

De totstandkoming van beleid in een regionale setting

Auteur: Leontine Peerboom
286966
Agnes Bartoutslaan 2
3342 GE H.I.Ambacht
078-6818501

Datum: 10-08-2007

Begeleider: Yvonne Jansen

Meelezer: Marleen Bekker

De totstandkoming van beleid in een regionale setting

Auteur: Leontine Peerboom
286966
Agnes Bartoutslaan 2
3342 GE H.I.Ambacht
078-6818501

Datum: 10-08-2007

Begeleider: Yvonne Jansen

Meelezer: Marleen Bekker

Voorwoord

Voor u ligt een onderzoek naar de totstandkoming van beleid bij de regionale voorbereidingen op de griepandemie. Er is al veel literatuur over beleidsvorming geschreven, maar toch blijkt dat de juistheid van die literatuur zeer afhankelijk is van het kader waarbinnen beleid wordt gemaakt. Het is interessant om te zien dat beleidsvorming niet als eenduidig begrip kan worden gezien, maar dat het op vele manieren ingevuld kan worden. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen het kader van de bachelorafstudeerscriptie voor de studie Beleid en management van de gezondheidszorg. Er zijn een aantal mensen die ik wil bedanken voor hun begeleidingsinzet tijdens het project.

Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider, Yvonne Jansen, bedanken voor haar inspirerende begeleiding tijdens het hele proces. Zij heeft altijd zeer adequaat op mijn problemen gereageerd en mij soms dat duwtje in de rug gegeven als ik dat nodig had. Door haar enthousiasme en goede inzicht is deze scriptie geworden tot wat hij is. Vervolgens wil ik mijn meezeer, Marleen Bekker, bedanken voor de bereidheid die zij getoond heeft door in een zeer laat stadium toch nog in dit project te willen stappen. Door enige vertraging in het project, was de planning die van te voren was opgesteld, niet meer haalbaar. Als gevolg hiervan was ik genoodzaakt om een andere meezeer te zoeken. Ik ben haar daarom dankbaar dat zij op korte termijn heeft besloten om voor mij tijd vrij te maken, waardoor ik de mogelijkheid heb gekregen om mij scriptie af te ronden.

Ten slotte wil ik alle mensen bedanken die hulp hebben geboden bij het onderzoek en bij het geven van informatie voor het schrijven van het theoretisch kader. Ik wil vooral dhr. Vulpen, mw. Roosjen, dhr. Jacobi, mw. Visser en dhr. Meijer hartelijk bedanken voor de tijd die zij genomen hebben om een interview met mij aan te gaan en de uitgebreide informatie die ik van hen gekregen heb. Daarnaast wil ik ook alle docenten, verbonden aan de opleiding BMG, bedanken voor hun enthousiaste reacties op mijn vraag naar bruikbare literatuur. Dit waren dhr. K. Grit, dhr. K. Putters, mw. I. Fabbicotti, mw. M. Niezen, mw. A. de Bont en mw. M. Bekker. Door de tips die ik van hen gekregen heb, ben ik in de zoektocht naar literatuur op de juiste weg geholpen.

Mede dankzij de hulp en ondersteuning van alle eerder genoemde docenten en medewerkers van regionale zorgorganisaties heeft deze scriptie kunnen worden wat hij nu is.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	5
SUMMARY	7
INLEIDING.....	8
<i>Casus</i>	<i>8</i>
METHODOLOGIE	11
<i>Betrouwbaarheid en validiteit.....</i>	<i>13</i>
THEORETISCH KADER	15
<i>Aviaire influenza: een pandemie in aantocht</i>	<i>15</i>
<i>Beleidsvorming en zijn deelaspecten.....</i>	<i>17</i>
<i>De beleidsperspectieven</i>	<i>20</i>
<i>De betrokken organisaties.....</i>	<i>22</i>
<i>De beleidsinstrumenten</i>	<i>24</i>
<i>De landelijke draaiboeken</i>	<i>27</i>
RESULTATEN.....	31
<i>Participatie.....</i>	<i>31</i>
<i>De beleidsinstrumenten</i>	<i>34</i>
<i>Positieve en negatieve ervaringen in beleidsvorming</i>	<i>37</i>
<i>Kenmerken van beleidsvorming.....</i>	<i>41</i>
<i>Discussie over de sterke en zwakke punten van dit onderzoek.....</i>	<i>43</i>
CONCLUSIE.....	45
<i>Aanbevelingen.....</i>	<i>47</i>
NABESCHOUWING	49
LITERATUURLIJST	50
BIJLAGE 1	54
BIJLAGE TOPICLIJST INTERVIEW LCI.....	56
BIJLAGE TOPICLIJST INTERVIEW GGD, GHOR EN BRANDWEER	58

Samenvatting

Casus: De WHO (World health organization) heeft een aanbeveling gedaan aan alle landen om ervoor te zorgen dat er een draaiboek klaar ligt, waarin staat geregeld wat verschillende partijen moeten doen als een pandemie uitbreekt. Met de komst van de vogelgriep dreigt er een nieuwe grieppandemie te ontstaan, waardoor miljoenen mensen op de aarde ziek zullen worden. Het Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) heeft een beleidsdraaiboek en drie deeldraaiboeken opgesteld. Deze draaiboeken dienden daarna nog vertaald te worden naar regionaal beleid. De IGZ (inspectie van de gezondheidszorg) heeft in het najaar van 2005 een onderzoek gedaan naar de staat van voorbereiding van de 24 GHOR-regio's (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) en heeft geconcludeerd dat er nog drie regio's onvoldoende voorbereid waren en vijf regio's die nog enkele voorbereidingen moesten treffen hun beleid op orde te hebben. Dat de voorbereiding op de grieppandemie in sommige regio's nog niet voldoende was, is de aanleiding geweest om te onderzoeken hoe regionaal beleid gevormd wordt en waardoor er problemen en moeilijkheden ontstaan.

Doelstelling: Mijn onderzoek heeft als doel het beschrijven van de vorming van het regionale beleid ter voorbereiding op een influenzapandemie en welke moeilijkheden zich hierbij hebben voorgedaan. Daarbij wil ik achterhalen waar problemen door zijn ontstaan en hoe die eventueel opgelost kunnen worden.

Methoden: Naast literatuuronderzoek is met behulp van interviews met medewerkers van de betrokken regionale organisaties, de data verzameld. Er is gekozen om de regio Hollands Midden als onderzoekssetting te gebruiken en hiervoor is contact opgenomen met de GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst), de brandweer en de GHOR. Daarnaast is ook een medewerker van het LCI geïnterviewd.

Resultaten: De beleidsmakers maken vooral gebruik van de volgende beleidsinstrumenten: voorlichting (stimulerende communicatie) en geboden (wet- en regelgeving). Daarnaast blijkt dat huisvesting in één gebouw en vriendschappelijke werkrelaties als positieve invloeden op samenwerking worden gezien. Alle respondenten geven aan dat door een gebrek aan organisatie achter huisartsen en het feit dat deze zelfstandig ondernemer zijn, de betrekking van deze groep in de vorming van beleid heel moeilijk was. Ten slotte blijkt dat hoewel de respondenten participatie van de andere actoren de belangrijkste methode vinden voor het realiseren van een goede samenwerking, dit toch niet overal gebeurd. De GHOR was in eerste instantie niet van plan andere partijen volledig bij het proces te betrekken. En de betrokkenheid van de andere actoren was laag.

Conclusie: De vorming van beleid in een regionale setting kent een aantal specifieke kenmerken en is tot stand gekomen met behulp van beleidsinstrumenten die werden ingezet door verschillende partijen om de hoge prioriteit van het beleid kracht bij te zetten. De participatie van actoren lijkt voor beleidsmakers een ideaalbeeld te zijn om een goede samenwerking te realiseren, want in werkelijkheid wordt hier door allerlei factoren nauwelijks gebruik van gemaakt.

Summary

Case: The WHO (World health organization) recommended all countries to make sure that their policy affecting a flu pandemic was in order. The policy should describe the task of all parties involved when the pandemic occurs. With the arrival of the bird flu the threat of a next pandemic is very real and when it comes millions of people will get sick. The LCI (national co-ordination structure for the prevention of infectious diseases) wrote one policy handbook and three sub handbooks. Those handbooks needed to be translated to regional policy. The IGZ (health care inspection) investigated all 24 GHOR regions (medical assistance at accidents and disasters) and concluded that the state of preparation of three of those regions was less than insufficient and five other regions had to make a large effort to get their policy straight. The insufficient state of preparation in those regions gave motive to investigate the regional policy making and had as goal to discover where problems or troubles arose.

Goal: This inquiry's purpose is to describe the forming of regional policy affecting a flu pandemic and which problems had occurred. Also is looked into the origin of these problems and how they can be solved.

Methods: Along with a study of the relevant literature, the data is collected by interviewing policy makers of involved organizations. The region Hollands Midden was chosen as investigation setting and therefore contact was made with the GHOR, the fire-brigade and the GGD (regional health services). Also an employee of the LCI was interviewed.

Results: The policy makers mostly use the following policy instruments: information (stimulating communication) and command (command and control). It also turns out that being seated in one building and having a friendly working relationship with your colleagues, improves team-work. All parties admit that a lack of organization behind general practitioners makes them a very difficult partner to involve in the decision-making. And finally the observation was made that although all respondents think that participation of the other parties is the best method to realise team-work, this method was not put into use very often. At first the GHOR did not intend to involve all other parties in the decision-making. Also the involvement of these parties was found to be very low.

Conclusion: The forming of regional policy exist of multiple specific characteristics and is made with the help of policy-instruments that were used to emphasize the high priority of the policy. The participation of all parties seems to be an idealistic aim from policy-makers to realise good team-work, because in reality it is hardly used due to numerous factors.

Inleiding

Eens in de zoveel tijd wordt de wereld opgeschrikt door pandemieën die zich in een rap tempo over de aarde verspreiden. Meestal gaat het om een vorm van griep waar nog niemand resistent tegen is (WHO 2005). Enkele voorbeelden van een pandemie zijn de Spaanse griep in 1918, de Aziatische griep in 1957 en de Hong Kong griep in 1968. Tijdens de Spaanse griep werden 40 tot 50 miljoen mensen gedood. Dit is één van de meest dodelijke gebeurtenissen in de geschiedenis van de mens. De pandemie in 1957 eiste 2 miljoen doden en die in 1968 eiste er 1 miljoen. Uit deze cijfers blijkt wel dat dit een probleem is wat zeer serieus genomen moet worden (WHO 2005). Ook nu is er een dreiging van een pandemie: de vogelgriep.

Deze casus is voor mij de aanleiding geweest om als onderwerp van mijn scriptie de vogelgriep te kiezen. Hieronder zal deze casus verder worden verdiept om een beeld te scheppen van de problematiek rond de vogelgriep. Deze beschrijving is belangrijk in het geheel van de scriptie om de keuze van de hoofdvraag en de gevonden resultaten in het onderzoek te kunnen verhelderen en verklaren. Daarna zal uitgelegd worden welke richting de hoofdvraag van neemt, hoe deze keuze tot stand is gekomen en welke deelvragen nodig zijn om die vraag te beantwoorden.

Casus

Een pandemie begint als elke andere vorm van griep, met dat verschil dat er geen immune mensen zijn. Griep is een virus, dat zich in lichaamscellen nestelt en zich daar vermenigvuldigt (Moore 2006). De griep wordt op dezelfde manier overgedragen als andere vormen van griep, namelijk door niezen en hoesten (WHO 2005). Het virus nestelt zich in de longen en komt via die weg in het speeksel terecht. Iemand die de nieuwe vorm van de griep krijgt, zal zich ook meer ziek voelen dan bij een normale griep. Dit komt doordat het immuunsysteem van het lichaam het virus niet kent en dus extra hard zijn werk zal doen om weer beter te worden. Dit veroorzaakt heftige koortsaanvallen. Ook zal het immuunsysteem gezonde cellen aanvallen en daarbij de longblaasjes, waar het virus zit, kapot maken. Hierdoor komt er bloed in de longen en kan de patiënt stikken (Moore 2006).

Veel mensen zullen denken dat een pandemie iets is van vroeger, iets wat met de huidige wetenschap niet meer voorkomt. Helaas is dit niet waar. Elke 25 tot 50 jaar treedt er een pandemie op. De laatste was in 1968, dus theoretisch gezien staat de volgende pandemie

voor de deur (RIVM 2006b). Een nieuwe vorm van griep staat op het punt van uitbarsten en daarmee zal een pandemie geboren zijn (WHO 2005). Het gaat hier om de vogelgriep, en voornamelijk over de voor mensen dodelijke variant H5N1. De eerste mensen werden ermee besmet in Hong Kong in 1997. Er waren 18 zieken en uiteindelijk 6 doden. Daarna heeft de ziekte zich over het gevogelte verspreid totdat in december 2003 de eerste gevallen bekend werden van menselijke besmetting door contact met de vogels. Sinds die tijd zijn er meer dan 100 mensen ziek geworden, waarvan zeker de helft is overleden. De ziekte kwam het meest voor bij kinderen en jong volwassenen. Op dit moment kan de ziekte niet gemakkelijk van vogels op mensen, of van mens op mens worden overgedragen, maar het is slechts een kwestie van tijd tot deze overdracht wel mogelijk is. Het virus zal zich steeds verder muteren, totdat het zeer besmettelijk is. Als H5N1 net zo besmettelijk wordt als een gewone griep dan zou een pandemie kunnen ontstaan (Moore 2006).

Alle landen in de wereld kunnen geraakt worden door het virus. Al zal het komen van de ziekte enigszins vertraagd kunnen worden door de grenzen te sluiten en de handel te stoppen, ieder land zal de ziekte toch binnen krijgen. De voorgaande pandemieën deden er 6 tot 9 maanden over om de hele wereld rond te gaan, maar dat zal in deze tijd nog veel sneller gaan dankzij bijvoorbeeld het vliegtuigverkeer (WHO 2005). De meeste landen hebben echter niet genoeg voorzieningen als de pandemie uitbreekt. Er zal bijvoorbeeld een groot tekort ontstaan aan medici, faciliteiten en ziekenhuisbedden. Ook zullen veel landen niet beschikken over genoeg vaccinaties en anti griep medicijnen. Zeker het ontbreken van vaccinaties is een groot probleem, omdat dat de eerste lijn van verdediging tegen de ziekte is (WHO 2005).

Als de verwachte pandemie uitbreekt zal deze een hoop levens eisen. Ook zullen de economische en maatschappelijke gevolgen enorm zijn, door onder andere het sluiten van de grenzen en het stilleggen van de handel. Daarom is het van het grootste belang dat er geprobeerd wordt om de uitbraak van de ziekte te voorkomen of onder controle te houden. Er moet gezorgd worden voor genoeg medicijnen en genoeg vaccinaties. De WHO (World health organization) heeft een aanbeveling gedaan aan alle landen om ervoor te zorgen dat er een draaiboek klaar ligt. In dit draaiboek staat geregeld wat verschillende partijen moeten doen als de pandemie uitbreekt. In Nederland is er een landelijk draaiboek opgesteld door de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit draaiboek is vervolgens vertaald naar regionaal beleid. Iedere regio heeft een eigen beleid moeten opstellen aan de hand van het landelijke beleid. De Inspectie van de volksgezondheid (IGZ) heeft echter in het voorjaar van 2005 een onderzoek gedaan naar de staat van voorbereiding van de regio's en die bleek ver onder de

maat te zijn. In november 2005 is dit onderzoek nog eens gedaan naar de vorderingen in de voorbereiding en nog steeds was deze niet overal voltooid. Elf van de 24 regio's waren voldoende voorbereid, maar vier andere regio's zouden pas aan het eind van het jaar gereed zijn. Nog eens vijf andere regio's zouden het niet halen om aan het einde van het jaar klaar te zijn en voor de laatste drie was dit nog helemaal niet duidelijk (IGZ 2005). Dat de voorbereiding op de griepandemie in sommige regio's nog niet voldoende was, is de aanleiding geweest om te gaan onderzoeken hoe dit beleid dan gevormd wordt en waardoor er problemen ontstaan.

