

Definitief

8 februari 2024

Afwegingskader meenemen gezondheidsverschillen

Advies opgesteld in opdracht van de Gezondheidsraad

Equalis Strategy & Modeling B.V.
Jaarbeursplein 6
3521 AL Utrecht
www.equalis.nl

Pharos
Postbus 13318
3507 LH Utrecht
www.Pharos.nl

Contactpersoon
Lieke Boonen
lieke.boonen@equalis.nl
06 25 06 24 68

Contactpersoon
Belle Bergsma
b.bergsma@pharos.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvattend afwegingskader gezondheidsverschillen	4
Bijlage: Toelichting op het afwegingskader.....	7
1 Introductie	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Doelstelling advies.....	8
1.3 Leeswijzer	9
2 Te maken afwegingen.....	10
2.1 Strategie Gezondheidsraad en agenderen gezondheidsverschillen	10
2.2 Factoren & mechanismen die ten grondslag liggen aan ongewilde gezondheidsverschillen	11
2.3 Kennis en expertise	15
2.4 Rechtvaardige afwegingen	17
2.5 Borging van het advies	18

Voorwoord

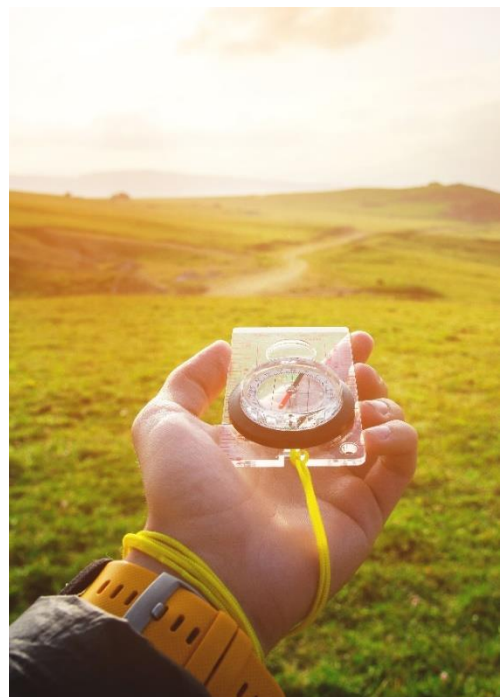
De Gezondheidsraad heeft Equalis en Pharos gevraagd een verkenning uit te voeren naar de mate waarin er binnen de huidige adviezen van de Gezondheidsraad aandacht is voor gezondheidsverschillen. Het verminderen van gezondheidsverschillen is maatschappelijk en politiek een belangrijk thema. Verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische positie zijn groot én in de afgelopen jaren niet afgenomen.

De Gezondheidsraad is een onafhankelijke wetenschappelijke adviesraad. De gezondheidsraad adviseert de regering en parlement op het brede terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg. De gezondheidsraad brengt op basis van de stand van wetenschap – gevraagd en ongevraagd – advies uit over onderwerpen gerelateerd aan gezondheidszorg, preventie en screening, voeding, leefomgeving, en arbeidsomstandigheden. Hierbij heeft de gezondheidsraad oog voor ethische en maatschappelijke implicaties van wetenschappelijke ontwikkelingen, maar richt zich niet op de uitvoering van concreet beleid.

De Gezondheidsraad voelt de verantwoordelijkheid om oog te houden voor de mogelijke effecten van hun adviezen en producten op (het ontstaan van) deze verschillen. Hiervoor is het belangrijk om zicht te hebben op de afwegingen die gemaakt kunnen worden bij het opstellen van adviezen en om oog te hebben voor het effect van het advies op gezondheidsverschillen. Equalis en Pharos onderschrijven het belang hiervan en begrijpen het dan ook dat de Gezondheidsraad naar zijn eigen werkwijze wil kijken en wil leren om (meer) oog te hebben voor de effecten die zijn adviezen kunnen hebben op (het vergroten van) gezondheidsverschillen en dit te borgen in het adviesproces van de gezondheidsraad.

Tijdens het onderzoek hebben we met diverse medewerkers van de Gezondheidsraad gesprekken gevoerd en hebben we adviezen bekeken. We bedanken alle betrokkenen voor hun openheid en de gegeven input. Op basis van ons onderzoek en de kennis en expertise op gezondheidsverschillen hebben we in bijgevoegd advies kort geschetst op welke thema's de Gezondheidsraad afwegingen kan maken om tijdens hun adviezen oog te hebben voor gezondheidsverschillen. We benadrukken hierbij dat dit advies de inzichten weergeeft uit een eerste verkenning die Equalis en Pharos samen met de Gezondheidsraad hebben doorlopen. De implementatie hiervan in de praktijk vergt nog nadere verdieping. Met dit advies kan de Gezondheidsraad een eerste stap zetten om in hun adviesproces de mogelijkheden die zij heeft in beeld te brengen en intern de discussie hierover te starten. Wij hebben met veel energie en plezier gewerkt aan deze adviesopdracht en kijken uit naar de stappen die de Gezondheidsraad gaat zetten.

Aldien Poll, Belle Bergsma, Ellen Schipper en Lieke Boonen



Samenvattend afwegingskader gezondheidsverschillen

Dit afwegingskader biedt de Gezondheidsraad handvatten om een eerste stap te zetten om in hun adviesproces expliciet aandacht te hebben voor gezondheidsverschillen. In Nederland leven de minst welvarende mensen gemiddeld zeven tot acht jaar korter en tot 25 jaar in minder goed ervaren gezondheid ten opzichte van de meest welvarende mensen. Dit wordt veroorzaakt door (een opeenstapeling) van persoonsgebonden, leefstijlgebonden en omgevingsfactoren én achterliggende mechanismen die leiden tot ongezondheid en gezondheidsverschillen tussen groepen. Het is belangrijk om ook in de adviezen van de Gezondheidsraad, die de brede volksgezondheid en gezondheidszorg betreffen, hier standaard rekening mee te houden.

In de advisering bestaat het risico dat er onvoldoende zicht is op de impact van het advies op (on)gezondheid van mensen die meer risico lopen dan gemiddeld en de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren. Om dat risico zo klein mogelijk te maken is het belangrijk om expliciet bepaalde afwegingen en keuzes te maken tijdens het adviesproces. En om deze afwegingen en keuzes te borgen in het adviesproces van de Gezondheidsraad.

