

Juli 2024

research

Observatoire social européen

paper

Gezondheids(zorg)- doelstellingen

Welke lessen kan België
leren van andere
landen?



Samenvatting

Jessica Martini (OSE) & Alban Davesne
(OsloMet University)

www.ose.be

Rue du Luxembourg 3 | 1000 Bruxelles | tél : 32 (0)2 537 19 71 | e-mail : info@ose.be

Gezondheids(zorg)doelstellingen

Welke lessen kan België leren van andere landen?

Samenvatting

Jessica Martini (OSE) & **Alban Davesne** (OsloMet University)

Dit document is een samenvatting van de volgende publicatie:

Martini J. & Davesne A. (2024), Health and health care targets. What lessons can Belgium learn from other countries? OSE Paper Series, Research Paper No. 65, Brussels: European Social Observatory.

Studie in opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)



RIZIV

The 'OSE Paper Series' takes the form of three different publications available in English or French. The 'Research Papers' are intended to disseminate results of research by the OSE, associated researchers or colleagues from the OSE network. The 'Briefing Papers' contain readily accessible and regular information on a variety of topics. The 'Opinion Papers' consist of concise policy-oriented opinions.

ISSN 1994-2893

Samenvatting

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Belgisch Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) met een tweeledig doel: ten eerste, om te begrijpen hoe andere Europese landen hun gezondheids(zorg)doelstellingen bepalen, monitoren en onderling verbinden, met bijzondere aandacht voor de bestuursprocessen en de samenwerking tussen verschillende actoren en bestuursniveaus; en ten tweede, om conclusies te trekken die relevant zijn voor België over hoe we onze gezondheids(zorg)doelstellingen beter kunnen bepalen en monitoren, op basis van lessen uit internationale ervaringen. Er dient te worden opgemerkt dat de term "doelstelling" hier wordt gebruikt om in het algemeen een verbintenis aan te geven om binnen een welbepaalde periode specifieke resultaten te boeken, met betrekking tot de gezondheidstoestand van de bevolking, een gezondheidsdeterminant of gezondheidszorgdiensten. Dit rapport telt zes hoofdstukken.

In het eerste, inleidende hoofdstuk wordt de beleidscontext beschreven waarbinnen het onderzoek tot stand is gekomen, wordt herinnerd aan de gekozen onderzoeksvragen en wordt de gebruikte methodologie voorgesteld. De beleidscontext is de volgende: in 2021 startten de Belgische gezondheidsautoriteiten een denkoefening met als doel nationale gezondheids(zorg)doelstellingen in te zetten als instrument om het gezondheidsbeleid te sturen en een meerjarig begrotingstraject voor de gezondheidszorg vast te leggen. De zes onderzoeksvragen hebben betrekking op de volgende aspecten: i) hoe bepalen andere landen hun gezondheids(zorg)doelstellingen?; ii) hoe monitoren zij hun gezondheids(zorg)doelstellingen?; iii) hoe worden de gezondheidszorgdoelstellingen ingebed binnen de gezondheidsdoelstellingen?; iv) in welke mate en hoe houden de gezondheids(zorg)doelstellingen verband met het begrotingsproces?; v) welke zijn de belangrijkste sterke en zwakke punten van die strategieën?; en vi) welke lessen kunnen we trekken voor België? Wat de methodologie betreft, werd er een kwalitatieve vergelijkende casestudie uitgevoerd, vooral op basis van literatuuronderzoek. Twee belangrijke literatuurgebieden werden onderzocht tussen mei 2022 en maart 2023. Eerst verzamelden we wetenschappelijke en grijze literatuur met als algemeen onderwerp het bepalen van gezondheidsdoelstellingen. Het doel was om te begrijpen hoe de kwestie in de literatuur wordt behandeld en welke lessen we kunnen trekken uit internationale ervaringen in het algemeen. De onderzochte originele artikels en boeken betreffen de ervaringen van landen bij het bepalen, uitvoeren en monitoren van gezondheids(zorg)doelstellingen; alleen documenten met betrekking tot landen met een hoog inkomen en met doelstellingen op macro-/nationaal niveau, werden weerhouden. Vervolgens werden afzonderlijke reviews uitgevoerd specifiek voor drie casestudies: Oostenrijk, Duitsland en Zweden. Alle drie landen hebben al tien jaar of langer ervaring met