Mijn onderzoek heeft dan ook als doel het beschrijven van de vorming van het regionale beleid ter voorbereiding op een influenzapandemie en welke moeilijkheden zich hierbij hebben voorgedaan. Daarbij wil ik achterhalen waar problemen door zijn ontstaan en hoe die eventueel opgelost kunnen worden.

Daarbij hoort de volgende probleemstelling: Hoe verloopt de beleidsvorming ter voorbereiding op een pandemie? Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen opgesteld:

- Hoe wordt ervoor gezorgd dat alle instanties, die betrokken zijn bij deze beleidsvorming, op één lijn staan met elkaar?
- Hoe wordt bij de vorming van beleid omgegaan met de verschillende beleidsinstrumenten?
- Waar is het in de voorbereiding goed of fout gelopen en waarom?
- Wat zijn de specifieke kenmerken van deze beleidsvorming?

Eerst zal bij de methodologie uitgelegd worden hoe ik het kwalitatieve onderzoek uitgevoerd heb. Daar zal ik beschrijven welk design en welke methoden ik voor dit onderzoek heb gebruikt en hoe de betrouwbaarheid en validiteit zijn gewaarborgd. Vervolgens zal ik met behulp van het theoretische kader alle begrippen die samenhangen met het onderwerp nader uitleggen. In het resultaten hoofdstuk worden de inzichten weergegeven die zijn gevonden uit de analyse van de data. Hier zal, door het beantwoorden van de deelvragen, de data per onderwerp worden uitgewerkt. De discussie van deze data zal eveneens in dit hoofdstuk plaatsvinden. De gevonden resultaten zullen getoetst worden aan het theoretisch kader, zodat duidelijk wordt of de gevonden resultaten overeenkomen dan wel verschillen met de literatuur in het theoretisch kader. Ten slotte zal aan het eind van dit hoofdstuk een reflectie worden gegeven op het onderzoek, waarbij de zowel de sterke als de zwakke punten besproken zullen worden. Uiteindelijk zal in de conclusie het antwoord op de hoofdvraag geformuleerd worden.

Methodologie

Voor de vormgeving van dit onderzoek heb ik gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Het doel van het onderzoek is om de processen die tijdens beleidsvorming een rol spelen, in kaart te brengen. De data die hiervoor nodig is omvat vooral gemaakte afspraken, gedane concessies en meningen van deelnemers van het proces. Dit type data kan alleen verkregen worden door het houden van interviews met vooral open vragen. Daarom is een kwalitatieve methode het meest geschikt om dit onderzoek uit te voeren.

In de eerste plaats heb ik gebruik gemaakt van de literatuur over de vogelgriep om een beeld te vormen van de huidige situatie rondom de pandemie en de beleidsvorming. Voor het literatuuronderzoek heb ik de volgende trefwoorden gebruikt: 'Preventie van pandemieën', 'organisatie van de preventie van pandemieën', 'landelijke draaiboeken', 'regionale draaiboeken', 'protocollen voor pandemieën', 'beleid', 'onzekerheid in beleid', 'beleidsinstrumenten', 'policy' en 'decision-making'. Deze informatie heb ik gezocht met behulp van Pubmed, Google, Google Scholar en in de universiteitsbibliotheek.

De data uit de literatuur en documenten is geanalyseerd door het eerst goed te lezen. Tijdens het lezen stelde ik mezelf steeds de vraag of het relevant was voor mijn onderwerp. Op die manier kun je heel snel een scheiding maken tussen belangrijke en onbelangrijke literatuur.

Voor het verzamelen van de data is er onder andere gebruik gemaakt van interviews. De interviews waren semi-gestructureerd. Als onderzoeker bewaakte ik de relevante onderwerpen d.m.v. een topiclijst, en streefde ernaar die, waar mogelijk, bespreekbaar te maken. Bij de interviews is in eerste instantie een open start gemaakt, waarna de geïnterviewde zelf zijn of haar verhaal kon vertellen. Na verloop van tijd en afhankelijk van wat de geïnterviewde al had verteld stelde ik meer gerichte, specifieke vragen over de onderwerpen waarnaar ik geïnteresseerd was ('t Hart, 1996).

Voor mijn interviews had ik medewerkers nodig die betrokken zijn geweest bij de beleidsvorming ter voorbereiding op een pandemie. Dit konden beleidmedewerkers of managers zijn van de belangrijkste organisaties in het besluitvormingsproces. Dit zijn de GGD, de GHOR, de politie en de brandweer. Omdat de focus van mijn onderzoek lag op de regionale voorbereiding op de griepandemie, heb ik de keuze gemaakt om in één regio de betrokken personen te gaan interviewen. De keuze heb ik gemaakt, omdat er in totaal 24 regio's zijn in Nederland en het niet haalbaar was om ze allemaal in mijn onderzoek te

betrekken. Daarom is dit de regio Hollands Midden geworden. Ik heb geprobeerd contact te leggen met alle betrokken instanties binnen deze regio. Dit waren de GGD, de GHOR, de brandweer en de politie. Ook het LCI had ik benaderd voor een interview, omdat die de schakel vormt tussen landelijk en regionaal beleid. Zij hebben de landelijke draaiboeken ontwikkeld, waarop de regio's hun beleid moesten afstemmen. Ik heb de organisaties in eerste instantie via een e-mail benaderd met de vraag naar een medewerker die betrokken is geweest bij het opstellen van het regionale beleid. In die e-mail heb ik mezelf en mijn onderzoek ingeleid en vervolgens de vraag gesteld of ze mee wilden werken aan een interview. Bij alle organisaties, behalve de politie, was het gelukt om een afspraak te maken met de relevante medewerkers. Bij de GGD kwam ik in contact met Meneer Van Vulpen, die daar pas een jaar werkzaam was. Daarom heb ik ook contact gezocht met zijn voorganger, mevrouw Visser. Zij heeft het project opgestart samen met de GHOR.

Voor het LCI had ik een aparte vragenlijst gemaakt, omdat deze organisatie een andere rol in het proces had als de anderen. Voor de GGD, de GHOR en de brandweer had ik dezelfde vragenlijsten gebruikt. Sommigen vragen zijn wel aangepast naar de specifieke organisatie, waar ik het interview hield. Deze vragenlijsten zijn te vinden in de bijlagen. Tijdens mijn interviews maakte ik gebruik van een dictafoon. Op die manier kon ik rustig mijn interview afnemen zonder het zelf te hoeven notuleren. Wel maakte ik tijdens het interview aantekeningen over de houding, de gelaatsuitdrukkingen en manier van antwoord geven op vragen alsook over interessante thema's. Met die aantekeningen kon ik voor mezelf een sfeerbepaling maken die kon dienen als interpretatiegrond voor mijn analyse (Creswell, 2003). De interviews zijn direct uitgetypt, nadat ze gehouden waren. Hier moet niet te lang mee gewacht worden, omdat anders sommige dingen niet meer zo nauwkeurig te herinneren zijn (ibid 2003).

De data uit de interviews is kwalitatief van aard, omdat de respondenten zijn opgezocht in hun natuurlijke setting (werkomgeving) en omvatte woordelijke data. Deze data moest door de onderzoeker geanalyseerd moet worden (Creswell, 2003). Daarom heb ik deze data met behulp van kwalitatieve methoden geanalyseerd. Het analyseren begon met het nauwkeurig lezen van de interviews, zodat alles duidelijk was. Op deze manier heb ik structuur in de data gebracht en was deze klaar om onderling te kunnen vergelijken. De antwoorden op de vragen die ik in ieder interview hetzelfde heb gesteld heb ik met elkaar vergeleken. Op die manier kwamen verschillen en overeenkomsten aan het licht (ibid 2003). Sommige antwoorden op vragen die instellingspecifiek waren, heb ik gebruikt in de resultaten. De andere vragen die per instelling anders waren, hadden als doel de instelling en functie van

de geïnterviewde te beschrijven. Ten slotte is er gezocht naar de verbanden met de literatuur uit het theoretisch kader en in hoeverre dit overeenkwam dan wel verschilde.

Het uitgewerkte interview heb ik teruggestuurd naar de desbetreffende respondent, zodat die hier commentaar op konden geven. De respondent kan bijvoorbeeld vragen of ik sommige dingen wil veranderen, omdat hij/zij die niet zo heeft bedoeld of omdat het slecht overkomt (Creswell, 2003). Het terugsturen van de interviews wordt membercheck genoemd en is een vorm van validiteit van het onderzoek (ibid 2003). Ik heb van mevrouw Roosjen, meneer Jacobi en meneer Meijer het antwoord ontvangen dat ze het eens waren met de uitwerking van het interview en dat er niks aan veranderd hoefde te worden. Van mevrouw Visser kreeg ik het antwoord dat het eens was met de uitwerking van het interview en dat ze graag een versie van deze scriptie wilde ontvangen zodra hij klaar was. Van meneer Van Vulpen heb ik geen antwoord meer ontvangen.

Betrouwbaarheid en validiteit

Binnen een kwalitatief onderzoek moeten de validiteit en betrouwbaarheid hoog zijn. Er zijn een aantal methoden om ervoor te zorgen dat dit lukt, maar eerst moet er een onderscheidt gemaakt worden tussen validiteit en betrouwbaarheid. Bij de evaluatie van de verzamelde gegevens kunnen de volgende vragen gesteld worden: meten/verklaren de verzamelde gegevens dat wat ze moeten meten/verklaren en in hoeverre zijn de metingen/verklaringen zonder fouten en/of verstoringen? De eerste vraag heeft betrekking op de validiteit van het onderzoek en de tweede vraag heeft betrekking op de betrouwbaarheid (Bergsma 2003).

Bij de validiteit van het onderzoek gaat het erom dat er wordt bestudeerd wat er bedoelt is te bestuderen. Het gaat om de validiteit van de interpretaties. De conclusies die uit een onderzoek komen zijn valide als ze overeenstemmen met de verzamelde data (Bergsma 2003).

Om de interne validiteit in mijn onderzoek hoog te houden heb ik gebruik gemaakt van membercheck, waarbij de respondenten de kans hebben gekregen het interview te lezen en er eventueel commentaar op te geven. Ook werd er een onderzoeksdagboek bijgehouden waarin stond beschreven wanneer er wat is gedaan en wat de ervaringen van de onderzoeker waren. Dit dagboek komt niet in de uiteindelijke versie van de scriptie, maar was er om mijn analyse en conclusies te ondersteunen. Daarnaast zijn in de discussie van het onderzoeksrapport de sterke en zwakke onderdelen van het onderzoek beschrijven. Ten

slotte heb ik feedback ontvangen door peer debriefing en external auditing. Peer debriefing heeft plaatsgevonden door medestudenten het verslag te laten lezen en hun vragen en opmerkingen daarover te verwerken in het definitieve stuk. De external auditing is gebeurd door mijn begeleider, waar ik regelmatig mijn onderzoek aan voorgelegd heb. De feedback die ik van haar ontvangen heb is steeds verwerkt in een nieuwe versie van het verslag (Creswell, 2003).

De externe validiteit gaat over de generaliseerbaarheid van de resultaten en is hoog gehouden door de gebruikte theorie die relevant is voor de beantwoording van de probleemstelling en daardoor de conclusies ondersteunen. Ondanks dat er gebruik gemaakt is van een klein aantal respondenten hoeft dit niet gezien te worden als een probleem voor de generaliseerbaarheid. In dit onderzoek is methodetriangulatie toegepast, doordat er interviews gehouden zijn en documenten en literatuuronderzoek is gedaan. Ook is het onderzoek uitgevoerd zoals in de methoden is beschreven om de consistentie binnen het onderzoek te behouden. De consistentie in mijn uitspraken heb ik verhoogd door antwoorden van de respondenten op dezelfde vragen met elkaar te vergelijken. Veel van deze antwoorden komen met elkaar overeen. Als dit niet zo was, heeft dat gelegen aan verschillende interpretaties die de respondenten gaven aan een vraag (Bergsma 2003).

De interne betrouwbaarheid is verhoogd doordat er een beschrijving gemaakt is van de onderzoekssetting, waardoor er een kader geschetst is waarbinnen de resultaten gezien moeten worden (Creswell, 2003).

Bij de externe betrouwbaarheid van het onderzoek gaat het erom in hoeverre de verkregen onderzoeksresultaten beïnvloed worden door veronderstellingen en vooroordelen. Het is bij kwalitatief onderzoek heel belangrijk dat de onderzoeker een sterke relatie met het onderwerp heeft, maar dat hij/zij niet aan onderzoeksdata voorbijgaat. Er moet dus uitgekeken worden voor onderzoekereffecten (Bergsma 2003). Het is belangrijk voor de externe betrouwbaarheid dat uitvoering van het onderzoek tot in detail beschreven wordt. Het onderzoek kan dan heel makkelijk door een andere onderzoeker op dezelfde manier worden uitgevoerd, waarmee ook dezelfde conclusies getrokken kunnen worden (Creswell, 2003).

Zoals in de methodologie beschreven is, heeft er een literatuur onderzoek plaatsgevonden. De gevonden resultaten hiervan zullen in het theoretisch kader worden weergegeven.

Theoretisch kader

Om de casus over de regionale voorbereiding op een pandemie meer te verdiepen is het van belang om alle begrippen en relevante aspecten die ermee samenhangen nader te beschrijven. Het is, om te beginnen, belangrijk om te weten wat een pandemie is en wat de vogelgriep inhoudt. Vervolgens zullen de landelijke draaiboeken over aviaire influenza besproken worden en daarna de relevante organisaties binnen de vorming van regionaal beleid. Na deze verdieping van de casus zal de relevante literatuur ten aanzien van vorming van beleid is zijn algemeen worden behandeld.

Aviaire influenza: een pandemie in aantocht

Een epidemie is een verschijnsel, meestal een besmettelijke ziekte, dat optreedt in een bepaald deel van de wereldbevolking. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de pest, HIV of de (vogel)griep. Een pandemie is een epidemie die zich over landsgrenzen verspreidt (Vodegel & Blekemolen 2007). Het is een vrijwel gelijktijdige uitbraak van griep/besmettelijke ziekte in alle gebieden van de wereld (RIVM 2006). Een pandemie wordt veroorzaakt door een virus dat nieuw is of lange tijd inactief is geweest, waardoor mensen er geen of een verminderde weerstand tegen hebben. Zo stierven er tijdens de Spaanse griep pandemie van 1918 wereldwijd bijna meer dan 40 miljoen mensen. Ook bij dieren kan een epidemie *pandemische* vormen aannemen. Het vogelgriepvirus H5N1 is hiervan een voorbeeld (Vodegel & Blekemolen 2007). Om de ernst van een pandemie te kunnen weergeven, zal in het kort de geschiedenis van de afgelopen honderd jaar worden weergegeven.