Om de Gezondheidsraad hiermee op weg te helpen hebben we een vijftal afwegingen op een rij gezet (zie figuur 1). Daarnaast hebben we ook een aantal algemene aanbevelingen opgesteld voor de Gezondheidsraad.

We starten met de algemene aanbevelingen waarna we inzoomen op de afwegingen en keuzes die gemaakt kunnen worden tijdens een adviestraject.

Algemene aanbevelingen

1. Neem het thema gezondheidsverschillen als onderdeel van gezondheidsbevordering mee in de algemene visie en operationaliseer het begrip gezondheidsverschillen in de daarbij behorende strategie bepaling van de Gezondheidsraad
2. Ontwikkel (intern) een uniform kader over factoren en mechanismen die van invloed zijn op ongewilde gezondheidsverschillen en maak daarbij keuzes ten behoeve van het gebruik van eenduidige definities en terminologie rondom ongewilde gezondheidsverschillen. Bouw daarbij voort op de leidraad over de identificatie en bescherming van 'hoogrisicogroepen' uit 2011.
3. Zorg voor intern draagvlak door samen met de secretarissen het afwegingskader te bespreken en aan te scherpen waar nodig;
4. Neem bij de interne evaluatie van het advies mee in hoeverre er in het adviesproces aandacht is geweest voor de verwachte impact van het advies op (het ontstaan dan wel verkleinen van) ongewilde gezondheidsverschillen.
5. Zorg dat de afwegingen geborgd worden in het adviestraject van de Gezondheidsraad zodat er structureel aandacht is voor gezondheidsverschillen bij alle adviestrajecten.



De belangrijkste afwegingen per stap¹



1. Strategie Gezondheidsraad

- Zorg dat aandacht voor ongewilde gezondheidsverschillen expliciet is opgenomen in de startnotitie voor de commissie



2. Factoren & mechanismen die ten grondslag liggen aan ongewilde gezondheidsverschillen

- Zorg dat binnen de adviezen een door de GR opgesteld uniform kader gebruikt wordt om te identificeren welke factoren en achterliggende mechanismen een rol *kunnen* spelen bij het ontstaan van gezondheidsverschillen n.a.v. de onderzochte interventie.



3. Kennis en expertise

- Betrek een multidisciplinair team van experts denk aan een combinatie van werkgebieden zoals: ethiek, filosofie, sociologie, antropologie, gezondheidseconomie, gedragkunde, financiën, recht en epidemiologie).
- Zorg dat er voldoende ruimte is om input mee te nemen vanuit ervaringsdeskundigen uit relevante doelgroepen. Zorg dat dit meer dan een hoorzitting alleen is, maar dat er ruimte is voor uitwisseling van kennis en ervaringen om een goed beeld te krijgen van de maatschappelijke context (zonder de verwachting te wekken dat er ruimte is voor discussie en belangenbehartiging).
- Zorg dat bij het in beeld brengen van de stand van de wetenschap ruimte is voor verschillende bronnen en beschrijf de inclusiviteit van deze bronnen in het advies (vertegenwoordigen zij verschillende groepen in de samenleving, inclusief de groepen die de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren).
- Als inclusieve data ontbreken, beschrijf dit in het advies, en overweeg het opnemen van een onderzoeksaanbeveling hierover.



4. Rechtvaardige afwegingen

- Identificeer, op basis van de ingebrachte kennis en expertise, welke groepen meer risico lopen dan gemiddeld en mogelijk de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren.
- Breng in kaart of er redenen zijn om aan te nemen dat er verwachte verschillen zijn in de effectiviteit van de interventie voor (sociaal maatschappelijke) hoogrisicogroepen en welke verschillen dit zijn.
- Ga na of bij de implementatie van de interventie maatregelen nodig zijn om ervoor te zorgen dat de interventie in gelijke mate toegankelijk is voor verschillende subgroepen (en er zo voor te zorgen dat er geen ongelijkheid ontstaat).
- Neem de opgedane kennis expliciet mee in het advies en de besluitvorming en pas differentiatie toe in de advisering waar mogelijk om ongewilde gezondheidsverschillen te voorkomen.



5. Borging van het advies

- Adviseer om, als specifieke of generieke maatregelen nodig zijn voor specifieke subgroepen, het effect van de interventie in de praktijk te monitoren.

¹ In de bijlage staan deze afwegingen verder uitgewerkt en is tevens meer achtergrondinformatie gegeven bij

- \\ Stimuleer partijen om inclusief onderzoek te doen waarbij data verzameld wordt over de relevante subgroepen.
- \\ Evalueer in hoeverre het advies heeft bijgedragen aan het ontstaan (dan wel verkleinen) van gezondheidsverschillen.
- \\ Ga na via welke andere wegen de Gezondheidsraad de aandacht voor ongewilde gezondheidsverschillen onder de aandacht kan brengen bij externe partijen.

Bijlage: Toelichting op het afwegingskader

1 Introductie

1.1 Aanleiding

Gezondheidsverschillen tussen mensen nemen toe². Zo berekende het CBS in 2022 dat in Nederland de minst welvarende mensen gemiddeld zeven tot acht jaar korter leven dan de meest welvarende mensen. Als het gaat om het verschil in gezonde levensjaren is dat zelfs 23 tot 25 jaar.³ Adviesorganen van de overheid vragen steeds vaker expliciet aandacht voor gezondheidsverschillen. De afgelopen jaren is er meer en meer inzicht gekomen in de oorzaken van (on)gezondheid. Naast individuele kenmerken en gedragskenmerken worden kenmerken van de sociale basis, van de fysieke omgeving en kenmerken van de maatschappij als risicofactoren voor een slechte gezondheid gezien⁴. Sociale kenmerken van gezondheid verwijzen daarbij naar de omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen, werken en leven. Daarnaast wordt meer en meer gekeken naar hoe gezondheidsverschillen ontstaan, welke gezondheidsverschillen er zijn en wat de impact is van interventies en beleid op gezondheidsuitkomsten tussen verschillende populaties en subpopulaties.

