief: passende Gezondheidseigenaarschap kan toenemen, afnemen, gedeeld of tijdelijk overgedragen worden.

Implementatieagenda 2027–2029

- 2027 | Operationaliseren: ontwikkel met burgers, naasten en professionals een korte gespreks- en beleidstoets en definieer indicatoren voor capaciteit, kansen, motivatie en verdeling van invloed.
- 2028 | Pilots: test de aanpak in preventie, chronische zorg, wijkgerichte ondersteuning, digitale gezondheid en palliatieve zorg; neem verschillen naar sociaaleconomische positie en gezondheidsvaardigheden expliciet mee.
- 2029 | Evalueren en opschalen: onderzoek effecten op ervaren invloed, rolhelderheid, samen beslissen, toegankelijkheid, zorggebruik en gezondheidsverschillen; schaal alleen bewezen bruikbare toepassingen op.

Conclusie

Gezondheidseigenaarschap verlegt de beleidsvraag van “neemt iemand voldoende verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid?” naar “wie kan deze gezondheid hier en nu werkelijk beïnvloeden, en welke condities en verdeling van verantwoordelijkheid zijn daarvoor nodig?”. Die verschuiving biedt een basis voor **een persoonsgericht én rechtvaardig gezondheidsbeleid** waarin individuele agency wordt ondersteund zonder structurele en relationele verantwoordelijkheden uit het oog te verliezen.

Basis en status

Dit policy paper is een beleidsvertaling van de position paper Gezondheidseigenaarschap en de daarin beschreven conceptuele analyse, theoretische inbedding, en scenario's. Health Ownership is daarin nadrukkelijk een nieuw concept waarvan definitie, kenmerken en verwachte effecten nog empirisch moeten worden gevalideerd. Deze position paper is geschreven met het transdisciplinaire consortium van het project *Gezondheid van Jezelf?* dat gefund is door de Medical Delta.