De rol van pandemieën in de wereldgeschiedenis is zeer groot. In de afgelopen honderd jaar zijn de volgende pandemieën geweest:

- Spaanse griep (1918-1920), verspreidde zich wereldwijd, veroorzaakte 500 miljoen zieken en 40 tot 50 miljoen doden;
- Aziatische griep (1957) met twee miljoen doden;
- Hongkonggriep (1968) met één miljoen doden (Wikipedia 2006b).

Uit het bovenstaande schematische overzicht van de laatste eeuw blijkt dat het om een zeer groot probleem voor de volksgezondheid gaat, als er een nieuwe pandemie uitbreekt. De

nieuwe dreiging van een uitbraak van een pandemie wordt voornamelijk gevormd door de vogelgriep, die een aantal jaar geleden is ontstaan in Zuid-Azie. Deze vorm van het griepvirus zou wel eens de volgende grote pandemie kunnen doen ontstaan.

Aviaire influenza is een epidemische ziekte die vooral voorkomt onder pluimvee en wordt veroorzaakt door influenza A virussen. Ook andere dieren zoals katten, varkens en paarden kunnen besmet raken met de ziekte. Het virus valt voornamelijk de luchtwegen aan, maar bij pluimvee worden ook andere organen aangetast. Dit veroorzaakt interne bloedingen, waaraan het dier overlijdt. Bij mensen veroorzaakt het virus griepverschijnselen en het kan eveneens dodelijk zijn (LCI 2004).

Als het vogelgriepvirus mensen infecteert, betekend dit niet dat er meteen een pandemie ontstaat. Dit gebeurt pas als het virus zich zodanig heeft aangepast, dat het van mens op mens overdraagbaar is. Vervolgens kan het virus zich ook mengen met een menselijk virus, waardoor er een nieuwe variant ontstaat. Het ontstaan van een nieuwe variant kan een pandemie tot gevolg hebben (RIVM 2006b).

In 1997 heerste er in Hongkong het H5N1 virus onder het pluimvee. Er zijn toen ongeveer achttien mensen besmet geraakt met het virus, waarvan zes mensen overleden zijn. Al het pluimvee is toen geruimd en het leek erop dat het virus verdwenen was. Totdat in 2003 nieuwe gevallen van de ziekte gemeld werden in Hongkong. Daarna volgde er in 2004 meldingen vanuit Thailand, Vietnam, Indonesië, Cambodja, and China. Sinds het virus zich ook onder watervogels heeft verspreid, is het zich in 2006 langzaam richting Europa gaan begeven. Eerst werden er in Turkije mensen ziek door besmette vogels, waarna vanuit Rusland en verschillende Afrikaanse landen eveneens zieke vogels werden gemeld (Juckett 2006). Op kaart 1.1 in de bijlage staan alle landen gemarkeerd waar H5N1 gerapporteerd is.

Alle vogelgriepvirussen behoren tot het griepstype A uit de virusfamilie Orthomyxoviridae. Griepstype A wordt verdeeld in subtypes volgens de proteïneuitsteeksels, hemagglutinine (H) en neuraminidase (N) vanuit de centrale viruskern. Er zijn 16 H-types, elk met 9 N-subtypes, waardoor er in totaal 144 verschillende combinaties mogelijk zijn (Wikipedia 2006a).

H1N1	De Spaanse griep van 1918, 40 tot 50 miljoen mensen kwamen te overlijden.
H2N2	Verantwoordelijk voor de Aziatische griep van 1957 en 1958, tenminste twee miljoen mensen kwamen om.
H3N2	Veroorzaakte de epidemie van 1968 en 1969. De Hongkonggriep eiste één miljoen doden.
H5N1	Sinds 1997 zijn tientallen miljoenen vogels aan deze vorm gestorven. 100 mensen zijn besmet geraakt, waarvan ongeveer de helft gestorven is.

H7N2	Brak uit bij kippen in de Verenigde Staten in 2002, 44 mensen werden besmet
H7N3	In februari 2004 werd deze vorm vastgesteld in Noord-Amerika, twee mensen werden besmet
H7N7	In 2003 werden 89 mensen besmet in Nederland, waarvan één dode.
H9N2	Drie infecties bekend bij mensen in China en Hongkong
H10N7	In 2004 is in Egypte voor het eerst H10N7 bij mensen vastgesteld. Twee kinderen van een pluimveehandelaar werden ziek

(ibid 2006a).

De uiteenzetting over de vogelgriep toont duidelijk aan dat er sprake kan zijn van een groot gevaar voor de volksgezondheid. Daarom is het van groot belang om te zorgen dat dit griepvirus zich niet verder kan verspreiden. Als dit wel gebeurt dan moet er gezorgd worden voor beschermende maatregelen om te zorgen dat er zo min mogelijk mensen besmet raken. De maatregelen die genomen worden, zijn beleidsmaatregelen op het gebied van preventie.

Beleidsvorming en zijn deelaspecten

Beleidsmaatregelen ten aanzien van bijvoorbeeld preventie van de volksgezondheid, worden ook wel preventiebeleid genoemd. Er bestaat echter geen eenduidige definitie van beleid. Het begrip heeft steeds een andere betekenis en een ander lading, maar om toch een beeld te scheppen van de betekenis van beleid is de definitie van Dute & Hermans (2000) hier gebruikt. Volgens hen is beleid de planning van een geheel van activiteiten om een bepaald doel te bereiken. Om deze planning uit te kunnen voeren kan gebruikt worden gemaakt van beleidsinstrumenten (Dute & Hermans 2000: 39). Dit zijn de mogelijkheden en middelen die een overheid heeft om beleid te kunnen maken en te kunnen doorvoeren (Howlett & Ramesh 2003).

Een voorbeeld van beleid is preventiebeleid t.b.v. de volksgezondheid, zoals campagnes van de overheid over stoppen met roken. Volgens Gunning-Schepers is preventie “het totaal aan maatregelen zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te beschermen en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen” (1999:129). Preventiemaatregelen kunnen onderverdeeld worden in een drietal categorieën: primair, secundair en tertiair. Onder primaire preventie vallen de maatregelen die zich richten op de personen die het risico lopen ziek te worden. Het doel is om nieuwe

ziektegevallen te voorkomen. Secundaire preventie heeft tot doel om door middel van vroege opsporing van een ziekte en een daaropvolgende behandeling de prognose voor een patiënt te verbeteren en de ziekte te genezen. Dit wordt meestal gedaan door middel van screening of een grootschalig bevolkingsonderzoek, zoals het borstkankeronderzoek. Bij tertiaire preventie is de ziekte al aanwezig en is genezing niet meer mogelijk. Het gaat vooral om het geven van een zo goed mogelijke behandeling. Er wordt dan geprobeerd om complicaties of verder verspreiding van de ziekte te voorkomen (Gunning-Schepers et al. 1999:130).

Zoals eerder aangegeven is beleid een planning van activiteiten om een doel te behalen. Deze planning moet gevormd worden, ook wel beleidsvorming genoemd. Bij de vorming van goed beleid komen een aantal eisen naar voren waaraan het moet voldoen. Volgens Hemerijck (2003) moet gelegitimeerd beleid voldoen aan vier kwaliteitsmaatstaven. Dit zijn de instrumentele doelmatigheid, de politiek-bestuurlijke slagvaardigheid, de constitutionele rechtmatigheid en de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Beleid moet in de eerste plaats instrumenteel doelmatig zijn. Het gekozen beleidsinstrument moet 'werken'; dat wil zeggen dat het een duidelijke bijdrage moet leveren aan de realisering van de politieke doelstellingen van de besluitvorming. In de tweede plaats, moet beleid slagvaardig zijn. Dat wil zeggen dat het politiek haalbaar en bestuurlijk uitvoerbaar moet zijn. Beleidsmaatregelen moeten 'passen' of ingepast kunnen worden in de gevestigde structuur van het politieke systeem. Ten derde, behoren beleidsbeslissingen constitutioneel rechtmatig te zijn. Zij moeten volgens de regels en procedures van de rechtstaat 'mogen' en niet in conflict zijn met wat in wetten en regelgeving vastgelegd is. Ten slotte, moet beleid ook maatschappelijk aanvaardbaar zijn. De politieke interventies in het maatschappelijke leven moeten in de ogen van burgers 'horen', dat wil zeggen in overeenstemming zijn met de algemeen aanvaarde normen en waarden die in de samenleving gelden (Hemerijck 2003).

Naast het feit dat beleid aan kwaliteitseisen moet voldoen, zijn er ook verschillende manieren waarop beleid gevormd kan worden. Er zijn drie modellen voor besluitvorming: een rationeel model, een incrementiële model en een mixed model. In het rationele model wordt gezocht naar geschikte middelen voor een van te voren vastgesteld doel. Dit model is echter niet realistisch in sociale besluitvorming, omdat doelen niet van te voren vastgesteld kunnen worden. Dit komt doordat er van te voren niet bekend is wat de consequenties van het gekozen beleid uiteindelijk zullen zijn. Tevens zijn de mogelijkheden en middelen van de beleidsmakers gelimiteerd en dit maakt het moeilijk om doelen vast te stellen.

Bij het incrementiële model wordt er door de politieke actoren en de relevante stakeholders onderhandeld over de politieke doelen en middelen zodat besluiten ontstaan die aan ieders eisen voldoen. Het gevaar van dit model is dat de grootste partij wint, omdat die de grootste

stem heeft. Het mixed model, het laatste model, is een samenvoeging van de twee eerder genoemde modellen waardoor de tekortkomingen overkomen worden. In het derde model worden 'high-order fundamental policy-making processes' gecombineerd met incrementiële besluitvorming. Dit wil zeggen dat er gezocht wordt naar geschikte middelen voor een van tevoren vastgesteld doel waarnaast het besluitvormingsproces gevormd wordt door onderhandelingen van de verschillende actoren met elkaar (Bekker, Putters & van der Grinten 2004). Zoals eerder is vermeld, wordt het landelijke beleid ten aanzien van de vogelgrieppreventie overgenomen in het regionale beleid. Hierdoor zijn voor de beleidsmakers in de regio's de doelen van het beleid al vastgesteld. Samen met de relevante actoren gaven ze invulling aan het beleid. Zij zullen dus werken met het mixed model, waarbij ze op zoek gaan naar de geschikte middelen om het regionale beleid te maken en de landelijk vastgelegde doelen te behalen in samenwerking met de andere actoren.

Beleidsvorming moet dus voldoen aan de eerder genoemde kwaliteitseisen en modellen. Naast deze inhoudelijke kenmerken van beleidsvorming zijn er ook procedurele kenmerken. Het proces van besluitvorming kan namelijk op verschillende manieren verlopen. Het kan snel verlopen, bijvoorbeeld omdat er spoed bij is, of het kan heel traag verlopen. Volgens Van der Grinten & Helderma (2005) is traagheid in besluitvorming niet zondermeer verwerpelijk. Natuurlijk kan traagheid leiden tot het missen van kansen en het bieden van ruimte aan andere partijen om hun verzet te organiseren. Maar het kan ook de tijd opleveren om voor omvangrijke en complexe projecten de technische, organisatorische en vakinhoudelijke problemen aan te pakken, ruimere mogelijkheden te creëren om de koers uit te proberen en weerstanden te testen, draagvlak voor het beleid op te bouwen en medewerking bij de uitvoering te krijgen (van der Grinten & Helderma 2005). In het geval van de vogelgriep heeft het ontwikkelen van de landelijke draaiboeken hoge prioriteit gehad. De WHO heeft aan alle landen de aanbeveling gedaan om er zo snel mogelijk voor te zorgen dat er draaiboeken geschreven werden. Hierdoor is er van traagheid in het project geen sprake en is alles volgens een versnelde procedure gegaan (WHO 2005).

Van der Grinten (2005) meent ook dat mensen regels en afspraken accepteren en erdoor geïnspireerd raken als ze die als zinvol ervaren. En de kans hierop wordt vergroot als ze bij de opstelling van die regels en afspraken zijn betrokken. Participatie in het besluitvormingsproces heeft dus tot gevolg dat de actoren eerder geneigd zijn concessies te doen en zich hierin flexibel op te stellen. Dit is voor beleidsvorming op regionaal niveau zeer relevant. Er wordt gewerkt met een groot aantal actoren die allemaal een belangrijke rol vervullen in het opstellen, vertalen of (praktisch) uitvoeren van het beleid.

De beleidsperspectieven

De vorming van beleid kan niet simpelweg op één manier gezien worden. Het is geen standaardproces in een standaardkader. Elke actor in een beleidsvormingsproces, ziet beleid anders. Daarom hebben Abma & in 't Veld (2001) vijf perspectieven ontwikkeld om beleidsvorming te kunnen analyseren. Dit zijn: het rationalistische perspectief, het beleidsnetwerkenperspectief, het institutionele perspectief, het normatieve perspectief en het sociaal-constructivistische perspectief. In het rationalistische perspectief ziet een actor beleid als een middel om bepaalde doeleinden te realiseren. De beleidsvorming wordt aangestuurd door een centrale actor die de doelen van de andere beleidsactoren kent.

- beleid: plan ter realisering van doelen
- actoren: centrale sturende actor; belangen andere actoren bekend
- proces: fasegewijs (probleemformulering, implementatie en evaluatie)
- doel: verklaren en voorspellen
- type verklaringen: (gebrekkige) informatie, planning en controle (Abma & in 't Veld 2001).

Als een actor volgens het beleidsnetwerkenperspectief werkt, is beleid een product van onderhandeling tussen partijen die van elkaar afhankelijk zijn en onder meer door coalitievorming hun belangen behartigen. Daardoor is beleidsvorming naast een politiek proces ook een sociaal proces. Het slagen of falen van beleid is dan gekoppeld aan het (on)vermogen tot samenwerking.

- beleid: gemeenschappelijke acties rond kwesties
- actoren: meerdere belanghebbenden
- proces: verloopt cyclisch en heeft een grillig karakter
- doel: beschrijven en verklaren
- type verklaringen: (niet) onderkennen wederzijdse afhankelijkheden en belangen (ibid 2001).

Beleid is, gezien met het institutionele perspectief, een traditie die door formele regels, normen en waarden gevormd wordt. Het is niet een gewoon rationeel proces, maar gegroeid in een historisch kader. Dat wil zeggen dat de beleidsvorming verloopt volgens de regels die in het verleden ook al gebruikt werden en waar niets aan veranderd is in de loop van de tijd.

- beleid: bepaald door historisch gegroeide regels en normen
- actoren: institutioneel verankerde afhankelijkheden en machtverhoudingen
- proces: bepaald door historie

-doel: beschrijven en verklaren

-type verklaringen: maatregelen al dan niet ondersteund door cultuur en structuur (ibid 2001).

Als een actor het normatieve perspectief hanteert, ziet hij beleid als een instrument ter legitimering van bestuurlijk handelen, waarbij beleid een uitkomst is van een debat tussen actoren. De actoren hebben zeer verschillende standpunten ten aanzien van het te kiezen beleid. Net als bij het beleidsnetwerken perspectief wordt hier gebruikt gemaakt van onderhandelingen, maar men vormt geen coalities. Hier is dus niet het gevaar dat de grootste partij wint, maar wel dat het zeer lang kan duren tot er beleid gevormd is.