Het is van belang om oog te hebben op zowel de factoren die van invloed zijn op (on)gezondheid als de factoren die **ongelijkheid** in gezondheid bepalen. Diderichsen et al⁵ onderscheiden bijvoorbeeld vier mechanismen die van invloed zijn op het ontstaan van gezondheidsverschillen, namelijk verschil in macht en hulpbronnen, verschil door ongelijkheid in blootstelling aan ziekmakende factoren, verschil in kwetsbaarheid door een stapeling aan ongunstige factoren en verschil in de sociale en economische consequenties van het ziek zijn. We zien daarnaast een groei in het aantal wetenschappelijke onderbouwde determinanten, evaluatie-instrumenten en indicatoren waarmee inzicht kan worden verkregen in de gezondheidsverschillen in ieder Europees land, zo ook in Nederland⁶ (o.a. op Euro Healthnet^{7,8,9}). Er is een internationale zoektocht gaande naar de causale relatie tussen de factoren die van invloed zijn op gezondheidsverschillen, naar kwalitatieve duiding van onderzoeksuitkomsten en naar (beleids)oplossingen om onnodige gezondheidsachterstanden te voorkomen¹⁰. Binnen deze zoektocht is meer en meer aandacht om al aan de voorkant te kijken naar de impact van interventies en beleid op gezondheidsuitkomsten tussen verschillende populaties en subpopulaties.

² CBS (2022). Bovenaan welvaartsladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid.

³ CBS (2022). Bovenaan welvaartsladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid.

<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bovenaan-welvaartsladder-bijna-25-jaar-langer-in-goede-gezondheid>

⁴ Dahlgren, G, M. Whitehead (2021) The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health* 199 (2021) 20-24

⁵ Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health - from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>

⁶ Health Equity Impact analyses (<https://health-inequalities.eu/resources/tools-to-measure-and-address-health-inequalities/>)

⁷ EuroHealthNet - European Partnership for Health Equity and Wellbeing

⁸ JAHEE: : Joint Action Health Equity Europe

⁹ CHAIN: centre for Global health Inequalities Research

¹⁰ Centre for Disease Control (CDC) library: Health Equity research guide

Er wordt dus al sinds lange tijd een oproep gedaan om bij al het beleid dat impact heeft op gezondheid, rekening te houden met de verschillende determinanten van gezondheid én om daarbij rekening te houden met de impact voor verschillende groepen. Er wordt dan gesproken over Health Equity Impact Analyses. In het ‘International Journal Equity in Health’ wordt daar veel over gepubliceerd¹¹.

Ook de Gezondheidsraad deed al in 2011 (in hun ‘Leidraad voor identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen’)¹² een oproep aan de minister om in beleid rekening te houden met verschillen tussen groepen mensen (zie tekstkader). Hierin noemt de Gezondheidsraad het belang van een uniform afwegingskader met kenmerken en criteria voor hoogrisicogroepen waarbij zij onderscheid maakt in individuele kenmerken, gedragskenmerken en omgevingskenmerken. Hoewel t.a.v. de omgevingskenmerken meestal over de fysieke kenmerken wordt gesproken wordt in de leidraad hier en daar ook al de invloed van sociale omgevingskenmerken op gezondheid genoemd. Waar dat in 2011 nog veel minder serieus meegenomen en meegewogen werd is dat anno 2023 een belangrijk onderwerp.

Gezondheidsraad (leidraad voor identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen 2011, pg13)

“Om besluitvorming bij gezondheidsvraagstukken mogelijk te maken, is een analyse van mogelijke handelingsopties nodig. Dat geldt dus ook voor de omgang met geïdentificeerde hoogrisicogroepen. Het afwegingskader van de gezondheidsraad geeft de opties weer die de besluitvormer in principe ter beschikking staan. Eerste optie is om wel rekening te houden met (bepaalde) geïdentificeerde hoogrisicogroepen, door generieke maatregelen te nemen, afgestemd op hoogrisicogroepen of door aparte, specifiek op hoogrisicogroepen gerichte beleidsinterventies te kiezen. Andere optie is om bewust geen rekening te houden met (bepaalde) hoogrisicogroepen. Om een keuze te kunnen maken, is het nodig om de verwachte gevolgen van diverse handelingsopties voor de hoogrisicogroepen en de samenleving als geheel in kaart te brengen. Dat vraagt gezondheidkundige, financiële, economische, juridische en ethische analyses”.

Ook het National Institute for health and Care Excellence (NICE), heeft een ‘Equality Scheme 2020- 2024 opgesteld waarin het proces en de aanpak wordt beschreven om ‘gelijkheid’ in alle evaluaties, adviezen en besluiten een plek te geven¹³. Zo worden stappen beschreven rondom de inbreng van verschillende patiëntengroepen en professionals, de scope van een afgebakende populatie met daarin aandacht voor subgroepen, het gebruik van gepubliceerde en niet gepubliceerde data, maar ook van real world evidence en kwalitatief onderzoek en rondom de evaluatie van determinanten, waaronder sociale determinanten, van subgroepen.

1.2 Doelstelling advies

De Gezondheidsraad heeft Equalis & Pharos gevraagd om hen te adviseren over de manier waarop de Gezondheidsraad kan bijdragen aan het vergroten van de aandacht voor het effect dat hun beleid en adviezen kan hebben op ongewilde gezondheidsverschillen. In dit advies werken we daarom uit welke afwegingen gemaakt kunnen worden tijdens het adviestraject om de aandacht te vergroten en worden concrete afwegingen geschetst die de Gezondheidsraad kan maken bij het opstellen van zijn adviezen. In dit advies sluiten we waar mogelijk aan bij de terminologie van de leidraad van de Gezondheidsraad uit 2011. De Gezondheidsraad geeft in deze leidraad aan dat het bij besluitvorming niet alleen gaat om

¹¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/113/>

¹² Gezondheidsraad (2011) Leidraad voor identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen

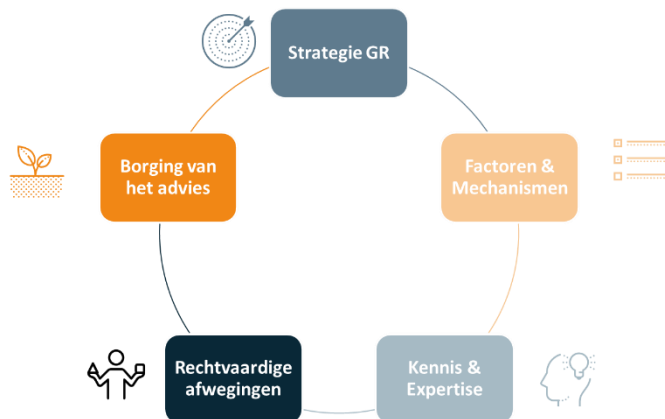
¹³ NICE’s equality objectives and equality programme 2020 - 2024

de afweging van kosten en baten, maar ook om de toebedeling van verantwoordelijkheden aan overheid, bedrijfsleven en burgers en om een rechtvaardige verdeling van baten en lasten over bevolkingsgroepen.