het bepalen van gezondheidsdoelstellingen en bieden aldus substantiële inzichten in de uitvoering, follow-up en evaluatie ervan. Even belangrijk bij de selectie van deze cases is het feit dat in deze landen, net als in België, de bevoegdheden op het gebied van gezondheid verdeeld zijn over verschillende bestuursniveaus; deze landen stonden dus voor de uitdaging om een brug te slaan tussen nationale doelstellingen en versnipperde besluitvormings- en/of uitvoeringsprocessen. In dit verband verzamelden we officiële documenten op de websites met betrekking tot de programma's inzake gezondheidsdoelstellingen en/of de relevante nationale gezondheidsautoriteiten. Indien beschikbaar, namen we ook wetenschappelijke artikels op om de analyse te vervolledigen. We voerden een thematische analyse uit om de volgende aspecten te onderzoeken: achtergrond en beweegredenen achter de bepaling van gezondheidsdoelstellingen; algemeen bestuur van de programma's inzake gezondheidsdoelstellingen; specifieke bestreken gebieden; selectieproces; formuleringsproces; uitvoering en financiering; monitoring en evaluatie; communicatiestrategieën; sterke en zwakke punten.

Het tweede hoofdstuk biedt een beknopte stand van zaken door te laten zien hoe de literatuur en belangrijke internationale documenten de kwestie van het bepalen van gezondheidsdoelstellingen op nationaal niveau hebben behandeld.

Het overgrote deel van de literatuur werd gepubliceerd tussen de jaren 1990 en het begin van de jaren 2000, toen verschillende programma's inzake gezondheidsdoelstellingen het licht zagen als gevolg van een nieuwe benadering in het overheidsmanagement en van een reeks WHO-strategieën waarbij men gezondheidsdoelstellingen bepaalde op internationaal of Europees niveau als onderdeel van de *Health for All*-strategie en andere initiatieven voor gezondheidsbevordering. Ondanks de specifieke nationale kenmerken komen er gemeenschappelijke patronen naar voren en kunnen er conclusies worden getrokken met betrekking tot de inhoud en het proces. Inhoudelijk zijn volksgezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen nooit strikt van elkaar gescheiden; ze zijn onderling verbonden en ingebed in een totaalbenadering. De manier waarop men doelstellingen formuleert, kan variëren afhankelijk van de verkozen benadering; meestal wordt een mix van verschillende soorten doelstellingen gebruikt. In de literatuur maakt men met name een onderscheid tussen ambitieuze, bestuurlijke en technische doelstellingen; tussen resultaatgerichte, procesgerichte en structuurgerichte doelstellingen; en tussen kwantitatieve en kwalitatieve doelstellingen. Wat het proces betreft, wordt benadrukt dat de meest succesvolle programma's die zijn waarbij alle belanghebbenden betrokken zijn en die kunnen bogen op een brede maatschappelijke en politieke consensus. Om deze consensus te bereiken, is echter een langetermijnproces nodig, met systematisch overleg en brede onderhandelingen. Hoewel dit essentieel is voor de uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen, ontbreekt het over het algemeen aan adequate financiering en

monitoring- en evaluatiesystemen. Tot slot dienen de nationale doelstellingen in verschillende gedecentraliseerde gezondheidssystemen vaak als gemeenschappelijke actiekaders en als richtlijnen voor de ontwikkeling van gezondheidsdoelstellingen op nationaal/regionaal niveau.