-beleid: uitkomst van een redelijk debat

-actoren: partijen met standpunten

-proces: uitwisseling van argumenten volgens bepaalde procedures

-doel: beschrijven en beoordelen

-type verklaringen: al dan niet legitieme argumenten en procedures (ibid 2001).

Ten slotte kan beleid volgens het sociaal-constructivistische perspectief gezien worden. Beleid wordt dan gevormd door de beleefde ervaringen en emoties van beleidsactoren. Hier spelen gevoelens van actoren een belangrijke rol. Als bepaalde partijen het zeer goed met elkaar kunnen vinden, zullen ze elkaar steunen ook al zijn ze het niet volledig met elkaar eens. Er wordt hier veel gebruik gemaakt van netwerken en vriendschappelijke relaties.

-beleid: gevormd door redematies van actoren

-actoren: diversiteit aan actoren

-proces: afwisselende cyclus van dynamiek, stabiliteit en traagheid

-doel: verhogen van (wederzijds) inzicht in afhankelijkheid van elkaar

-type verklaringen: vaststellen van kennis en sociale normen en waarden (ibid 2001).

Alle actoren in een besluitvormingsproces kunnen beleid door een ander perspectief bezien. In het regionale beleid rond de vogelgriep zullen de verschillende actoren waarschijnlijk ook verschillen in het perspectief wat ze hanteren. De sturende actor bestaat in dit proces uit verschillende organisaties. Zoals later in het theoretisch kader vermeld wordt, hebben vooral de GHOR en de GGD een sturende rol. Zij zullen naar elkaar kijken vanuit het beleidsnetwerkenperspectief, waarbij het beleid een product zal zijn van onderhandelen en het vermogen tot samenwerken. Naar de andere actoren in het veld zullen zij zich meer als eenheid opstellen en daardoor vanuit het rationalistische perspectief werken. De GHOR en de GGD willen de doelen halen die ze gesteld hebben en zijn bekend met de belangen van de andere actoren zoals ziekenhuizen en huisartsen.

De betrokken organisaties

In het regionale beleidsvormingsproces spelen verschillende actoren een belangrijke rol. Om die rollen beter te begrijpen en het totale proces beter te kunnen overzien in de resultaten, zullen hieronder alle organisatie beschreven worden. In de bijlage is een overzicht terug te vinden, waar de verhoudingen van de organisaties tot elkaar schematisch worden weergegeven.

De Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) is een samenwerkingsverband van instellingen die werken aan preventie en bestrijding van infectieziekten. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is hiervoor eindverantwoordelijk. De deelnemende instellingen dragen echter zelf de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van hun eigen deelprojecten. De LCI is in 1995 opgericht met twee opdrachten: Het verrichten van crisismanagement tijdens een (dreigende) epidemie en het maken van landelijke, uniforme afspraken over de bestrijding van infectieziekten, onder meer door het opstellen van protocollen en draaiboeken (LCI 2006c).

De deelnemende instellingen zijn: Gemeentelijke of gewestelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), GGD Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Verder is het bureau LCI het centrale ondersteunings- en coördinatiepunt voor en onderdeel van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) gehuisvest bij het RIVM (LCI 2006c).

Het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) heeft onder meer als taak om het ministerie van VWS te informeren als zich ontwikkelingen voordoen die van belang zijn voor de volksgezondheid waarbij mogelijk maatregelen getroffen moeten worden of beleidswijzigingen nodig zijn. Ook dragen ze de zorg voor een goed functionerende keten van de infectieziektebestrijding en deze te ondersteunen door het opstellen en actueel houden van protocollen en draaiboeken en het maken van samenwerkingsafspraken. Tevens moeten ze goed voorbereid zijn op grote dreigingen en crisissituaties. De draaiboeken voor grootschalige uitbraken dienen van goede kwaliteit te zijn en in de regio's te worden geïmplementeerd. Bij (dreigende) uitbraken is het de taak van het CIb om beleidsbeslissingen te vertalen in concrete uitvoeringsrichtlijnen en de uitvoering hiervan te coördineren (LCI 2006c).

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is het onderzoeksinstituut van de overheid op het gebied van volksgezondheid en milieu. Het RIVM verricht niet alleen zelf onderzoek, maar verzamelt ook wereldwijd kennis en past die kennis toe. De uitkomsten daarvan dienen als beleidsondersteuning voor de overheid. Het RIVM brengt jaarlijks een groot aantal rapporten en adviezen uit. Het RIVM richt zich op het bevorderen van de publieke gezondheid, een gezond leefmilieu en de veiligheid van de leefomgeving. Het voert voornamelijk onderzoek uit voor de ministeries van VWS, VROM en LNV, inspecties en internationale organisaties zoals de Europese Unie en de Verenigde Naties (RIVM 2006a).

Bij de regionale uitvoering van het vertalen van het beleid uit de landelijke deeldraaiboeken, speelt de GHOR een belangrijke rol (ibid 2006a). GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Deze organisatie helpt mensen die slachtoffer zijn geworden, of zouden kunnen worden, van een groot ongeval of een ramp. De GHOR coördineert de inzet van geneeskundige diensten tijdens rampen en grote ongevallen (RGF 2006). De GHOR is een onderdeel van de RGF. Nederland is in 24 GHOR-regio's verdeeld. Deze verdeling is gebaseerd op een passende schaalgrootte die aan enkele criteria moet voldoen. Een aantal van deze criteria zijn: alle benodigde operationele diensten moeten in voldoende mate vertegenwoordigd zijn in het gebied, er wordt een ondergrens van circa 400.000 inwoners gehanteerd en de grens van de GHOR-regio is bij voorkeur niet provinciegrens overschrijdend (Giesbers 2003). Zie kaart 1.2 in de bijlage voor de verdeling van Nederland in regio's.

De Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen coördineert de GHOR in zijn of haar regio. De RGF'en van de 24 regio's in Nederland zijn verenigd in de Raad van RGF'en. In een GHOR-regio is de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) verantwoordelijk voor de voorbereiding, uitvoering en nazorg van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen:

- De RGF geeft leiding aan het proces van voorbereiding op het verlenen van geneeskundige hulp bij zware ongevallen en rampen.
- De RGF geeft leiding aan de geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen en rampen.
- De RGF geeft leiding aan het proces van afhandeling met betrekking tot en nazorg van slachtoffers van zware ongevallen en rampen (RGF 2006).

In de voorbereiding op een ramp brengt de RGF alle betrokken partijen bij elkaar om ervoor te zorgen dat de voorzieningen geschikt zijn en de betrokken personen voorbereid en geoefend zijn op de GHOR-taken. Met de betrokken partijen maakt de RGF afspraken om te komen tot een samenhangende GHOR-organisatie (RGF 2006).

Bij het maken van een regionaal beleid ter voorbereiding op een pandemie is een belangrijke taak voor de GGD weggelegd. De GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) zet zich in voor een goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is. Daarnaast doet de GGD aan preventie; het voorkómen van ziekten en andere problemen. Organisatorisch is de GGD verdeeld in een aantal clusters. De clusters voeren de taken van de GGD uit. Het gaat om de volgende clusters: Infectieziektebestrijding, Milieu & Hygiëne, Jeugd, Persoonsgerichte Zorg en Zorgregie (GGD 2006).

Het cluster infectieziektebestrijding heeft de taak om de verspreiding van infectieziekten te voorkomen, de gezondheids- en maatschappelijke gevolgen van infectieziekten te verminderen, gezondheidsproblemen te voorkomen door uitvoering van screening- en vaccinatieprogramma's en het verzorgen van kwalitatief goede en maatschappelijk relevante infectieziektebestrijding (GGD 2006).

De beleidsinstrumenten

Bij de vorming van beleid zijn, zoals eerder vermeld, meerdere actoren aanwezig. Er is al bekend dat dit bij de regionale voorbereidingen onder ander de GGD en de GHOR zijn, omdat dit de sturende organisaties zijn. Vanuit deze organisaties zijn één of meerdere medewerkers betrokken bij de regionale beleidsvorming. Deze medewerkers zijn beleidsmakers, omdat zij samen met andere partijen vormgeven aan het beleid. Deze beleidsmakers hebben instrumenten tot hun beschikking. Met deze instrumenten kan de beleidsmaker de verschillende actoren en de doelgroep in het beleidsvormingsproces beïnvloeden, zodat ze meewerken en het voorgestelde beleid accepteren. Dute en Hermans (2000:40) classificeren deze instrumenten in de volgende categorieën: informatie, voorziening of faciliteit, prikkels of incentives en wet- en regelgeving. Een voorbeeld bij het instrument informatie is gezondheidsvoorlichting. Door het geven van voorlichting wordt er geprobeerd om een bepaald doel te bereiken. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de manieren waarop mensen ervoor kunnen zorgen dat ze zo min mogelijk kans lopen op besmetting met de vogelgriep. Dit kan onder andere voorkomen worden door niet in aanraking te komen met besmet gevogelte. Bij prikkels of incentives gaat het over prikkels en heffingen, waarbij het iemand (of een organisatie) geld kost of geld oplevert als hij/zij zich wel of niet aan het bepaalde beleid houdt. Iemand kan bijvoorbeeld een heffing krijgen, als hij/zij niet voldoet aan de ophokplicht van zijn/haar vogels en ze nog vrij rond laat lopen. Met behulp van wet- en regelgeving wordt door middel van geboden en verboden geprobeerd het beoogde

beleidsdoel te behalen. Door bijvoorbeeld een verbod te stellen op het kopen van kippen uit het buitenland, probeert de overheid de vogelgriep buiten de grenzen te houden. Deze classificering van de beleidsinstrumenten is echter niet de enige. Andere auteurs zoals, Howlett en Ramesh (2003) en van der Doelen in Jansen et al. (2002) hebben een eigen beschrijving van de soorten instrumenten die gebruikt kunnen worden in de vorming van beleid.

Door Howlett en Ramesh worden ze ingedeeld in vier groepen. Dit zijn: de 'organization-based', de 'authority-based', de 'treasure-based' en de 'nodality or information-based' instrumenten. Elk van deze categorieën bevatten een aantal instrumenten waarvan hieronder de belangrijkste zullen worden beschreven. Onder de 'organization-based' instrumenten vallen de volgende hulpmiddelen: direct provision; public enterprises en market creation. Met 'direct provision' wordt bedoeld dat de overheid niet wacht op de private sector om een bepaald product te leveren, maar dit zelf gaat doen met behulp van werknemers van de overheid en belastinggeld. Voorbeelden hiervan zijn de brandweer, onderwijs en het onderhoud van wegen en natuur. Een 'public enterprise' is een onderneming die geheel of gedeeltelijk in het bezit is van de overheid en waardoor de overheid op die manier nog over een grote mate van autonomie of inspraak beschikt. Een voordeel hiervan is dat de overheid ervan uit kan gaan dat de zaken goed geregeld worden, maar dat ze daar niet zelf de verantwoordelijkheid voor hoeft te nemen. Eén van de belangrijkste instrumenten is de 'market creation'. Hiermee wordt de marktwerking bedoeld die ontstaat tussen producent en consument. Zowel producent als consument willen zo min mogelijk kosten maken en er ontstaat dus een win-win situatie. Dit is een instrument wat de overheid nu inzet op de zorgsector om te proberen op deze manier de kosten voor zorg zo laag mogelijk te houden. Bij 'authority-based' beleidsinstrumenten is met name het volgende instrument van belang: command and control regulation. Onder 'command and control regulation' vallen de mogelijkheden die de overheid heeft om beleid via wet- en regelgeving door te voeren. De overheid kan, om bijvoorbeeld te voorkomen dat tijdens een uitbraak van een griep pandemie de besmetting zich verspreidt, gebieden om scholen en openbare gelegenheden te sluiten. 'Treasure-based' instrumenten, zoals subsidies, tax incentives en taxes and user charges, zijn er op gericht om op economische wijze de beleidsvorming rond te krijgen. Er wordt bijvoorbeeld door middel van belasting en gebruikerkosten geprobeerd om gezondheidschadend gedrag af te leren. Een voorbeeld hiervan zijn de hoge accijnzen op sigaretten.

Ten slotte de laatste groep beleidsinstrumenten: de 'nodality or information-based' instruments. Het belangrijkste instrument in deze groep is public information campaigns. De overheid probeert met publieke campagnes om de aandacht van de bevolking op een

onderwerp te vestigen en ze daarover te informeren met als doel gezondheidsschadend gedrag te verminderen. Al deze instrumenten worden gebruikt door beleidsmakers om hun beleid te kunnen vormen en er draagvlak voor te creëren. Onder dit instrument vallen ook politieke commissies die advies uitbrengen aan instanties of beroepsgroepen, om ze te overtuigen van het gekozen beleid. Om het gebruik van de instrumenten meer te verduidelijken zal de indeling van Van der Doelen in Jansen et al. (2002) hieronder worden beschreven.

In het artikel van Jansen et al. (2002) onderscheidt Van der Doelen zes beleidsinstrumenten, onderverdeeld in twee categorieën: stimulerend en repressief. Stimulerende beleidsinstrumenten kunnen worden ingezet om gezondheidsbevorderende of beschermende factoren te stimuleren. Repressieve instrumenten dienen om gezondheidsschadende of bedreigende factoren te voorkomen of terug te dringen (Van der Doelen 1993 in Jansen et al 2002).

	Stimulerend	Repressief
Communicatief	voorlichting	propaganda
Economisch	subsidie	heffing
Juridisch	overeenkomst	gebod, verbod

Deze indeling lijkt veel op die Howlett & Ramesh (2003) en Dute & Hermans (2000) hebben gemaakt. Alle auteurs beschrijven instrumenten die zowel als beloning of als straf kunnen worden ingezet. Subsidies zijn een beloning en geboden en verboden kan je zien als straf. Howlett & Ramesh daarentegen zijn wat dieper ingegaan op de beschrijving van de instrumenten, maar uiteindelijk kunnen de beleidsinstrumenten van alle drie de publicaties samengevat worden onder de indeling van Dute & Hermans: informatief; voorziening of faciliteit; prikkels of incentives en wet- en regelgeving. De beleidsinstrumenten kunnen afzonderlijk van elkaar worden gebruikt, maar het meersporenbeleid (gebruik maken van meerdere instrumenten tegelijk) lijkt breed te worden erkend (Jansen et al 2002). De overheid kiest er vaak voor om samen met duidelijke informatievoorziening ook een economische prikkel te geven om zo het beleid beter in te kunnen voeren. Een voorbeeld van één van de instrumenten die de overheid gebruikt om beleid te vormen zijn de beleidsdraaiboeken. De overheid wil, vanuit de opdracht van de WHO, dat elke regio zijn eigen beleid rond de uitbraak van een griep-pandemie regelt. Om dit gedaan te krijgen heeft de overheid besloten om landelijke draaiboeken op te stellen die kunnen dienen als leidraad voor het opstellen van regionaal beleid. De overheid probeert door middel van dit instrument de regio's te sturen in hoe ze hun eigen beleid moeten regelen en waar het aan moet voldoen.