1.3 Leeswijzer

Op basis van het adviesproces van de Gezondheidsraad¹⁴ en de bestaande literatuur hebben we een aantal stappen geïdentificeerd waar expliciet aandacht kan zijn voor afwegingen die rekening houden met het effect van het advies op ongewilde gezondheidsverschillen (zie figuur 2).

Figuur 2 Te maken afwegingen



In dit advies werken we per stap kort uit wat de belangrijkste aanknopingspunten zijn en welke afwegingen gemaakt kunnen worden tijdens het adviestraject. Aan het eind van elke stap vatten we de belangrijkste afwegingen die de Gezondheidsraad kan maken samen.

Hierbij benadrukken we dat dit een **eerste stap** is die als basis kan dienen voor de Gezondheidsraad om hun strategie en werkwijze aan te scherpen en te ontwikkelen waarbinnen expliciet aandacht is voor ongewilde gezondheidsverschillen. Hiervoor zijn ook een aantal algemene aanbevelingen geformuleerd in het bovenstaande samenvattend kader.

¹⁴ In de bijlage hebben we kort samengevat hoe de Gezondheidsraad op dit moment aandacht heeft voor gezondheidsverschillen op basis van de analyse van zes adviezen en een aantal interviews met werknemers en het bestuur van de Gezondheidsraad.

2 Te maken afwegingen



2.1 Strategie Gezondheidsraad en agenderen gezondheidsverschillen

De Gezondheidsraad werd in 1902 ingesteld bij de Gezondheidswet en is een onafhankelijk adviesorgaan met als wettelijke taak om, op basis van de stand van wetenschap, – gevraagd en ongevraagd – advies uit te brengen aan regering en parlement over kwesties binnen het hele spectrum van de volksgezondheid en gezondheidszorg. Hierbij kijkt zij naar de gebieden gezondheidszorg, preventie en voeding, leefomgeving, arbeidsomstandigheden en innovatie en kennisinfrastructuur¹⁵. Het uitgangspunt van de Gezondheidsraad bij het uitbrengen van adviezen is de stand van wetenschap. Daarbij heeft de raad ook oog voor ethische en maatschappelijke implicaties maar richt zij zich niet op de uitvoering van concreet beleid.

Het agenderen van ‘ongewilde’ gezondheidsverschillen en het toepassen van kennis over het ontstaan van deze verschillen, lijkt een kansrijke en passende taak voor de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad heeft in 2023 zelf, door middel van een stage, onderzoek laten uitvoeren naar kwetsbaarheid en gezondheidsverschillen en naar de rol van de Gezondheidsraad hierin.¹⁶ Binnen de Gezondheidsraad wordt gezondheid momenteel (meestal) benaderd als biomedisch of biostatistisch. Het behalen van gezondheidswinst hangt echter van meer factoren af en oog hebben voor de bredere context (sociale determinanten en ongewilde gezondheidsverschillen) is belangrijk om gezondheid voor iedereen te behalen. Hiervoor is bewustzijn rondom de oorzaken en gevolgen van ongewilde gezondheidverschillen noodzakelijk. De Gezondheidsraad kan hierin een actieve rol spelen. Ongewilde gezondheidsverschillen zijn immers een belangrijke ‘kwestie binnen de Volksgezondheid’ en spelen bij elk gezondheidsvraagstuk, al dan niet indirect, een rol. Daarbij sluit het oog hebben voor gezondheidsverschillen goed aan bij de leidraad over de identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen van de Gezondheidsraad die in 2011 is opgesteld. Ook de minister van VWS heeft destijds aangegeven dat zij wil stimuleren dat het afwegingskader voor de selectie van hoogrisicogroepen structureel wordt gehanteerd door adviesorganen (15 maart 2012).

Hoewel het doel van de Gezondheidsraad niet primair het verkleinen van gezondheidsverschillen is, is er wel een rol voor de Gezondheidsraad om in zijn strategiebepaling in het algemeen en meer specifiek bij het opstellen van de adviezen oog te hebben voor onderliggende ongelijkheden en welke invloed zij hebben op ongewilde gezondheidsverschillen. Het betreft hier veelal sociale determinanten van ongezondheid, naast de medische determinanten. Bij het spreken over ‘Hoogrisicogroepen’ gaat het dan ook niet alleen om medische hoogrisicogroepen maar ook om sociale hoogrisicogroepen.

Richting een afwegingskader: gezondheidsverschillen opnemen als expliciet doel van de Gezondheidsraad en van elk advies

Om te zorgen dat gezondheidsverschillen op de agenda staan kan de Gezondheidsraad zorgen dat in de startnotitie expliciet is opgenomen dat er aandacht moet zijn voor ongewilde gezondheidsverschillen.

¹⁵ [Taak | Over ons | Gezondheidsraad](#)

¹⁶ Billy van Zoomeren heeft hiervoor verschillende onderzoeken uitgevoerd en diverse interne notities opgesteld, waaronder het verslag “Gezondheidsraad voor iedereen: een verkenning van Kwetsbaarheid en Gezondheidsverschillen”.