In het derde hoofdstuk verschuift de aandacht naar de casestudies per land; we beschrijven hoe het *Duitse netwerk voor gezondheidsdoelstellingen* ⁽¹⁾ tot stand kwam. Dit is een van de verscheidene initiatieven die in Duitsland werden ontwikkeld om een consensus te bereiken en om de acties te coördineren van belanghebbenden die betrokken zijn bij het pluralistische, sterk versnipperde gezondheidssysteem. Het netwerk werd in 2000 als proefproject gelanceerd door het Duitse federale ministerie van volkgezondheid. Sinds 2007 is het een permanent coördinatie-netwerk geworden met de status van sponsorinitiatief dat financiële steun ontvangt van sommige overheidsinstanties, zorgverzekeraars en organisaties van zorgverleners. Het brengt ongeveer 140 organisaties samen, waaronder vertegenwoordigers van de federale overheid, deelstaten en gemeenten, evenals wettelijke en particuliere ziekteverzekeringen, beroepsverenigingen, patiëntenvertegenwoordigers, vakbonden, wetenschappelijke instellingen en farmaceutische bedrijven. De coördinatie is in handen van een non-profitorganisatie, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (vereniging voor onderzoek en beleid inzake sociale zekerheid - GVG e.V.). Al met al zijn er tot nu toe tien nationale gezondheidsdoelstellingen ontwikkeld. Die richten zich inhoudelijk ofwel op een specifieke aandoening, ofwel op een onderwerp dat te maken heeft met gezondheidsbevordering of gezondheidszorg ⁽²⁾. Voor ieder onderwerp hanteert men echter een alomvattende benadering die in principe alle gebieden omvat die de volksgezondheid en de gezondheidszorg beïnvloeden: van preventie, behandeling, revalidatie en zorg tot volksgezondheid. Er is geen specifieke tijdshorizon vastgesteld; in plaats daarvan worden de meeste doelstellingen in kwalitatieve termen geformuleerd, als een beschrijving van de specifieke gewenste evolutie. Wat het proces betreft, werd elke doelstelling afzonderlijk ontwikkeld: sommige werden pas onlangs gepubliceerd; andere werden in de loop der tijd bijgewerkt. Het selectie- en formuleringsproces omvatte werkgroepen bestaande uit alle relevante belanghebbenden en experts, volgens een systematische methodologie gebaseerd op een reeks criteria en specifieke vereisten. Het hele proces berust weliswaar op een evidence-based benadering, maar consensus speelt uiteindelijk een doorslaggevende rol, met een pragmatische besluitvorming op basis van de bereidheid van belanghebbenden om

1. *Forum Gesundheitsziele Deutschland.*

2. De tien onderwerpen zijn: diabetes type 2, borstkanker, vermindering van tabaksgebruik, gezond opgroeien, gezondheidsgeletterdheid en soevereiniteit van de patiënt, depressieve stoornissen, gezond ouder worden, vermindering van alcoholgebruik, gezondheid rond de geboorte en patiëntveiligheid.

verbintenissen aan te gaan rond een bepaald onderwerp en/of met het oog op specifieke doelstellingen. De nationale gezondheidsdoelstellingen zijn op zich niet bindend, aangezien de uitvoering ervan vrijwillig is. In 2015 werden de meeste doelstellingen echter opgenomen in Boek V van het Sociaal Wetboek, wat betekent dat de ziekenfondsen er rekening mee moeten houden bij activiteiten die verband houden met preventie en gezondheidsbevordering. In alle door het netwerk gepubliceerde documenten wordt benadrukt dat monitoring en evaluatie van groot belang zijn, maar dit blijft ad hoc en gericht op acties die worden ondernomen door belanghebbenden die bij het netwerk betrokken zijn. Door voorrang te geven aan sectorgebonden participatie en consensusvorming boven het vastleggen van een nationale strategische visie, weerspiegelt het netwerk een gebrek aan federaal politiek leiderschap, maar biedt het een methodologisch goed voorbeeld van hoe gezondheidsdoelstellingen langzaam hun weg zouden kunnen vinden naar nationale wetgeving.

In het vierde hoofdstuk bespreken we het geval van Zweden, met een analyse van het nationale volksgezondheidsbeleid van 2018, "Towards a good and equitable health". Dit beleid gaf structuur aan een nieuwe gezondheidsstrategie rond één overkoepelend doel en acht richtpuntgebieden die brede gezondheidsdeterminanten bestrijken ⁽³⁾. In opdracht van de regering legde het Zweedse agentschap voor volksgezondheid ook indicatoren vast voor het monitoren van de gezondheidstoestand en de maatschappelijke gezondheidsdeterminanten. Het beleid zelf is niet nieuw. Zweden is, samen met andere Scandinavische landen, halverwege de jaren negentig begonnen met het werken met gezondheidsdoelstellingen en is deze sindsdien blijven bijstellen. Die lange geschiedenis leent zich voor een longitudinaal onderzoek van de evolutie van het programma. Een belangrijke bevinding in dit verband is dat het bepalen van doelstellingen en indicatoren een belangrijk onderdeel is geworden van de regeringsinspanningen ter bevordering van een overkoepelende agenda voor een "eerlijke gezondheidszorg". De Zweedse regering heeft altijd een proactieve rol gespeeld bij het uitzetten van de krijtlijnen van het nationale volksgezondheidsbeleid, zonder in details te treden over hoe de verschillende overheidsinstanties, lokale autoriteiten en belanghebbenden dat beleid moeten/kunnen uitvoeren en hoe het wordt gefinancierd. De wetgeving is in de eerste plaats bedoeld als routekaart voor een nationaal gezondheidsbeleid. Een tweede en daarmee samenhangende bevinding is dat het toevertrouwen van de coördinatie en monitoring van de strategie aan het agentschap voor volksgezondheid heeft bijgedragen aan de continuïteit en consistentie ervan in de loop der jaren en de status van gezondheidsactoren binnen nationale en lokale