De landelijke draaiboeken

Vanuit de World Health Organisation is een aanbeveling gedaan aan alle landen om de nodige preventieve maatregelen op te stellen in draaiboeken. Eerst zal er worden uitgelegd wat de WHO voor organisatie is en daarna zullen de draaiboeken beschreven worden.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is een organisatie gevestigd in Genève met als doel wereldwijde aspecten van de gezondheidszorg in kaart te brengen, activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg te coördineren en de gezondheid van de wereldbevolking te bevorderen. De WHO is opgericht door de Verenigde Naties en houdt zich tevens bezig met classificatie van aandoeningen (ICD-10) en geneesmiddelen (ATC-codering) (WHO 2007).

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie kan een pandemie ontstaan wanneer aan de volgende drie eisen is voldaan:

- Het opkomen van een ziekte die nieuw is aan de populatie
- De ziekte infecteert mensen en veroorzaakt zware klachten
- De ziekte verspreid gemakkelijk onder mensen (ibid 2007).

Vanuit de EU en de WHO is er op aangedrongen dat ieder land een draaiboek heeft klaarliggen in het geval van een optredende pandemie. Dit plan voor het maken van de draaiboeken stamt uit 1997, toen de vogelgriep in Hongkong uitbrak. De doelstelling van het draaiboek is het schetsen van de kaders voor de voorbereiding en de bestrijding van een influenzapandemie en het geven van goede voorlichting aan het publiek. In Nederland heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opdracht gegeven aan het Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) om een landelijk operationeel draaiboek op te stellen. Aan de hand van dit landelijke draaiboek werden alle regio's in Nederland verzocht hun eigen beleid op te zetten. Deze regionale draaiboeken hebben tot doel het beperken van zieken en sterfte aan influenza en de daarmee gepaard gaande complicaties, voorbereiden op de grote zorgvraag die gaat komen en de maatschappelijke gevolgen zo laag mogelijk houden (LCI 2004).

Er zijn meerdere landelijke deeldraaiboeken opgesteld, die hieronder besproken zullen worden. Het eerste deeldraaiboek heeft als primaire doel om transmissie van aviaire influenza (vogelgriep) van pluimvee naar mensen te voorkomen. Het secundaire doel is het voorkomen van maatschappelijke onrust in Nederland. Dit draaiboek richt zich voornamelijk

op de maatregelen voor besmette pluimveebedrijven. Als er verdenking is van zieke dieren, wordt er onderzoek gedaan naar het virus. Als blijkt dat het virus onbekend is, moeten alleen voorzorgsmaatregel worden genomen. Dit zijn het dragen van een wegwerpoverall, wegwerp handschoenen, het dragen van een masker en het dragen van een beschermbril. Als echter blijkt dat het virus zeer veel lijkt op de vogelgriep of dit wordt zelfs bevestigd dan starten de volgende maatregelen. Het pluimveebedrijf wordt geruimd en humane acties worden in gang gezet. Het LCI neemt contact op met de plaatselijke GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) en informeert hen over de situatie. Het GGD neemt vervolgens contact op met het GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) om hen te informeren. Er wordt gestart met de preventie met het antivirale middel oseltamivir en een eventuele griepvaccinatie. Verder blijven ook de eerder genoemde voorzorgsmaatregelen van kracht (LCI 2006a). Dit eerste deeldraaiboek is duidelijk een vorm van primaire preventie, wat al eerder in dit stuk naar voren is gekomen. Er zijn voornamelijk maatregelen opgesteld om te voorkomen dat de mensen, dicht bij de bron, ziek worden.

Het tweede deeldraaiboek richt zich meer op de menselijke besmetting met het virus. Dit draaiboek beschrijft de maatregelen die moeten leiden tot het beperken van ziekte en sterfte ten gevolge van besmetting met een nieuw humaan influenzavirus en het voorkomen van verdere verspreiding. Het doel van die maatregelen is het begin van een grieppandemie in Nederland zo lang mogelijk uit te stellen. Het kan bijvoorbeeld het geval zijn dat iemand in het buitenland besmet is geraakt en via het vliegtuig Nederland is binnengekomen. Dit draaiboek beschrijft het zorgtraject dat deze patiënt moet afleggen. Het gaat hier om een heel specifieke beschrijving van alle stappen die genomen kunnen en moeten worden door de betrokken instanties. Het betreft hier dan de voorschriften voor het ontvangen, onderzoeken en observeren van een patiënt door de huisarts, het ziekenhuis en/of de GGD. Verder worden de strikte hygiëne-eisen opgenoemd en de diagnostiekregels uitgelegd. Reeds moet bij de diagnostiek voorzichtig te werk gegaan worden, omdat de patiënt besmettelijk kan zijn. Ten slotte worden er ook nog actiepunten genoemd voor de regio, de GGD, het ziekenhuis en de huisarts. Dit is bijvoorbeeld het in voorraad hebben van voldoende beschermingsmaterialen, zoals handschoenen en mondkappen (LCI 2006b). Dit tweede deeldraaiboek heeft een heel sterk secundair preventief karakter. De maatregelen die hierin beschreven worden hebben vooral als doel om ziektegevallen op te sporen en te voorkomen dat de ziekte zich verspreidt.

In het derde deeldraaiboek wordt er beschreven wat er gedaan kan worden aan voorbereiding om klaar te zijn voor een influenzapandemie. Er wordt aangegeven aan welke

eisen regio's moeten voldoen. Ook wordt er beschreven hoe de distributie van antivirale middelen en vaccin plaatsvindt (LCI 2005b). Dit is een vorm van tertiaire preventie, omdat de ziekte al aanwezig is. Het gaat er nu om dat er voorkomen wordt dat het een echte pandemie wordt en er veel mensen besmet raken. De verdeling van de antivirale middelen en vaccin staat beschreven in de prioritering van de Gezondheidsraad.

Er zijn in totaal drie voorbeeld deeldraaiboeken geschreven door het LCI. Allen hebben ze te maken met de aviaire influenza of een variant die nieuw ontstaat en waar de mens geen weerstand tegen heeft. Gezamenlijk behoren deze draaiboeken tot het proces van preparatie op een pandemie waarbij deeldraaiboek drie de beheersprocessen beschrijft van de pandemische fase. De verantwoordelijkheid voor de uitwerking van deeldraaiboek één en twee lag bij de GGD in samenwerking met de GHOR. Voor de uitwerking van deeldraaiboek 3 is met name de GHOR verantwoordelijk geweest (ibid 2005b).

Zoals eerder vermeld is, heeft de Gezondheidsraad een rapport geschreven met daarin de prioritering van de verspreiding van de antivirale middelen en het vaccin bij de uitbraak van een pandemie. Op aanvraag van het ministerie van VWS heeft de Gezondheidsraad een advies gedaan over het gebruik van antivirale middelen bij schaarste. Dit advies heeft twee doelen: spreiding van de pandemie in de tijd door reductie van het aantal zieken en indamming van de gevolgen van infectie door het geven van antivirale therapie. De gezondheidsraad noemt drie groepen mensen die, bij het uitbreken van de pandemie, als eerste het antivirale middel moeten gaan gebruiken. Het gaat om mensen met ernstige luchtweg, long- of hartproblemen, mensen met een insuline-afhankelijke vorm van diabetes en zorgprofessionals. Onder die laatste groep vallen de mensen die zorg dragen voor diagnose en behandeling van patiënten en die zorg dragen voor de logistiek van de hiervoor benodigde middelen. Verder adviseerde de raad om mensen buiten deze risicogroepen alleen te behandelen met antivirale middelen als zij door complicaties van een influenza-infectie in het ziekenhuis zijn opgenomen (Gezondheidsraad 2004). Dit advies door de Gezondheidsraad is gedaan op basis van de scenario-ontwikkeling bij een grieppandemie door het RIVM. Voor het opstellen van beleid is het handig om te beschikken over schattingen over de zorgvraag tijdens een pandemie. Daarom heeft het RIVM dit onderzoek uitgevoerd. Dit rapport zal hieronder kort worden samengevat.

Uit de geschiedenis van de pandemie kan worden opgemaakt dat ongeveer 30-50% van de bevolking het griepvirus zal oplopen. Vervolgens is er door het opstellen van een model een schatting gemaakt van het aantal zorgvragen bij verschillende scenario's. Dit model is opgesteld door de bevolking op te delen naar leeftijdscategorieën en vervolgens naar

risicogroepen. De volgende scenario's zijn gebruikt: Het niet-interventie scenario; een pneumokokken-vaccinatie bij risicogroepen voor influenza; de inzet van neuraminidase-remmers als antiviraal middel en het scenario waarbij het influenzavaccin beschikbaar is. Met behulp van deze scenario's is er een schatting gemaakt van het aantal benodigde ziekenhuisbedden en het aantal sterfgevallen. Bijvoorbeeld bij een niet-interventie scenario waarbij 30% van de bevolking ziek wordt, zijn er 10.186 ziekenhuisopnames en 4040 verwachte sterfgevallen (RIVM 2001). De cijfers die uit het onderzoek naar voren komen blijven ruwe schattingen, maar kunnen toch voor enig houvast zorgen bij het maken van het beleid.

Nu beschreven is wat er allemaal bekend is over beleidsvorming en zijn deelaspecten uit de literatuur is het tijd om te gaan kijken naar de interviews die gehouden zijn. Met behulp van deze interviews is gekeken naar hoe de regionale beleidsvorming is geweest. In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van de analyses van de interviews worden beschreven. Deze resultaten zullen vergeleken worden met de literatuur uit het theoretisch kader om te zien waar de overeenkomsten en verschillen zitten.

Resultaten

In dit resultaten hoofdstuk zal de analyse van de interviews plaatsvinden. Dit zal gebeuren aan de hand van de deelvragen die in de inleiding gesteld zijn. Tevens zal hier de discussie van deze resultaten plaatsvinden met behulp van de literatuur uit het theoretisch kader. Aan het einde van dit hoofdstuk zullen de tekortkomingen van mijn onderzoek besproken worden.

Participatie

Door de GGD, de GHOR, de brandweer, de politie en de gemeenten is aan het gebin van het project een startbijeenkomst georganiseerd. Hiervoor waren alle relevante partijen zoals ziekenhuizen en huisartsen voor uitgenodigd. Daar is uitgelegd aan iedereen waarom dit beleid noodzakelijk was en hoe het zou worden gevormd. Na deze bijeenkomst zijn er alleen nog maar kleine bijeenkomsten geweest van de GGD, de GHOR en de gemeenten waar af en toe een huisarts of ziekenhuisvertegenwoordiger bij aanwezig was. De brandweer en politie zijn niet bij alle bijeenkomsten betrokken geweest, omdat hun rol in de draaiboeken niet erg groot is.

De eerste deelvraag luidt: Hoe wordt ervoor gezorgd dat alle instanties, die betrokken zijn bij deze beleidsvorming, op één lijn staan met elkaar? Bij de vorming van het beleid in de regio Hollands Midden zijn meerdere organisaties betrokken geweest. Al deze organisaties hadden eigen belangen bij de invulling van het beleid en daarom is het zeer interessant om te zien hoe hier in de praktijk mee omgegaan werd. Volgens mevrouw Visser is de beste methode om voor eensgezindheid binnen de beleidsvorming te zorgen om de andere actoren erbij te betrekken. Door het organiseren van tussentijdse bijeenkomsten werd ervoor gezorgd dat alle participanten op de hoogte bleven van de vorderingen in de beleidsvorming. Ook konden dan de actoren nog hun meningen en argumenten geven over de conceptversies van het beleid, zoals het dan op tafel lag. Mevrouw Visser geeft echter aan dat de betrokkenheid van de andere instanties niet zo groot was, maar dat als je ze er bij werden betrokken iedereen wel bereid was om akkoord te gaan en het beleid vast te stellen.

Door ze te betrekken. (...) En dan heeft iedereen ook de kans gehad. De betrokkenheid was toch al niet zo groot, van de één meer als van de ander, maar als je ze erbij betreft dan is iedereen ook wel bereid om ermee akkoord te gaan om het vast te stellen. (...) We waren überhaupt al heel blij als ziekenhuizen reageerden (Visser 2007).

Door actoren bij de beleidsvorming te betrekken, hebben ze de kans gehad om hun eigen inzichten in het beleid te verwerken. Duidelijk wordt wel dat je kan spreken van meer actieve en minder actieve actoren. Niet iedere actor was even actief in het samenwerkingsproces.

Als niet alle actor eenzelfde belang hechten aan zo'n proces, lijkt het dat de meer actieve actoren deze mogelijkheid aangrijpen meer invloed uit te oefenen. Als deze bevinding wordt vergeleken met de literatuur uit het theoretische kader blijkt deze ongeveer overeen te komen. Volgens Jansen et al (2002) is participatie van de relevante actoren tijdens het proces een belangrijke succesfactor, het levert beleid op waar iedere actor zich in kan vinden.

Dit was vooral het geval in de samenwerking met de ziekenhuizen. Deze was, ondanks dat de ziekenhuizen in eerste instantie het nut van regionaal beleid niet inzagen, goed te noemen. Mevrouw Visser vertelde in haar interview dat de ziekenhuizen het nut van een regionaal beleid niet erg inzagen. Ze waren van mening dat als het tot een uitbraak gaat komen, er toch niet volgens het draaiboek gehandeld gaat worden. Daar komt nog bij dat ziekenhuizen hun eigen beleid hebben, ook ten aanzien van infectieziekten. Dit eigen beleid botst met het regionale beleid en daarom zijn ze er niet echt op gebrand om mee te werken aan het regionale voorbereidingen. Aan de andere kant waren het vooral de ziekenhuizen die zich zeer bewust waren van de gevaren van een grieppandemie en vonden ze het belangrijk toch betrokken te zijn bij het vaststellen van het beleid.

En had die goede samenwerking ermee te maken dat iedereen de noodzaak er wel van inzag?

Ja, ik denk op dat moment wel. (...) Zeker de ziekenhuizen vonden het echt belangrijk (Visser 2007).

De ziekenhuizen waren in eerste instantie niet erg enthousiast over de vorming van het regionale beleid, omdat zij hun eigen protocollen hebben ten aanzien van infectieziekten. De beleidsmakers hebben hier echter goed op ingespeeld door gebruik te maken van bestaande protocollen van het ziekenhuis over bijvoorbeeld infectieziekten. Hierdoor werd het ziekenhuis bij het project betrokken en hoefde de beleidsmakers niet zelf alle protocollen te ontwikkelen.

(...)ziekenhuizen, die hebben hun eigen hygiëne protocollen en dat soort dingen. Maar goed, het bleek ook wel goed te werken, want je kreeg ook wel dingen opgestuurd enzo. En ook wel omdat je bijvoorbeeld protocollen van hen overneemt. Want er moesten bijvoorbeeld ook hygiëne protocollen van ziekenhuizen in en dan hoef je dus niets nieuws te maken, dan kan je gewoon bestaande processen toevoegen. Je hoeft niet voor alles het wiel uit te gaan vinden. Bijvoorbeeld met de ziekenhuisapotheek waren ook wel verschillen, maar die waren wel reëel dus dan moet je die ook wel overnemen (Visser 2007).

Door het gebruik van de protocollen van de ziekenhuizen in het regionale beleid waren beide partijen tevreden en was de samenwerking met de ziekenhuizen een succesfactor. Ondanks

dat het bewerkstelligen van participatie van de ziekenhuizen veel tijd en moeite kost, is het essentieel voor het behouden van draagvlak bij de doelgroep en beleidsactoren (Jansen et al 2002).