2.2 Factoren & mechanismen die ten grondslag liggen aan ongewilde gezondheidsverschillen

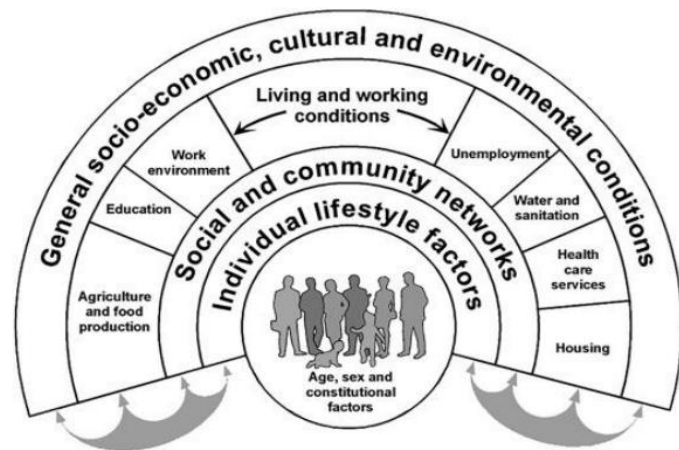


Om in het adviesproces rekening te kunnen houden met het effect van het advies op ongewilde gezondheidsverschillen is het van belang om dit te doen vanuit een uniform kader. Uit gesprekken, het stageonderzoek dat in 2023 is uitgevoerd en op basis van de doorgenomen adviezen zien we dat er binnen de Gezondheidsraad geen uniforme definitie is om ongewilde gezondheidsverschillen of gezondheidsongelijkheid aan te duiden. Dit maakt dat het lastig is om op eenduidige wijze hiermee aan de slag te gaan en er grip op te krijgen. In deze stap schetsen wij een (niet uitputtend) overzicht van factoren en achterliggende mechanismen die een rol spelen bij het ontstaan van ongewilde gezondheidsverschillen. Dit overzicht kan door de Gezondheidsraad worden gebruikt om zelf een uniform kader te ontwikkelen om helderheid te verschaffen over factoren, mechanismen en terminologie, en zo binnen de afwegingen die zij maakt rekening te houden met de mogelijke effecten die zijn advies kan hebben op ongewilde gezondheidsverschillen.

Wat zijn gezondheidsverschillen en waar worden zij door bepaald?

Kortgezegd zijn gezondheidsverschillen systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting tussen verschillende groepen mensen. Deze verschillen worden in de wetenschappelijke literatuur vaak weergegeven aan de hand van sociaaleconomische positie (SEP), met als indicatoren opleiding, inkomen en/of positie op de arbeidsmarkt. Daarnaast zien we in de Nederlandse context (onder andere bij CBS en RIVM) steeds vaker de term SES-WOA waarbinnen ook welvaart wordt meegenomen als verklarende factor voor gezondheidsverschillen.¹⁷

Gezonde levensverwachting wordt bepaald door een combinatie van persoonsgebonden kenmerken (zoals sekse, leeftijd en genetisch profiel), leefstijlgebonden kenmerken (aangeleerde gewoontes en gedrag, zoals iemands voedingspatroon en mate van bewegen), kenmerken van de fysieke en sociale omgeving (een combinatie van beschermende en risicovolle omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken); en de bredere socio-economische, culturele en politieke structuren.^{18,19} Deze factoren sluiten aan bij de 5 essentiële condities die de kans op een goede



Source: adapted from Dahlgren and Whitehead, 1991

Figuur 3 Het regenboogmodel uit Dahlgren & Whitehead (2021)

17 CBS (2023) Hoe interpreteer je de SES-WOA-scores en hoe zijn deze bepaald? <https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/infoservice/hoe-interpreteer-je-de-ses-woa-scores-en-hoe-zijn-deze-bepaald>

18 Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 763–773. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.763>

19 Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24.

gezondheid bepalen uit het onderzoek van de Europe WHO uit 2019^{20,21} naar de ervaren gezondheid bij mensen die het betreft. De mate waarin deze condities van invloed zijn op de gezondheid is uitgedrukt in percentages., namelijk werksituatie, bestaanszekerheid, leefomstandigheden, sociaal netwerk, kennis en vaardigheden en goede, betaalbare en begrijpelijke zorg. Deze condities komen voort uit onderzoek onder de groep mensen die het betreft.



Figuur 4 Achterliggende oorzaken gezondheidsverschillen, gebaseerd op een Europese studie van de WHO (2019) (plaatje Pharos, 2023)

Naast bovenstaande factoren die (gezonde) levensverwachting bepalen, is het belangrijk om te kijken naar de achterliggende mechanismen die van invloed zijn op het ontstaan van structurele ongelijkheid in gezondheid op populatieniveau waardoor ongewilde gezondheidsverschillen tussen groepen ontstaan. Diderichsen et al²² onderscheiden hierbij vier hoofdmechanismen, namelijk verschil in macht en hulpbronnen, verschil door ongelijkheid in blootstelling aan ziekmakende factoren, verschil in kwetsbaarheid door een stapeling aan

Voorbeeld: Racisme als mechanisme en 'driving force' achter factoren genoemd in het regenboogmodel van Dahlgren and Whitehead (2021)

Racisme is een van de belangrijkste drivers die leiden tot etnische gezondheidsverschillen. Yip et al. in Dahlgren and Whitehead (2021) illustreren dat aan de hand van drie mechanismen: *discriminatie op basis van etniciteit en stigma* beïnvloeden de ervaringen en gezondheidsuitkomsten van mensen op een persoonlijk level; *institutioneel racisme* draagt bij aan ongelijkheid op het level van woon- en werkomstandigheden en toegang tot hulpbronnen diensten in de zorg; en *structureel racisme* beïnvloed op maatschappelijk level de economische, culturele en fysieke omstandigheden waardoor verschillende groepen een vorm van uitsluiting ervaren.

ongunstige factoren en verschil in de sociale en economische ²³ Hoewel veel van deze factoren buiten het gezondheidsdomein liggen, hebben zij wel een sterke invloed op (gezonde) levensverwachting. Het gaat bijvoorbeeld om een stapeling van stressvolle omstandigheden zoals het wonen in een wijk met

²⁰ <https://www.who.int/europe/initiatives/health-equity-status-report-initiative>

²¹ WHO report health in all policies 2023 <https://www.worldgovernmentsummit.org/observer/reports/2023/detail/one-for-all-and-all-for-health>

²² Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequities in health - from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>

²³ Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. Int J Epidemiol 2019;48(1):268e74. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy167>.

meer luchtvervuiling, langdurige financiële onzekerheid, een gebrek aan sociale steun, ongunstige woonomstandigheden, ervaringen met discriminatie (zie tekstkader), laaggeletterdheid, en de invloed van chronische stress op het handelingsvermogen. Ook de mate van (een gevoel van) controle en gezondheidsvaardigheden hebben een sterke samenhang met ongewilde gezondheid.