3. Het overkoepelende doel is om ongelijkheden op het vlak van gezondheid binnen een generatie te elimineren. De acht richtpuntgebieden zijn: vroege kindertijd, opvoeding, werk, inkomen, huisvesting, gezondheidsgedrag, participatie en gezondheidszorg.

overheden heeft verhoogd (wat heeft bijgedragen aan een institutionalisering van de volksgezondheid). Het ontwikkelen van een landelijk uitvoeringsproces op basis van indicatoren dat overeenkomt met het ambitieuze doel dat door de overheid is gesteld, is echter een uitdagende taak geweest voor het agentschap voor volksgezondheid. Zwak politiek bestuur, onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en onvoldoende afstemming met andere overheidsinstanties en lokale overheden bleken terugkerende problemen binnen een uiterst versnipperd en gedecentraliseerd bestuurlijk systeem. De beperkte invloed van het beleid op de sector van de gezondheidszorg illustreert de beperkingen van de intersectorale ambities van de overheid. Bovendien heeft het ontbreken van een duidelijke reeks beleidsdoelstellingen en subdoelstellingen ook de toepassing van de follow-upstructuur belemmerd. Recente beleidsdocumenten wijzen echter op hernieuwde inspanningen om die leemte in de uitvoering weg te werken, waarbij men voortbouwt op de lessen uit het verleden; dit toont het belang aan van een engagement op lange termijn voor het beleid.

In het vijfde hoofdstuk worden de *Oostenrijkse gezondheidsdoelstellingen* ⁽⁴⁾ toegelicht. Die werden in 2012 gelanceerd als een reeks van tien nationale gezondheidsdoelstellingen die het resultaat waren van een breed participatief selectieproces. Hun inhoud weerspiegelt een alomvattende "*Health in all policies*"-benadering, gericht op maatschappelijke gezondheidsdeterminanten: terwijl één doelstelling specifiek gericht is op het waarborgen van duurzame, efficiënte en kwaliteitsvolle gezondheidszorgdiensten, richten alle andere doelstellingen zich op factoren die de volksgezondheid kunnen beïnvloeden ⁽⁵⁾. In 2012 werd alleen de algemene beschrijving van de gewenste evolutie voor elk doelgebied gelanceerd. De specifieke inhoud van elke doelstelling, namelijk de subdoelstellingen en bijbehorende acties en maatregelen, werd in een tweede fase geformuleerd door afzonderlijke werkgroepen waarbij alle relevante belanghebbenden betrokken waren: overheidsinstanties op federaal, deelstaat- en gemeentelijk niveau, socialeverzekeringsfondsen, sociale partners, gezondheidszorgbeoefenaars, instellingen voor gezondheidszorg en sociale zorg, patiëntenorganisaties en academische deskundigen. De werkgroepen werkten opeenvolgend en stapsgewijs, om participatie te bevorderen en overbelasting te voorkomen. Opvallend is dat de enige doelstelling waarvoor nog geen strategie is ontwikkeld, de gezondheidszorgdoelstelling is. Dit is deels te wijten aan het feit dat een ander parallel initiatief een doelgericht overheidsmechanisme voor gezondheidszorg heeft opgezet. Hoewel deze participatieve en stapsgewijze benadering lijkt op de Duitse