Ook mevrouw Roosjen geeft aan dat participatie de methode is geweest om de actoren bij de beleidsvoering te betrekken. Volgens haar werkten drie van de vier ziekenhuizen al goed met elkaar samen, omdat die dicht bij elkaar gelegen zijn. Als beleidsmakers hebben ze ervoor gezorgd dat het vierde ziekenhuis ook werd betrokken in de samenwerking. Verder vertelde ze dat, bij elke bijeenkomst van de GGD en de GHOR over de organisatie rond rampenbestrijding, de infectieziekten ook besproken moesten worden. Doordat alle actoren bijeenkwamen voor vergaderingen komen alle actoren op een lijn te staan. En door tijdens deze bijeenkomsten ook infectiedraaiboeken te bespreken wordt voor iedereen duidelijk dat ook infectieziekten een ramp kunnen veroorzaken.

Nou we hebben ervoor gezorgd dat de ziekenhuizen met elkaar afspraken hebben gemaakt. We hebben de situatie dat drie van de vier ziekenhuizen heel dicht bij elkaar liggen en ook intensief met elkaar samenwerken, maar niet met de vierde. We hebben ervoor gezorgd dat ze met z'n vieren samenwerken, want dat is één regio. Het is iets wat alle ziekenhuizen in de regio aangaat. Wat belangrijk is denk ik, is dat wij als GHOR en GGD op één lijn staan. (...) Dus dat je ervoor zorgt dat de infectiedraaiboeken onderdeel uitmaken van de samenwerking. Ik ben er een voorstander van om tijdens bijeenkomsten iedere keer de infectieziekten erin te betrekken. Om te laten zien dat ook daardoor een ramp kan ontstaan en zodat je niet de hele club bij elkaar hoeft roepen om het specifiek daarover te hebben. Dat er je ieder keer voor zorgt dat de infectieziekten er ook bijhoren (Roosjen 2007).

Meneer Meijer beantwoordde de vraag op een andere manier. Hij lijkt zich meer te richten op de organisatiesturing binnen de regionale beleidsvorming. Meneer Meijer legde uit dat al het beleid wat ze als organisatie vormen, over alles wat de brandweer aangaat, eerst naar het directieteam van de brandweer gaat. Van daaruit wordt het doorgestuurd naar het dagelijks bestuur van de regio. waaronder alle gemeenten onder vallen. Hierin zitten ongeveer negen burgemeesters en die vertegenwoordigen de overige burgemeesters van alle gemeenten binnen de regio. Als het dagelijks bestuur zijn goedkeuring heeft uitgesproken gaat het voorstel door naar het algemeen bestuur. Hierin zitten alle negenentwintig burgemeesters uit de regio. Het algemeen bestuur beslist met 51 procent van de stemmen of het beleid wel of niet zo wordt doorgevoerd.

Deze opbouw van verantwoording geldt ook zo voor de GHOR en de politie. Zij moeten dus als operationele diensten tezamen al een overeenstemming hebben bereikt over het te volgen beleid, voordat dit bij het bestuur komt te liggen. Het is niet de bedoeling dat zij

afzonderlijk een aanbeveling doen en dat in het bestuur besloten moet worden welke weg ze gaan volgen. Hierdoor is er voor de operationele diensten een klein stukje invloed gecreëerd. Zij kunnen het bestuur mogelijkheden voorleggen en het bestuur maakt de uiteindelijke keuze. Hun invloed zit hem dus in wat ze het bestuur voorleggen.

De organisaties die in de voorbereiding op rampenbestrijding zitten, hebben heel veel met politiek en het bestuur te maken en het bestuur geeft aan of ze naar links of naar rechts gaan. Dus wij leggen het bestuur mogelijkheden voor en de keuze is aan hun. Onze invloed zit hem met name in wat leggen we hen voor en de uitwerking van die mogelijkheden moet het bestuur een beeld geven wat het gevolg daarvan (Meijer 2007).

Door actoren te laten participeren in de besluitvorming, wordt aan iedereen de kans gegeven om input te geven. Hierdoor zijn deze partijen meer geneigd om mee te werken. Dit blijkt vooral uit de samenwerking met de ziekenhuizen. Door hun eigen infectieziekteprotocollen in het regionale beleid op te nemen, creëer je toch een betrokkenheid bij de actoren.

De beleidsinstrumenten

Nu er bekend is hoe de beleidsmakers omgaan met de verschillende actoren en hoe zij hen betrekken in de vorming van het beleid, kan er gekeken worden naar de mogelijkheden van sturing van de beleidsvorming. De tweede deelvraag is daarom: Hoe wordt bij de vorming van beleid omgegaan met de verschillende beleidsinstrumenten? De beleidsmakers gebruiken deze instrumenten om de verschillende actoren in het besluitvormingsproces te laten meewerken en ze het beleid te laten accepteren. Vooral meneer Meijer heeft hier informatie over gegeven tijdens zijn interview. Volgens hem zijn de belangrijkste technieken van goede beleidsvorming overleggen en overtuigen.

(...) constant overleggen en overtuigen van elkaar. Door veel te praten en te proberen de ander van je standpunt te overtuigen (Meijer 2007).

Hierin is informatievoorziening een belangrijk instrument, omdat door een goede en juiste voorlichting van het bestuur, door de projectgroep, het beste beleid gevormd wordt. Verder beschreef hij ook het belang van 'netwerken' binnen de organisatie van de brandweer, omdat daarmee meer voor elkaar wordt gekregen dan hiërarchische opdrachten. Door op vriendschappelijke basis met collega's om te gaan en af en toe een praatje te maken, wordt er meer voor je gedaan als dat eens nodig is.

(...) Daar staat tegenover dat het netwerk wat we hier intern hebben, de samenwerking wel weer makkelijker maakt. Overigens is dat wel een leuke waarneming. Met netwerken krijg je in deze organisatie meer voor elkaar dan met puur hiërarchische opdrachten. Als in nu naar de secretaresse van de commandant ga en een praatje maak, dan bouw ik een netwerk. Als ik dan echt eens wat nodig heb, ga ik daarheen en het wordt dat snel gedaan. Op informele vriendschappelijke basis bereik je meer (Meijer 2007).

Meneer Meijer maakt als beleidsmaker dus veel gebruik van stimulerende communicatie tegenover de andere actoren in het veld en tegenover het bestuur. Daarmee maakt hij volgens de classificering van Jansen et al. (2002) gebruik van het instrument voorlichting. Hij gebruikt dit instrument tijdens overleggen met de andere actoren. Door te praten probeert hij om hen te overtuigen van zijn standpunt.

Meneer Jacobi, die werkzaam is bij het LCI, beschrijft dat in een aantal regio's het beleid niet goed uitgewerkt was. Dit was ook gebleken uit het rapport van de IGZ (Inspectie van de Gezondheidszorg), die drie regio's als onvoldoende voorbereid hadden beoordeeld (IGZ 2005). Het bleek dat de meeste ziekenhuizen in die regio's wel wisten dat er een pandemiedraaiboek geschreven werd, maar dat zij daar helemaal niet bij betrokken werden. De oorzaak hiervan was dat de regio's wel de ziekenhuizen zelf, maar niet de koepelorganisaties van de ziekenhuizen bij de beleidsvorming betrokken hadden. In de regio Hollands Midden heeft dit probleem niet gespeeld, want zij hebben de ziekenhuizen en de koepelorganisaties wel goed bij de beleidsvorming betrokken. De minister van VWS heeft zich dat erg aangetrokken en heeft toen een werkgroep opgesteld die bestond uit het LCI, de raad van RGFen en de koepelorganisaties van ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. Deze werkgroep heeft een advies gedaan aan alle ziekenhuizen in Nederland om ervoor te zorgen dat ze hun rampenopvangplan in orde hadden. Dit advies is bindend, dus ziekenhuizen zijn verplicht dit uit te voeren. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat ziekenhuizen hun eigen rampenscenario's op orde hebben. Een bindend advies is eigenlijk een gebod, want de ziekenhuizen hebben geen andere keus dan het uit te voeren. De voorbereidingen op een pandemie worden op deze manier onderdeel van het rampenbestrijdingsplan van een ziekenhuis. Door het geven van dit advies worden ziekenhuizen betrokken bij de regionale beleidsvorming. Deze werkgroep heeft dus een beleidsinstrument gebruikt wat ziekenhuizen verplicht stelt hun beleid op orde te hebben. Daarmee maakt de werkgroep gebruik van het instrument wet- en regelgeving van Dute & Hermans (2000). Ook Howlett & Ramesh (2003) en Jansen et al. (2002) hebben dit instrument geclassificeerd. Howlett & Ramesh (2003) classificeren het als een instrument dat valt onder 'command and control regulation' en Jansen et al. (2002) noemen het een

repressief juridisch instrument. Ook de werkgroep zelf kan als instrument gezien worden dat gebruikt wordt door de minister om zijn beleid door te voeren. Howlett & Ramesh beschrijven dit als een 'Nodality or information-based instrument', waarbij de werkgroep gebruikt wordt om de druk uit te oefenen op de ziekenhuizen om hun beleid op orde te maken.

Ook de IGZ heeft gebruik gemaakt van het beleidsinstrument wet- en regelgeving van Dute & Hermans (2000). Zij heeft vanuit de landelijke draaiboeken indicatoren overgenomen waaraan de regionale beleidsvorming moest voldoen. Met deze indicatoren heeft de IGZ alle regio's beoordeeld op hun status van voorbereiding voor een grieppandemie en hier een rapport over geschreven. Alle regio's die nog niet aan de eisen van de IGZ voldeden moesten ervoor zorgen dat dit zo snel mogelijk wel het geval was (IGZ 2005). Meneer van Vulpen (2007) vertelde dat de IGZ de regio Hollands Midden een aantal keer had beoordeeld als onvoldoende voorbereid. De IGZ gaf aan wat er verbeterd moest worden en wat er nog ontbrak en vervolgens werd dit door de regio uitgevoerd.

In ieder geval heeft de inspectie ook regelmatig gecontroleerd of je als regio voldoende voorbereid bent op een pandemie. Nou, dat is natuurlijk in stapjes gegaan. De eerste keer dat wij en dat zijn er meerderen geweest, beoordeeld zijn door de inspectie hebben die gezegd dat het nog niet helemaal goed was. En waar we aan moesten denken. Vervolgens is dat weer veranderd in die draaiboeken en sinds vorig jaar juni is er gezegd dat we voldoende voorbereid zijn op een uitbraak (Van Vulpen 2007).

De landelijke beleidsdraaiboeken zijn door de overheid ook als beleidinstrument gebruikt. De overheid wilde dat alle regio's zich zouden voorbereiden op een grieppandemie en heeft daarom de draaiboeken geschreven die vertaald moesten worden naar regionaal beleid. De draaiboeken zijn als een stimulerend instrument gebruikt (Jansen et al. 2002). In de draaiboeken stond duidelijk aangegeven wat er van de regio's verwacht werd, daardoor hoefden ze dat niet zelf uit te zoeken en kon het beleid makkelijker gemaakt worden. Mevrouw Visser gaf aan in haar interview dat als deze landelijke draaiboeken en de dwang van de overheid er niet geweest waren, er waarschijnlijk niks gebeurd was. Volgens haar hadden de regio's dan genoeg genomen met de bestaande protocollen rond de infectieziekten.

Was voor u de noodzaak van het opstellen van dit beleid duidelijk of was alleen maar een opdracht van het ministerie die uitgevoerd moest worden?

Ja ja, anders zouden we het niet gedaan hebben. Je hebt natuurlijk je infectieziekte draaiboeken en dergelijke, maar hier staan hele specifieke dingen in die je moet doen. Maar

het helpt wel dat het in het nieuws was en dat het gedwongen is opgelegd, want anders denk ik niet dat de GGD het gedaan had (Visser 2007).

Samenvattend kan gezegd worden welke instrumenten gebruikt werden en hoe ze ingezet zijn. Meneer Meijer gaf aan dat hij overleggen en overtuigen goede technieken vindt in beleidsvorming en dus maakt hij gebruik van het instrument voorlichting (Dute & Hermans 2000). Tevens is er op twee manieren gebruik gemaakt van het instrument wet- en regelgeving (Dute & Hermans 2000). De werkgroep, opgesteld door de minister van VWS, heeft gebruik gemaakt van het instrument door een bindend advies uit te brengen. Ook de IGZ heeft gebruik gemaakt van wet- en regelgeving door alle regio's te controleren op hun staat van voorbereiding met behulp van de indicatoren uit het landelijke draaiboek. Naast deze instrumenten heeft de overheid de landelijke draaiboeken ook als stimulerend instrument gebruikt (Jansen et al. 2002).

Positieve en negatieve ervaringen in beleidsvorming

In de voorgaande deelvragen zijn al verschillende onderdelen van beleidsvorming besproken. De participatie van actoren is behandeld om te laten zien hoe de samenwerking tussen de partijen functioneerde. Daarna zijn de beleidsinstrumenten voorbij gekomen. Hier is naar gekeken om aan te tonen welke methoden beleidsmakers gebruiken om beleid vorm te geven. Om meer naar de uiteindelijke beantwoording van de hoofdvraag toe te werken zullen in deze deelvraag de goede en slechte ervaringen rond de regionale beleidsvorming besproken worden. In de beschrijving van de vorming van het beleid is het belangrijk dat zowel positieve als negatieve ervaringen worden meegenomen. Daarvoor wordt de volgende vraag gebruikt: Waar is het in de voorbereiding goed of fout gelopen en waarom? Als eerste is deze vraag voorgelegd aan meneer Meijer. Hij benoemde een positief punt en een tweetal minder positieve punten. Als positieve ervaring noemde hij de samenwerking met de GHOR, de politie en de gemeenten. Doordat deze partijen al een samenwerkingsverband vormden omdat ze in dezelfde regio werkzaam zijn, zijn het allemaal bekende personen. Iedereen kent elkaar, kan elkaar makkelijk vinden en weet wat ze aan elkaar hebben. Door relatienetwerken wordt de samenwerking met elkaar makkelijker, zoals eerder in de resultaten ook besproken is. In het verleden waren de GHOR, de politie en de brandweer gescheiden gehuisvest en daardoor was het heel moeilijk om afspraken met elkaar te maken. Doordat ze nu in één gebouw zitten en iedereen bij elkaar binnen kan lopen, scheelt dit veel tijd in het totale proces.

Nee, in grote lijnen zou het weer op dezelfde manier gaan. Het gaat ook al jaren op deze manier. (...) In het verleden waren GHOR, brandweer en politie gescheiden gehuisvest, waarbij je veel moeilijker elkaar kan opzoeken. Dan moet je echt gaan werken met afspraken. Iedereen heeft het druk, dus het makkelijk bij elkaar krijgen is dan niet meer. Nu kun je makkelijk bij elkaar binnen lopen, dus het gaat nu best aardig zo (Meijer 2007).