Naast verschillen in de kans op gezondheid, is ook de toegang tot gezondheidszorg ongelijk verdeeld. Zorg is niet voor iedereen in gelijke mate geschikt en bereikbaar in termen van begrijpelijkheid, fysieke bereikbaarheid, betaalbaarheid, (culturele) passendheid en (praktische) toepasbaarheid. Interventies, behandelmethoden en preventiemaatregelen zijn daardoor niet voor iedereen even toegankelijk en effectief, wat ook de kans op herstel en kwaliteit van leven ongelijk maakt.²⁴ Uit onderzoek blijkt dat juist mensen die meer kans hebben om ziek te worden, minder goede toegang hebben tot zorg en ondersteuning. Ze komen vaker (te) laat in de zorg terecht, of de zorg die er is sluit niet goed aan bij de beleefwereld van deze mensen, wat de gezondheidskloof verder versterkt.

Equality versus Equity

Bij het ontwikkelen van beleid kan onderscheid gemaakt worden tussen beleid voor verschillende groepen. Met zijn adviezen reikt de Gezondheidsraad op wetenschap gebaseerde inzichten en handelingsopties aan en vormt zo een brug tussen wetenschap en praktijk. Op basis van Equality is er uniform gezondheidsbeleid voor iedereen, onafhankelijke van achterliggende factoren en mechanismen die van invloed zijn op gezondheid. Bij Equity is er gedifferentieerd beleid dat zich ook richt op achterliggende factoren en mechanismen zodat beleid tot optimale gezondheidsverbetering bij meerdere groepen leidt.

De factoren en achterliggende mechanismen samengevat


In tabel 1 vatten we bovengenoemde factoren nog eens samen om een idee te geven van factoren en mechanismen die van invloed zijn op het ontstaan van ongewilde gezondheidsverschillen. De lijst is niet limitatief, maar helpt de Gezondheidsraad om zicht te krijgen op de factoren en mechanismen die meegenomen kunnen worden bij het meenemen van ongewilde gezondheidsverschillen. Waar de Gezondheidsraad zich eerder beperkte tot persoonsgebonden, leefstijlgebonden en omgevingsgebonden kenmerken, zien we dat vanuit het bredere perspectief ook socioeconomische-, politieke en culturele structuren (on)gezondheid beïnvloeden en dat verschillende mechanismen een rol spelen bij het ontstaan van ongewilde gezondheidsverschillen.

²⁴ Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 1-9.

Tabel 1 Factoren en mechanismen van invloed op gezondheidsverschillen

Factoren van invloed op gezondheid	Mechanismen die een rol spelen bij gezondheidsverschillen
<p>Persoonsgebonden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekse • Leeftijd • Genetisch profiel • Etniciteit • Opleiding <p>Gewoontes en gedrag (leefstijlgebonden)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voedingspatroon • Roken • Alcoholgebruik • Beweging • Zorggebruik • Houding t.o.v. zorg • Comorbiditeiten • Huidige chronische aandoeningen • Kwaliteit van leven • Chronische stress <p>Mentale factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychische aandoeningen • Psychosociale stress • Zelfredzaamheid/mondigheid <p>Omgevingsgebonden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociaal netwerk • Fysieke woonomgeving • Leefomstandigheden • Cultuur • Migratieachtergrond • Woonomstandigheden <p>Socio-economische, politieke en culturele structuren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verdeling van inkomen • Bestaanszekerheid • Woningmarkt • Werkgelegenheid • Sociale voorzieningen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschil in macht en handelingsperspectief om gezondheid(suitkomsten) te beïnvloeden. • Toegang tot gezondheidszorg • Aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid en taalbarrières • Beperkte kennis • Moeilijk begrijpelijke informatie en procedures • Kosten van zorg • Discriminatie en racisme • Sociale inclusie • Hoge kosten van gezonde voeding, leefstijl en sociale interactie • Intersectionaliteit • ‘Early years’ • Weinig vertrouwen in overheid, eigen kunnen en in zorgverleners

Richting een afwegingskader: ongewilde gezondheidsverschillen als complex samenspel van factoren
 Gezondheidsverschillen zijn het resultaat van een complex samenspel van factoren en omstandigheden, zo blijkt uit de voorgaande paragrafen. Wij adviseren de Gezondheidsraad om:

-  Zorg dat binnen de adviezen een door de GR opgesteld uniform kader gebruikt wordt om te identificeren welke factoren en achterliggende mechanismen een rol *kunnen* spelen bij het ontstaan van gezondheidsverschillen n.a.v. de onderzochte interventie.²⁵

²⁵ In de algemene aanbevelingen is opgenomen dat het belangrijk is dat de Gezondheidsraad een dergelijk kader ontwikkelt dat gebruikt kan worden binnen de adviestrajecten.

- ✎ Kijk daarbij niet alleen naar de verschillen in effectiviteit bij mensen met verschillende individuele- en gedragskenmerken, maar ook naar de verschillen in effectiviteit tussen mensen die in verschillende omgevingen opgroeien, wonen, werken en leven.
- ✎ Maak onderscheid in het advies tussen uniform beleid dat gebaseerd is op equality en gedifferentieerd beleid dat gericht is op equity



2.3 Kennis en expertise

Voordat afwegingen kunnen worden gemaakt is het belangrijk om de juiste kennis en expertise op te halen om op systematische wijze na te gaan of en welke invloed het advies kan hebben op de toegang, kwaliteit en uitkomst van zorg voor verschillende groepen en (het vergroten dan wel verkleinen van) ongewilde gezondheidsverschillen.

Expertise

Ten eerste, is het belangrijk om de juiste expertise te betrekken bij het opstellen van het advies. Op voorhand is het lastig aan te geven welke specifieke expertise betrokken moet worden. Wel wordt geadviseerd om experts vanuit diverse achtergronden en (onderzoeks)disciplines te betrekken. De gezondheidsraad zelf geeft in zijn leidraad uit 2011 aan dat de identificatie van hoogrisicogroepen een gezondheidskundige, financiële, gezondheidseconomische, juridische, sociologische en ethische analyse vraagt. Omdat ongewilde gezondheidsverschillen een maatschappelijk raakvlak hebben, adviseren we daarnaast om ook sociologen en antropologen te betrekken bij de commissies.

Ook is het belangrijk dat er kennis en expertise wordt betrokken vanuit ervaringsdeskundigen en de praktijk. Dit zowel aan de start van de adviesaanvraag als gedurende de adviesaanvraag. Het belang van input vanuit ervaringsdeskundigen (patiënten) en de praktijk wordt benadrukt in diverse frameworks²⁶. Ook hier geldt dat het belangrijk is dat ervaringsdeskundigen uit verschillende groepen worden betrokken. Het betreft dan meer dan alleen een 'hoorzitting', het gaat om het gesprek dat wetenschappelijke - en ervaringsexperts met elkaar voeren om kennis en ervaring uit te wisselen.