4. *Gesundheitsziele Österreich.*

5 Men richt zich op de volgende tien gebieden: woon- en werkomstandigheden, gelijkheid in gezondheid, gezondheidsgeletterdheid, natuurlijke hulpbronnen, sociale cohesie, gezond opgroeien, gezonde en duurzame voeding, lichaamsbeweging, psychosociale gezondheid, gezondheidszorgdiensten.

benadering, speelt de Oostenrijkse federale regering een sleutelrol, net zoals in Zweden. Het voormalige federale ministerie van volksgezondheid lanceerde het initiatief en blijft dat aansturen met de steun van het Oostenrijkse nationale instituut voor volksgezondheid; de doelstellingen werden goedgekeurd door de Oostenrijkse ministerraad, zodat andere ministeries aan de werkgroepen kunnen deelnemen, zoals het ministerie bevoegd voor sport of voor milieu. De doelstellingen zijn bedoeld als een algemeen richtinggevend kader voor het volksgezondheidsbeleid en de hervormingen in Oostenrijk tot 2032 en hebben al als inspiratie gediend voor de ontwikkeling van gezondheidsdoelstellingen in verschillende deelstaten ⁽⁶⁾. De uitvoering vindt echter plaats op vrijwillige basis en er is geen financiering specifiek aan het initiatief toegewezen. Ondanks die tekortkomingen is er gezocht naar koppelingen met bestaande programma's en wordt er voor de meeste doelstellingen regelmatig een monitoring- en evaluatieproces georganiseerd. Als gevolg daarvan liet Oostenrijk voor de meeste geplande acties een goed uitvoeringspercentage optekenen. In het algemeen leunt het Oostenrijkse programma dichter aan bij de Zweedse strategie dan bij het Duitse netwerk wat betreft reikwijdte en leiderschap, maar het is er toch in geslaagd om de participatieve benadering van Duitsland deels te integreren.

Het laatste hoofdstuk besluit met een samenvatting van de belangrijkste lessen die we kunnen trekken uit de internationale ervaring en met een voorstel van beleidsaanbevelingen voor België. Los van de aanzienlijke institutionele verschillen tussen het Zweedse nationale gezondheidsstelsel enerzijds en de sociale gezondheidsverzekeringssystemen van Oostenrijk en Duitsland anderzijds, blijkt uit ons onderzoek dat de manier waarop de programma's inzake gezondheidsdoelstellingen worden bepaald, deze verschillen in feite overstijgt: terwijl de Duitse participatieve, op consensus gebaseerde benadering het tegenovergestelde lijkt van het meer gecentraliseerde Zweedse beleid, is het Oostenrijkse programma er kennelijk in geslaagd om een mix van kenmerken van beide processen op te nemen. Meer in het bijzonder laten de bevindingen zien dat elk land, bij het ontwikkelen van zijn gezondheidsdoelstellingen, kiest voor bepaalde benaderingen en tijdens dat keuzeprocess volgende aspecten wikt en weegt: aandacht voor agendabepaling en kadering versus monitoring en evaluatie; bottom-up- versus top-downprocessen; technische versus politieke basis; sectorale versus transversale benadering; kwalitatieve versus kwantitatieve benadering. Ze geven een illustratie van mogelijke processen en maken het mogelijk om de lessen uit de literatuur over het bepalen van doelstellingen in andere landen nader te onderzoeken. Zes belangrijke specifieke conclusies springen naar voren.

6. De volgende deelstaten hebben al eigen gezondheidsdoelstellingen ontwikkeld en gepubliceerd: Karinthië, Neder-Oostenrijk, Opper-Oostenrijk, Salzburg, Stiermarken, Tirol en Wenen.