Het eerste minder positieve punt, gaat over de verschillen in opvatting van de gemeenten en de GHOR over het realiseren van zorgmeldpunten. Tijdens het uitwerken van de draaiboeken was er door de gemeenten een punt van kritiek op de landelijke draaiboeken. Daarin stond dat de gemeenten een lijst moesten maken met mogelijke zorgmeldpunten, waar de grieppatiënten opgevangen en behandeld kunnen worden. De gemeenten waren bang dat als deze lijst met locaties zou uitlekken, de hotels of organisaties zouden weigeren mee te werken. In dat geval kan de gemeente ervoor kiezen om met een verordening van de burgemeester alsnog medewerking af te dwingen. Maar de meeste gemeenten vonden dat geen goede manier om de zorgmeldpunten te realiseren, omdat ze deze formulering te hard vonden. Zij stelden voor om van te voren afspraken te maken met een hotel of organisatie, maar daar voelde de GHOR niet veel voor. Die wilde liever precies de landelijke draaiboeken volgen. Er is dus sprake geweest van een meningsverschil tussen de GHOR en de gemeenten. In eerste instantie was geen van beide bereid om een compromis te sluiten, maar uiteindelijk is ervoor gekozen om nuances aan te brengen in het beleid en de gemeenten eerst de mogelijke zorgmeldpunten te laten kiezen en dan afspraken te gaan maken met die organisaties. Beide partijen hebben met elkaar een compromis moeten sluiten en zijn er op die manier uitgekomen.

Heeft u of een andere organisaties een compromis moeten sluiten over één of meerdere punten? En welke punten waren dit?

Dan moet ik zeggen de GHOR. Omdat in de draaiboeken heel hard staat dat je de zorgmeldpunten geregeld moet hebben en daar hebben de gemeenten een probleem mee. In de werkgroep probeer je daar uit te komen en iedereen doet een beetje water bij de wijn. De GHOR heeft niet de harde toezeggingen gekregen die ze wilde, maar wel een lijst met mogelijke zorgmeldpunten (Meijer 2007).

Meneer Meijer noemde als ander minder positief punt het verschil van inschatting van de landelijke draaiboeken tussen de GHOR en de brandweer. De GHOR zag de draaiboeken als een monodisciplinair project en dus volledig als hun eigen project. De andere partijen, zoals de brandweer, zagen de draaiboeken meer multidisciplinair. Zij waren het met de GHOR eens dat de vorming van het regionale beleid een taak van hen was, omdat zij als

taak hebben de geneeskundige diensten te coördineren bij ongevallen en rampen, maar vonden wel dat de andere belangrijke actoren er bij betrokken moesten worden.

(...) meer een verschil in waarneming of inschatting van de draaiboeken. De GHOR ziet het als monodisciplinair en heeft zoiets van het gaat over ons. En de andere partijen denken: Je wilt dit multidisciplinair aanpakken dus dan moeten we het ook met elkaar doen. Als je het leest dan gaat het wel hoofdzakelijk over hen, maar je moet wel blijven afstemmen met de andere partijen (Meijer 2007).

Deze partijen hebben eveneens een belangrijke rol als de griep пандemie uitbreekt en het daarom belangrijk dat ze bij de vorming van het beleid betrokken worden en blijven. Meneer Meijer beschrijft dit verschil van inzicht als een spanningsveld tussen de partijen, omdat je voorzichtig moet zijn dat de partijen elkaar niets gaan verwijten. Door over dit meningsverschil te praten zijn de problemen opgelost en is de samenwerking bewerkstelligd.

Ook meneer Jacobi is tijdens het schrijven van de landelijke draaiboeken tegen een aantal problemen aangelopen. Hij vertelde dat alles wat bedacht werd te maken had met de eerste en tweede lijnszorg. Dit vond hij een grote bottleneck. Vooral huisartsen spelen een belangrijke rol, want die moeten straks antivirale middelen gaan voorschrijven bij de uitbraak van een pandemie. Daarom vond de minister van VWS het nodig dat er een richtlijn voor de huisartsen geschreven werd, waarin precies staat hoe voorschrijven van de antivirale middelen moet verlopen. Deze standaard is door de NHG (Nederlandse huisartsen genootschap) uitgewerkt. Een klein probleem is echter dat huisartsen zelfstandige ondernemers zijn en vrij zijn om deze standaard wel of niet te volgen.

Huisartsen zijn zelfstandig ondernemers dus daar kan je heel moeilijk van zeggen dat iedere huisarts het zo moet doen. Dus de NHG maakt wel zo'n leidraad, maar huisartsen zijn vrij om dat op te volgen (Jacobi 2007).

De problemen met huisartsen speelden niet alleen op landelijk niveau, maar ook op regionaal niveau. Mevrouw Roosjen vertelde dat ze tijdens de regionale voorbereidingen heel moeilijk contact kregen met de huisartsen. Dit kwam omdat er geen vertegenwoordigers waren, waarmee gesprekken gevoerd konden worden. Er bestaat wel een landelijke vereniging, de NHG, maar niet alle huisartsen zijn hierbij aangesloten. Hierdoor was het betrekken van alle huisartsen in het vormen van beleid moeilijk.

Dit gebrek aan organisatie onder/achter de huisartsen werd ook genoemd door mevrouw Visser. Dat maakte het heel lastig om te bepalen wie er bij de overleggen aanwezig moesten zijn en wanneer deze gehouden moesten worden. De huisartsen hadden maar weinig tijd en

kwamen niet bij elke bijeenkomst. Dit kwam ook omdat ze er niet voor betaald krijgen en ze alles in hun eigen tijd moesten doen. Uiteindelijk is ervoor gekozen om de bijeenkomsten wat kleiner te houden en alleen met de belangrijkste partijen om de tafel te gaan zitten. Dit waren de GGD en de GHOR, omdat die verantwoordelijk zijn voor het maken van regionaal gezondheidsbeleid. Als een bepaald onderdeel van het beleid op één van de andere actoren betrekking had, werden deze uitgenodigd voor een bijeenkomst om erover mee te praten. Door de bijeenkomsten wat kleiner te houden, was het makkelijker overleggen met elkaar en was de regie over het project makkelijker in de hand te houden; is het meer bestuurbaar.

Ja, dat was het eigenlijk. Dat je gewoon de regie in eigen hand neemt en dat je ook gewoon efficiënt bent en niet iedere keer om tafel gaat zitten maar via de mail, want die middelen heb je nu, dingen regelt. (...) Maar het valt niet mee om de regie op te pakken, omdat niet iedereen het belang er even sterk van inziet. Sommigen hebben zoiets van, als er zoiets gebeurd dat doet toch iedereen zijn best. Dan is zo'n draaiboek overbodig, want in de praktijk gaat het toch anders (Visser 2007).

Ook de vraag naar wie de verantwoordelijkheid draagt bij een eventuele uitbraak van een pandemie is een discussie punt geweest tijdens de overleggen van de GGD met de huisartsen. Zij wilden niet de verantwoordelijkheid dragen voor foute diagnoses die leiden tot de besmetting van nog meer mensen. Deze discussie is uiteindelijk opgelost, doordat de huisartsen beseften dat dit onder hun medische verantwoordelijkheid valt.

(...) Op het moment dat er een ramp is wordt er altijd gekeken naar wie de schuld heeft. Als de diagnose te laat gesteld is of als de huisarts het niet onderkend heeft en er komen nog vier grieppatiënten en hij had dit eerder kunnen weten, dan wordt vaak gekeken naar wie heeft nu de schuld. Wat is er mis gegaan. En je ziet dat dit ook vaak in de voorbereiding al een stuk naar voren komt. Dat ze zeggen van dat gaan wij niet allemaal doen, dat ligt bij de GGD. Die is probleemeigenaar en die moet ervoor zorgen dat het goed loopt.

Ze willen dus eigenlijk die verantwoordelijkheid niet dragen?

Ja, die indruk bestond soms wel eens (Visser 2007).

In de beantwoording van deze deelvraag zijn een aantal punten genoemd die goed of moeizaam zijn verlopen. Volgens meneer Meijer is de samenwerking tussen de GGD, de GHOR en de brandweer goed verlopen, omdat dit al bekenden waren van elkaar. Ook de huisvesting in één gebouw maakte de samenwerking makkelijker. Het eerste minder goede punt had betrekking op het verschil van inzicht dat de gemeenten en de GHOR hadden over de realisatie van zorgmeldpunten. De gemeenten vonden de manier die in de landelijke draaiboeken stonden te strikt en wilden het liever anders aanpakken. De GHOR wilde liever

wel de landelijke draaiboeken volgen. Na overleg hebben beide partijen 'water bij de wijn' gedaan en is het meningsverschil opgelost. De brandweer heeft ook een meningsverschil met de GHOR gehad. De GHOR was van mening dat de vorming van het beleid hun taak was en dat ze de andere partijen er pas bij hoefden te betrekken als dat nodig was. De brandweer was het hier niet helemaal mee eens, omdat ze graag bij de beleidsvorming aanwezig wilden zijn om zich een beeld te kunnen vormen van de gevolgen van een griepandemie. Ten slotte wordt door zowel meneer Jacobi als mevrouw Roosjen en mevrouw Visser het gebrek aan organisatie achter de huisartsen als probleem genoemd. vanwege het gebrek aan organisatie is het erg lastig om ze bij de beleidsvorming te betrekken.

Kenmerken van beleidsvorming

De laatste deelvraag is: Wat zijn de specifieke kenmerken van deze beleidsvorming? Met behulp van deze vraag zal een kader geschetst worden waarbinnen de andere resultaten gezien moeten worden. Het eerste wat opvalt uit de interviews is dat volgens alle respondenten de noodzaak van het maken van dit beleid erg groot gevonden werd. Allemaal waren ze bekend met de dreiging die de vogelgriep vormt. Echter plaatst meneer Jacobi wel kantekeningen bij de realiteit van de dreiging. Volgens hem blijkt dat onder normale omstandigheden de gewone jaarlijkse griepgolf al bijna pandemische waarde aanneemt (Jacobi 2007). Dit blijkt uit een grafiek die hij na het interview liet zien. Op deze grafiek staan het aantal griepgevallen per jaar weergegeven van de afgelopen twintig jaar. Tijdens de griepgolf in het begin van 2006 waren er per 1000 inwoners, ongeveer 150 ziek. Volgens meneer Jacobi komt dit cijfer overeen met het verwachte aantal zieke mensen tijdens een pandemie en daarom maakt hij zich niet erg druk. Ondanks dat meneer Jacobi hier kritisch over is over het aantal zieken, is de dreiging zeer reëel. Een pandemie strekt zich uit over het hele land en de nieuwe vorm van de griep kan zeer gevaarlijk zijn voor oude en zieke mensen en jonge kinderen.

Meneer Meijer (2007) ziet de griepandemie wel als een grote reële dreiging, maar vertelde dat desondanks het beleid gewoon volgens het normale proces gemaakt moest worden. Dit is een interessant punt, omdat juist bij een grote dreiging snelheid in beleidsvorming van groot belang kan zijn, maar dat is blijkbaar niet het geval.

Was voor u de noodzaak van het opstellen van dit beleid duidelijk of vindt u het geen reële dreiging?

Vanuit mijn vorige werk en ervaringen in het ziekenhuis heb ik er wel een beeld bij.

(...) Alleen dit is nog even drie tandjes erger. Als 50% van de bevolking ziek is dan ligt gewoon alles stil.

Had het hoge prioriteit?

Nee. (...) Hierbij was geen prioriteit dus kan gewoon het normale traject worden doorlopen (Meijer 2007).

Volgens meneer Meijer (2007) was het anders geweest als het ging om een voorval waarbij meteen dingen geregeld moesten worden. Dit zou bijvoorbeeld het geval zijn geweest als de griepandemie toen echt was uitgebroken. Dan wordt er eerst actie ondernomen en daarna pas op papier worden gezet om ervoor te zorgen dat de gekozen handelingen ook door het bestuur worden afgedekt. Hier zit echter een groot verschil tussen het ontwikkelen van het landelijke beleid en het regionale beleid. Bij het schrijven van de landelijke draaiboeken was dat duidelijk anders, daar was de prioriteit wel heel hoog. Meneer Jacobi vertelde hierover dat het schrijven van een normaal draaiboek een jaar in beslag neemt, maar dat deze draaiboeken binnen vier maanden klaar waren. Het beleidsdraaiboek was zelfs in drie weken al klaar (Jacobi 2006).

Hoe lang duurt het schrijven ongeveer van start tot eind?

Bij een normaal draaiboek een jaar. Dit heeft vier maanden geduurd, omdat het snel moest. Het beleidsdraaiboek, waar ik ook aan meegewerkt heb, lag zelf in 3 weken al klaar (Jacobi 2006).

Door deze versnelde procedure, waren de draaiboeken niet helemaal compleet en klopte sommige aspecten niet, maar de minister van VWS heeft ze toch geaccepteerd. Later zijn de deeldraaiboeken aangepast. De hoge prioriteit die aan deze beleidsvorming is gegeven, zorgde ervoor dat het een specifiek karakter heeft. Er was weinig tijd om de draaiboeken te schrijven, de keuzes te overwegen, en problemen op te lossen, dus van traagheid in beleid was geen sprake (van den Grinten & Helderman 2005). Zowel snelheid als traagheid in beleidsvorming hebben hun consequenties. Door de hoge prioriteit van dit onderwerp is het proces met grote snelheid gegaan. Hierdoor waren de draaiboeken echter niet compleet en moesten ze achteraf worden bijgesteld. Als het proces wat trager was gegaan, waren deze problemen waarschijnlijk wel opgelost. Maar traagheid en een hoge prioriteit gaan niet samen (ibid 2005).

De specifieke kenmerken van beleidsvorming in deze casus zijn de grote dreiging die uitgaat van een uitbraak van een pandemie en de hoge prioriteit die het proces daardoor krijgt. Op landelijk niveau is het daarom in een versnelde procedure gekomen. Op regionaal niveau wordt aangegeven dat het proces wel een hoge prioriteit had, maar dat het niet sneller is

voltooid dan andere projecten. De snelheid of traagheid van een project hangt dus enerzijds af van de hoogte van prioriteit die eraan wordt gegeven. Anderzijds wordt de snelheid waarmee beleid wordt gemaakt ook beïnvloed door het aantal samenwerkende organisaties. Veel organisatie betekent veel meningen en daardoor lang overleg voordat een consensus kan worden bereikt. Bij samenwerking met meerdere partijen is het dus van belang dat de sturende actor, de GGD en de GHOR, de andere partijen goed kan beheersen en de regie van het proces in handen houdt.

Een opvallend punt is dat alle respondenten participatie noemden als één van de belangrijkste factoren om alle organisaties op één lijn te krijgen. Uit de andere deelvragen blijkt echter dat lang niet iedereen volledig kon of wilde participeren. Dit kwam met name door verschillende opvattingen die de partijen hadden over de beleidsvorming. Zo geeft mevrouw Visser (2007) gezegd dat de betrokkenheid van de andere actoren niet hoog was. Vooral de ziekenhuizen gaven aan dat ze het nut niet inzagen van het maken van een regionaal beleid, omdat zij eigen infectieprotocollen hebben. Een ander argument was dat als de pandemie echt zou uitbreken, er toch niet volgens een draaiboek wordt gewerkt, maar dat iedereen naar eigen inzicht handelt. Ook het meningsverschil tussen de GHOR en de brandweer toont aan dat participatie niet vanzelfsprekendheid is. Mevrouw Roosjen (2007) noemt participatie wel als de beste methode om ervoor te zorgen dat alle organisaties op één lijn zitten, maar volgens meneer Meijer (2007) was de GHOR in eerste instantie niet van plan om de andere actoren ook echt bij het proces te betrekken. Volgens hem zag de GHOR de beleidsvorming uitsluitend als hun taak, waarbij de andere actoren alleen betrokken werden als ze nodig waren. Ondanks dat elke respondent participatie noemde als oplossing voor de best mogelijke samenwerking, werd hier toch niet zo intensief gebruik van gemaakt. De regionale beleidsvorming verloopt in werkelijkheid dus niet zoals de beleidsmakers het in theorie zouden willen. Participatie is dus een ideaalbeeld wat in de werkelijke vorming van beleid niet of nauwelijks gebruikt wordt.