Kennis

Het uitgangspunt van de gezondheidsraad is de stand van de wetenschap. Het is daarin belangrijk om ook te kijken of de betrokken studies aandacht hebben voor de inbreng van en effecten op bepaalde subgroepen die de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren. Bij onder andere het Zorginstituut en NICE²¹ staat deze werkwijze uitgebreid beschreven waarbij aandacht is voor de waarde van de verschillende bronnen die gebruikt kunnen worden én op welke wijze er ook aandacht is voor bredere doelen, waaronder dus ook ongewilde gezondheidsverschillen. Hierbij is het uitgangspunt van de Gezondheidsraad, net als bij het Zorginstituut, dat in beginsel gekeken wordt naar uitsluitend gepubliceerde en peer-reviewed literatuur. Het betreft dan echter niet alleen gerandomiseerde studies (RCTs) maar omvat alle vormen van evidence variërend van ongeblindeerde, enkelarmige studies tot geblindeerde randomized controlled trials (RCTs). Ook bij NICE wordt toegelicht dat verschillende databronnen betrokken kunnen worden en dat dit verder gaat dan alleen (wetenschappelijke) literatuur en RCTs. Hierbij geven zij aan dat ze iteratief kijken waarbij RCTs de voorkeur hebben (sterkste bewijslast), maar dat ook naar non-randomised studies kan worden

²⁶ [Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023](#) en www.nice.org.uk/process/pmg37 en Gezondheidsraad (2011) Leidraad voor identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen

gekeken als een RCT niet mogelijk is. Daarnaast nemen zij ook expliciet andere type studies en bronnen op waaronder kwalitatief onderzoek waardes, preferenties en equity implicaties op te halen. Dit kan via onder meer het meten van patiëntervaringen, Kwaliteit van Leven metingen en subgroepanalyses. Bij de subgroepanalyses is het belangrijk om na te gaan of er inclusief onderzoek is gedaan en of de factoren die van invloed zijn op ongewilde gezondheidsverschillen meegenomen zijn in de gepubliceerde onderzoeken.

Het Zorginstituut en NICE geven aan dat ook meningen van experts en patiënten, zowel gestructureerd als ongestructureerd betrokken kunnen worden. De verschillende databronnen vullen elkaar aan. Daarbij geven ze aan dat het belangrijk is kritisch te kijken naar de waarde van elke bron om expliciet te bepalen hoe de bron meegenomen kan worden. Ook binnen het sociaal domein in Nederland wordt gekeken naar de effectiviteit van studies en wordt gekeken wat de waarde is van verschillende bronnen.²⁷ Hiervoor kan bijvoorbeeld het GRADE EtD framework²⁸ worden gebruikt.

Richting een afwegingskader: zorg dat de juiste kennis en expertise betrokken wordt om vanuit een breed perspectief afwegingen te kunnen maken

De afwegingen die de Gezondheidsraad kan maken om ervoor te zorgen dat de juiste kennis en expertise wordt betrokken staan samengevat in de Equity Checklist die Equalis en Pharos voor het Zorginstituut hebben ontwikkeld²⁹. Hieronder vatten we de belangrijkste afwegingen samen:

- \\ Zorg dat aan de start in beeld is welke (multidisciplinaire) stakeholders er betrokken moeten hebben om inzicht te krijgen in de groepen die de nadelen van gezondheidsverschillen ervaren en de mogelijke impact die het advies kan hebben op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg voor verschillende groepen.
- \\ Betrek een multidisciplinair team van experts (denk aan een combinatie van werkgebieden zoals: ethiek, filosofie, sociologie, antropologie, gezondheidseconomie, gedragskunde, financiën, recht en epidemiologie).
- \\ Zorg bij Health Impact Analyses (HIA) dat gekeken wordt naar de impact bij verschillende groepen: health Equity Impact Analyses (HEIA).
- \\ Zorg dat er voldoende ruimte is om input mee te nemen vanuit ervaringsdeskundigen uit relevante doelgroepen.
- \\ Breng de gebruikte bronnen in kaart en beoordeel de kwaliteit van de bronnen. Zorg dat naast RCTs ook gekeken is naar andere type studies waaronder kwalitatieve input over 'waarden', 'preferenties', 'acceptatie', 'gelijke kansen' en 'passende zorg' en studies die gebruik maken van observationele en real-world data.
- \\ Breng de inclusiviteit van de gebruikte bronnen in kaart (m.a.w. hebben zij gekeken naar de input van en het effect op relevante doelgroepen). Als inclusieve data ontbreken, beschrijf dit in het advies, en overweeg het opnemen van een onderzoeksaanbeveling.

²⁷ Zie o.a. Yperen, T. van, Veerman, J.W., & Bijl, B. (2017) Zicht op Effectiviteit Yperen en de notitie Erkenning van interventies – criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2019 -2022 van [het RIVM en partners](#).

²⁸ GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction (bmj.com)

²⁹ [PHAROS-Checklist-voor-het-Zorginstituut-Nederland.pdf](#)

- ┆ Zorg dat de input vanuit verschillende stakeholders gedurende het proces wordt meegenomen en, idealiter, niet alleen aan de start. Betrek hierbij ook meningen van experts en patiënten die zowel gestructureerd als ongestructureerd verzameld kunnen worden.
- ┆ Bepaal per bron op welke wijze deze kan worden meegenomen (meenemen, meewegen, meegeven). Het kan ook gaan om uitwisselen van kennis en ervaring in een dialoog



2.4 Rechtvaardige afwegingen

De Gezondheidsraad beoordeelt in zijn advies de stand van de wetenschap. Hierbij gaat het, naast het beoordelen van de (verschillen in) effectiviteit, ook om de invloed van het advies op ongewilde gezondheidsverschillen. Het is belangrijk om expliciet een afweging te maken om al dan niet rekening te houden met bepaalde geïdentificeerde (groepen) mensen die de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren door middel van generieke of specifieke beleidsmaatregelen.