1. *Onze bevindingen wijzen op het belang van het opzetten van een algemene bestuursstructuur die open participatie en duidelijk rentmeesterschap combineert.* Er moet een evenwicht zijn in het soort belanghebbenden dat betrokken is en in de instrumenten die gebruikt worden om participatie te ondersteunen, terwijl de overkoepelende consistentie van het beleidskader gewaarborgd moet zijn. In dat opzicht lijkt Oostenrijk zich ergens in het midden te bevinden, tussen het voornamelijk bottom-up-netwerk dat in Duitsland is ontwikkeld en het meer top-down-beleid van Zweden.
2. *Om doelstellingen te selecteren, moet men uitgaan van zowel evidence als breed overleg.* Voorafgaande diepte-analyses zijn belangrijk voor een goed begrip van de huidige gezondheidssituatie en de prioriteiten. In de praktijk is de daadwerkelijke selectie van doelstellingen echter meestal ook gebaseerd op beleidsoverwegingen, waaronder bijvoorbeeld de haalbaarheid en meetbaarheid van een bepaalde prioriteit. Bovendien verduidelijkt men de koppelingen tussen gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen slechts ten dele, ofschoon beide gebieden zijn opgenomen. In dat verband vormen Oostenrijk en Zweden interessante voorbeelden van gezondheidszorgdoelstellingen die zijn ingebed in een algemeen kader dat is gebaseerd op een "Health in all policies"-benadering. Ze benadrukken ook het risico dat de gezondheidszorgdoelstelling marginaal blijft en verder wordt ontwikkeld in parallelle strategieën.
3. *Tijdens het proces betreffende het bepalen van doelstellingen blijkt de formuleringsfase een scharniermoment te zijn.* Op dat ogenblik wordt de inhoud van de doelstelling verduidelijkt door subdoelstellingen, indicatoren en concrete acties te ontwikkelen. Hoe dit gebeurt, verschilt van land tot land, maar in het algemeen zien we dat de gebruikte processen een participatieve, systematische en iteratieve benadering hanteren. In Oostenrijk en Duitsland begeleidt men die werkzaamheden aan de hand van templates en specifieke criteria of principes. Zo wil men het proces transparanter maken en de manier waarop de verschillende doelstellingen worden ontwikkeld, standaardiseren. In Zweden wordt bijzondere aandacht besteed aan het trekken van lessen uit eerdere ervaringen. In ieder geval moeten er in deze fase duidelijke beslissingen worden genomen, zodat er geen dubbelzinnigheid ontstaat, zelfs niet bij systemen die meer flexibiliteit bieden bij de uitvoering.
4. *Elke vrijwillige uitvoering heeft nood aan langetermijnsteun via een ondersteuningsstructuur, duidelijke stimulansen en een verantwoordingskader.* Een vrijwillige benadering kan gerechtvaardigd zijn als de doelstellingen in de eerste plaats bedoeld zijn om het debat over gezondheidsprioriteiten te stimuleren. Om betrokkenheid op lange termijn te garanderen, moet men evenwel rekening houden

met een reeks aspecten. De voordelen die belanghebbenden aan een dergelijke strategie kunnen ontlenen, moeten voor iedereen duidelijk zijn; de verantwoordelijkheden van de verschillende belanghebbenden en autoriteiten moeten ook duidelijk worden afgebakend; en er moeten middelen beschikbaar worden gesteld, waaronder management- en administratieve vaardigheden, adequate informatie en financiële middelen. Dit laatste aspect lijkt bij alle onderzochte doelgerichte initiatieven het zwakste punt te zijn.

5. *Het monitoring- en evaluatieproces wordt vaak beschouwd als een leerproces waaraan vanaf het prille begin aandacht wordt besteed.* In alle drie de landen worden de situatieanalyses die worden uitgevoerd om prioriteiten te bepalen, ook gebruikt om aan te geven welke gegevens nodig zijn, waar informatielacunes bestaan, en hoe het informatiesysteem kan worden verbeterd om de voortgang met betrekking tot de gestelde prioriteiten te meten. Interessant genoeg blijkt uit onze bevindingen echter ook dat er specifieke middelen nodig zijn om ervoor te zorgen dat er effectief evaluaties plaatsvinden. Een vaak voorkomende manier om het gebrek aan middelen te compenseren, is te vertrouwen op bestaande gegevens en structuren. Bovendien dient de nadruk te liggen op zowel resultaten als processen.
6. *Tot slot is het belangrijk om creatieve communicatiestrategieën te ontwikkelen.* In alle drie de onderzochte landen wordt een verscheidenheid aan media gebruikt om te communiceren over de gezondheids(zorg)doelstellingen, van wetenschappelijke en administratieve rapporten tot specifieke websites en gebruiksvriendelijke materialen, waaronder factsheets en korte video's. Van deze strategieën wordt verwacht dat ze zowel de externe zichtbaarheid van de doelstellingen bij het bredere publiek als de interne reflectie en coördinatie tussen de belanghebbenden die directer betrokken zijn bij het bepalen van de doelstellingen, bevorderen.