Ten eerste, moet bij de beoordeling van de stand van de wetenschap gekeken worden naar of er relevante (groepen) mensen zijn die de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren bij het betreffende vraagstuk. Met andere woorden welke persoonsgebonden, leefstijlgebonden en omgevingsgebonden factoren en achterliggende mechanismen (zie tabel 1) beïnvloeden het risico op gezondheidsschade of ziekte en leiden deze tot verschillen in gezondheid (al dan niet via toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg). De identificatie gebeurt op basis van de beschikbare kennis door (wetenschappelijk) experts in samenwerking met ervaringsdeskundigen. Afwegingen die hierbij gemaakt kunnen worden³⁰:

- ┆ Zijn er groepen of situaties die mogelijk benadeeld worden door de interventie die wordt voorgesteld?³¹
- ┆ Zijn er redenen om aan te nemen dat er verwachte verschillen zijn in de effectiviteit van de interventie voor verschillende groepen?²⁷
 - Breng gegevens in kaart over verschillen in effectiviteit bij verschillende groepen bij een interventie of gezondheidsbeleid.
- ┆ Zijn er andere startcondities tussen groepen die de effectiviteit van de interventie beïnvloeden?
- ┆ Verwachten we dat bij de implementatie van de interventie maatregelen nodig zijn om ervoor te zorgen dat de interventie in gelijke mate beschikbaar is voor verschillende subgroepen? (en er zo voor te zorgen dat er geen ongelijkheid ontstaat).
 - Maak hiervoor inzichtelijk hoe beleid, adviezen en interventies worden geïmplementeerd, en of daarbij rekening wordt gehouden met verschillende groepen in de samenleving.

Ten tweede, moet worden bepaald of er al dan niet rekening moet worden gehouden met de geïdentificeerde (groepen) mensen die de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren in het

³⁰ Gebaseerd op het GRADE EtD framework ([GRADE Evidence to Decision \(EtD\) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction \(bmj.com\)](https://www.bmj.com/grade-etd-framework))





³¹ Hierbij gaat het dus om persoonskenmerken, leefstijlgebonden factoren en omgevingsfactoren én de achterliggende mechanismen die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van gezondheidsverschillen zoals beschreven bij stap 2. (zie bijvoorbeeld ook de NICE (2022) Health Technology Evaluations: the manual, process and methods. Hoofdstuk 4.9.3

advies. Hiervoor is het nodig om de verwachte gevolgen van het advies in kaart te brengen voor deze groepen en de samenleving als geheel³². Maatschappelijke argumenten over onder andere gelijkheid, haalbaarheid, aanvaardbaarheid en economische overwegingen/kosteneffectiviteit zijn daarbij belangrijk om mee te nemen om te komen tot een (rechtvaardig) advies.

Het rekening houden met (groepen) mensen die de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren kan noodzakelijk zijn om ongewilde gezondheidsverschillen terug te dringen of om mensen te beschermen tegen risico's die door derden worden veroorzaakt, geeft de Gezondheidsraad aan in zijn advies uit 2011. De overheid staat, bij risico- en gezondheidsvraagstukken, voor de vraag in hoeverre ze adviezen en beleid af moet stemmen op de geïdentificeerde groepen. In zijn advies uit 2011 heeft de Gezondheidsraad hierover opgenomen dat de overheid daarbij enkel algemene uitgangspunten een rol kan laten spelen, namelijk het beschermen van de volksgezondheid én een rechtvaardige verdeling van gezondheid. Een doelgroepen benadering kan zowel doelmatig zijn als gemotiveerd worden vanuit rechtvaardigheid.

Richting een afwegingskader: maak ruimte voor rechtvaardige afwegingen

De Gezondheidsraad kan een aantal overwegingen meenemen in zijn advies:


- 
 Identificeer, op basis van de ingebrachte kennis en expertise, welke groepen meer risico lopen dan gemiddeld en mogelijk de nadelige effecten van gezondheidsverschillen ervaren.
- 
 Breng in kaart of er redenen zijn om aan te nemen dat er verwachte verschillen zijn in de effectiviteit van de interventie voor hoogrisicogroepen en welke verschillen dit zijn.
- 
 Ga na of bij de implementatie van de interventie maatregelen nodig zijn om ervoor te zorgen dat de interventie in gelijke mate toegankelijk is voor verschillende subgroepen (en er zo voor te zorgen dat er geen ongelijkheid ontstaat) en beschrijf deze.
- 
 Neem de opgedane kennis expliciet mee in het advies en de besluitvorming en pas differentiatie (bv. op het gebied van financiële toegankelijkheid, fysieke toegankelijkheid, informatieverstrekking) toe in de advisering waar mogelijk om ongewilde gezondheidsverschillen te voorkomen.



2.5 Borging van het advies

Door rekening te houden met factoren en mechanismen die bijdragen aan het vergroten/verkleinen van gezondheidsverschillen en door het maken van rechtvaardige afwegingen in het advies kan de Gezondheidsraad in zijn advisering bijdragen aan het verminderen van ongewilde gezondheidsverschillen. Het is belangrijk om in het advies ook oog te hebben voor het monitoren en evalueren van de impact van het advies. Hierbij ligt de verantwoordelijkheid niet primair bij de Gezondheidsraad, maar kan zij in zijn advies wel adviseren om hiernaar te kijken. Met name als de effectiviteit van de interventie verschilt tussen groepen. Ook kan de gezondheidsraad de monitoring en evaluatie opnemen in zijn eigen agenda.

Afwegingskader: oog voor monitoring en evaluatie

- 
 Adviseer om, als specifieke of generieke maatregelen nodig zijn voor specifieke hoogrisicogroepen, het effect van de interventie in de praktijk te monitoren.

³² Zie ook het Advies van de Gezondheidsraad uit 2011 rondom de identificatie van hoogrisicogroepen

- \\ Stimuleer partijen om inclusief onderzoek te doen waarbij data verzameld wordt over de relevante hoogerisicogroepen.
- \\ Evalueer in hoeverre het advies heeft bijgedragen aan het ontstaan (dan wel verkleinen) van gezondheidsverschillen
- \\ Ga na via welke andere wegen de Gezondheidsraad de aandacht voor ongewilde gezondheidsverschillen onder de aandacht kan brengen bij externe partijen, zoals andere departementen, adviesraden, onderzoeksinstellingen of financiers van onderzoek
- \\ Evalueer het eigen interne adviesproces