Discussie over de sterke en zwakke punten van dit onderzoek

In de paragraaf worden de sterke en zwakke punten van mijn onderzoek besproken. Deze bespreking is belangrijk zodat lezers van deze scriptie het stuk op waarde in kunnen schatten. Ook verhoogd deze bespreking de interne validiteit van het onderzoek. Eventuele andere onderzoekers die het proces willen herhalen weten zo waar de knelpunten zitten.

Om de resultaten voor dit onderzoek te verkrijgen heb ik gebruik gemaakt van interviews met beleidsmedewerkers van de relevante instellingen in de regio Hollands midden. In eerste

instantie was het de bedoeling om meerdere regio's met elkaar te vergelijken op de manier van beleidsvorming en dan aan te tonen welke methode het beste is. Door problemen in de contactlegging met instanties als de GGD en de GHOR in andere regio's dan Hollands midden, heb ik ervoor gekozen om uitsluitend naar deze regio te kijken. De resultaten zijn gebaseerd op vijf interviews en dat is vrij weinig. Daar tegenover staat dat deze vijf mensen de belangrijkste spelers waren tijdens de regionale voorbereidingen. Een tekortkoming van het interviewen van alleen deze personen is dat zij bepalen welke inhoud het beleid krijgt, omdat zij de belangrijkste spelers zijn. De bevindingen van de andere actoren worden helemaal niet meegenomen in het onderzoek. Daardoor geven de gevonden resultaten misschien wel een eenzijdig beeld van het proces. Als ook de partijen waar het beleid voor geschreven werd waren geïnterviewd, zou dit een meer compleet beeld geven van de samenwerking.

Een andere tekortkoming van het gebruik van interviews als onderzoeksmethode is dat de data die verkregen wordt niet generaliseerbaar is. De resultaten zijn gebaseerd op ervaringen en meningen van individuele respondenten uit een regio en daardoor zijn ze niet generaliseerbaar naar andere regio's. Het antwoord op de hoofdvraag is alleen geldig voor de regio Hollands Midden en niet voor de andere regio's. Daar kan de beleidsvorming op een hele andere manier zijn verlopen met andere belangrijke spelers.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er een groot literatuuronderzoek is gedaan, waarbij de belangrijkste literatuur is weergegeven in het theoretische kader. Hierdoor is een betrouwbaar kader gecreëerd waartegen de data, verkregen uit de interviews, kon worden afgezet.

Ten slotte is een procesevaluatie van beleidsvorming een belangrijk onderzoeksonderwerp. Door uit te zoeken hoe beleidsvorming verloopt en de problemen die zich voordoen te identificeren, kunnen beleidsmakers aanpassingen doen in het proces. Hierdoor verloopt de beleidsvorming beter en kan er voorkomen worden dat het volgende keer weer fout gaat.

Conclusie

Hoe verloopt de beleidsvorming ter voorbereiding op een pandemie? Dit is de vraag die centraal heeft gestaan tijdens mijn onderzoek en het schrijven van deze scriptie. Het doel van deze scriptie was het beschrijven van de vorming van het regionale beleid ter voorbereiding op een influenzapandemie en welke moeilijkheden zich hierbij hebben voorgedaan. Van de problemen die zich voorgedaan hebben is onderzocht hoe deze ontstaan zijn en hoe ze eventueel opgelost kunnen worden.

Voordat het antwoord op de hoofdvraag gegeven zal worden, worden eerst kort de antwoorden op de deelvragen beschreven.

De eerste deelvraag luidt: Hoe wordt ervoor gezorgd dat alle instanties, die betrokken zijn bij deze beleidsvorming, op één lijn staan met elkaar? Zowel mevrouw Visser als mevrouw Roosjen geven hierop als antwoord dat participatie van alle instanties bij de beleidsvorming de beste methode is. Als alle actoren bij de beleidsvorming betrokken zijn en blijven en op de hoogte gehouden worden van de vorderingen, zullen zij zich makkelijker opstellen en eerder het gekozen beleid goed keuren en steunen. Dit strookt met de uitspraak van Jansen et al. dat participatie van alle actoren een belangrijke succesfactor is in beleidsvorming (2002). Maar, zo blijkt uit deelvraag drie, zijn niet alle actoren op een zelfde wijze bij de beleidsvorming te betrekken. Hierdoor is het nog maar de vraag in hoeverre er gesproken kan worden over een succesvolle samenwerking.

De tweede deelvraag had betrekking op het gebruik van de beleidsinstrumenten door de beleidsmakers. Er is gekeken welke instrumenten gebruikt worden en hoe ze ingezet worden. Meneer Meijer geeft aan dat hij overleggen en overtuigen goede technieken vindt in beleidsvorming en dus maakt hij gebruik van het instrument voorlichting (Dute & Hermans 2000). Tevens is er op twee manieren gebruik gemaakt van het instrument wet- en regelgeving (Dute & Hermans 2000). De werkgroep, opgesteld door de minister van VWS, had een richtlijn geschreven over het op orde brengen van de rampenopvangplannen van ziekenhuizen. De ziekenhuizen waren hierdoor verplicht om dit ook te doen. Ook de IGZ heeft gebruik gemaakt van wet- en regelgeving door alle regio's te controleren op hun staat van voorbereiding met behulp van de indicatoren uit het landelijke draaiboek. Naast deze instrumenten heeft de overheid de landelijke draaiboeken ook als stimulerend instrument gebruikt (Jansen et al. 2002). Alle regio's waren door de overheid verplicht gesteld om zich voor te bereiden op een griepvloed en door de draaiboeken ter beschikking te stellen, hadden de regio's een leidraad om mee te werken. Mevrouw Visser geeft heel duidelijk het

belang hiervan aan, omdat zij denkt dat zonder de landelijke draaiboeken het beleid niet uit eigen initiatief gevormd was.

Bij de derde deelvraag werd gekeken naar de positieve en negatieve ervaringen van de beleidsmakers in het hele project. Hieruit kwam heel sterk een probleem met de huisartsen naar voren. Doordat huisartsen zelfstandige ondernemers zijn en dus niet als organisatie aanspreekbaar zijn, was het heel moeilijk om ze bij het beleid te betrekken. Dit wordt door alle beleidsmakers als een punt gezien, waar een volgende keer veel verbetering in te behalen valt. Ook de vraag naar wie de verantwoordelijkheid draagt bij een eventuele uitbraak van een pandemie is een discussie punt geweest tijdens de overleggen van de GGD met de huisartsen. Zij wilden niet de verantwoordelijkheid dragen voor foute diagnoses die leiden tot de besmetting van nog meer mensen. Deze discussie is uiteindelijk opgelost door veel met elkaar te overleggen. Meneer Meijer noemt als positieve ervaring de samenwerking met de ander partijen. Volgens hem loopt die zo goed doordat ze op andere punten ook samenwerkingverbanden vormen en elkaar daardoor heel goed kennen. Ook de huisvesting in hetzelfde gebouw ervaart hij als zeer positief, omdat dit het maken van afspraken vergemakkelijkt doordat je bij elkaar binnen kan lopen.

De laatste deelvraag over de kenmerken van beleidsvorming leverde als resultaat op, dat de voorbereiding op een grieppandemie een speciaal proces is. Alle respondenten gaven aan dat ze bekend waren met de dreiging die de pandemie vormt en dat daarom vooral op landelijk niveau het proces een hoge prioriteit had. De landelijke draaiboeken zijn in drie maanden geschreven, terwijl de normale termijn één jaar bedraagt. Meneer Jacobi geeft aan dat door deze versnelde procedure de draaiboeken niet helemaal klopte en dat die later aangepast moesten worden. Er was weinig tijd om keuzes te (her)overwegen, dus van traagheid in beleid was geen sprake (van den Grinten & Helderma 2005).

Na deze korte uitwerking van de deelvragen is het tijd om de hoofdvraag te beantwoorden. Hoe verloopt de beleidsvorming ter voorbereiding op een pandemie?

Er is gebleken dat de beleidsvorming ter voorbereiding op een pandemie een hoge prioriteit heeft gehad, vooral op landelijk niveau, wat resulteerde in een snelle afronding van het proces. De beleidsmakers op landelijk niveau, de overheid, de IGZ en de werkgroep gevormd door VWS hebben allen gebruik gemaakt van het beleidsinstrument wet- en regelgeving om de hoge prioriteit kracht bij te zetten. De regio werden met behulp van de landelijke draaiboeken gedwongen hun eigen beleid vorm te geven en dit werd gecontroleerd door de IGZ. Bij de beleidsvorming op regionaal niveau waren meerdere actoren betrokken. Dit waren de GGD, de GHOR, de politie, de brandweer, de gemeenten, de ziekenhuizen en huisartsen. Deze beleidsmakers hebben vooral gebruik gemaakt van het beleidsinstrument

stimulerende communicatie, waarbij ze tijdens vergaderingen met elkaar veel gepraat hebben en elkaar geprobeerd hebben te overtuigen van hun standpunten. Vooral de GGD heeft hier gebruik van gemaakt door de ziekenhuizen min of meer onvrijwillig in het proces te brengen door het overnemen van hun infectieprotocollen. Uit de interviews is gebleken dat de respondenten participatie van alle instanties bij de beleidsvorming de beste methode vinden om een goede samenwerking te realiseren. In werkelijkheid is hier echter weinig gebruik van gemaakt. Een voorbeeld daarvan is dat de GHOR het project heel erg naar zich toetrok. Zij vond dat het hun taak was om het beleid vorm te geven en dat de andere partijen er pas bij betrokken hoefden te worden als dat nodig was. Hier was onder andere de brandweer het niet mee eens. Ook al was hun rol in het draaiboek klein, toch wilden ze bij de overleggen aanwezig zijn om zich een beeld te kunnen vormen van de gevolgen van de pandemie. De GGD wilden wel graag de huisartsen laten participeren in de beleidsvorming, maar dit kon niet optimaal worden gerealiseerd door een gebrek aan organisatie achter de huisartsen. Ziekenhuizen gaven aan dat ze het regionale beleid niet zinvol achtten, maar werden toch betrokken in de beleidsvorming door het gebruik van de infectieprotocollen waar zij al over beschikten. De verschillende actoren worden onvrijwillig wel of niet bij het proces betrokken. Hieruit kan opgemaakt worden dat hoewel beleidsmakers participatie als belangrijke succesfactor zien, het toch aan de belangrijkste spelers is om te bepalen hoe het beleid eruit komt te zien. Zij bepalen immers of partijen betrokken worden in de samenwerking of ze dat nou willen of niet.

Door alle respondenten in dit onderzoek is een probleem in de samenwerking met de huisartsen aangegeven. Zij waren moeilijk bij de beleidsvorming te betrekken door een gebrek aan organisatie achter hen. Op dit probleem wordt in de aanbevelingen terug gekomen.

De vorming van beleid in een regionale setting kent dus een aantal specifieke kenmerken en is tot stand gekomen met behulp van beleidsinstrumenten die werden ingezet door verschillende partijen om de hoge prioriteit van het beleid kracht bij te zetten. De participatie van actoren lijkt voor beleidsmakers een ideaalbeeld te zijn om een goede samenwerking te realiseren, want in werkelijkheid wordt hier door allerlei factoren nauwelijks gebruik van gemaakt.

Aanbevelingen

Bij de derde deelvraag werd gekeken naar de positieve en negatieve ervaringen van de beleidsmakers in het hele project. Alle respondenten spraken over een probleem met de

huisartsen. Doordat huisartsen zelfstandige ondernemers zijn en dus niet als organisatie aanspreekbaar zijn, was het heel moeilijk om ze bij het beleid te betrekken. Dit wordt door alle beleidsmakers als een punt gezien, waar een volgende keer veel verbetering in te behalen valt. Een aanbeveling aan regionale beleidsmakers kan zijn om er bij huisartsen op aan te dringen zich aan te sluiten bij de NHG (Nederlands huisartsen genootschap). Huisartsen zijn nu vrij om te kiezen of ze zich willen aansluiten bij deze organisatie en dit heeft tot gevolg dat lang niet alle regionale huisartsen dat hebben gedaan. Hierdoor kunnen beleidsmakers er niet voor kiezen om de NHG in de regionale beleidsvorming te betrekken. Als echter alle huisartsen zich erbij aansluiten en met de NHG afspreken dat die hen gaat vertegenwoordigen, kunnen beleidsmakers de NHG in de beleidsvoering betrekken. Die kan vervolgens de gemaakte afspraken vertalen naar de achterban en eventuele klachten en suggesties hierover van de huisartsen bespreken met de beleidsmakers. Op deze manier kan de samenwerking met de huisartsen verbeterd worden en kunnen deze beter in de beleidsvorming betrokken worden.

Nabeschuwing

De focus van mijn scriptie is in de loop van de tijd veel veranderd. In eerste instantie stond de vogelgriep centraal en was de hoofdvraag: Hoe wordt de wereldwijde preventie van pandemieën georganiseerd? Deze hoofdvraag is steeds bijgesteld, mede door de kennis die is opgedaan uit bestaande literatuur. Het werd na verloop van tijd duidelijker dat het interessanter was regionale beleidsvorming te bestuderen en daaruit is de uiteindelijke hoofdvraag ontstaan. Dit proces is typerend voor kwalitatief onderzoek.

Tijdens mijn onderzoek ben ik tegen een aantal problemen aangelopen, waardoor de onderzoeksopzet moest veranderen en de planning in de knel kwam. In eerste instantie was het wel de bedoeling om twee regio's met elkaar te gaan vergelijken, maar doordat het bij sommige instanties lang duurde voordat ik antwoord kreeg (of dit helemaal niet kreeg) had ik besloten om alleen de regio te gaan onderzoeken waarin het wel lukte om contact te leggen. Dit was de regio Hollands Midden, dus daar heb ik mijn onderzoek volledig op gericht.

Nadat ik contact had gelegd met de belangrijke instanties, kreeg ik van het GGD en het LCI meteen het antwoord dat mijn email was doorgestuurd naar de persoon in de organisatie die hierbij betrokken was. Dit was van het LCI meneer Jacobi en van de GGD was dit meneer Van Vulpen. Met deze personen heb ik via de email een datum voor een interview afgesproken. Van de GHOR, de brandweer en de politie (die allemaal in hetzelfde gebouw zijn gehuisvest) kreeg ik geen antwoord. Daar heb ik telefonisch contact mee opgenomen, maar ook daar kwam ik niet verder. Uiteindelijk ben ik via meneer van Vulpen toch bij mevrouw Roosjen van de GHOR terechtgekomen, omdat zij beide betrokken waren bij de beleidsvorming. Nadat ik nogmaals contact op had genomen met de brandweer en de politie, kwam ik terecht bij meneer Meijer. Hij is werkzaam bij de brandweer, maar kon mij gelukkig ook veel vertellen over de rol van de politie in de beleidsvorming. Het zoeken van respondenten heeft veel tijd in beslag genomen en daardoor heb ik de interviews ook pas vrij laat kunnen houden. Hierdoor heb ik pas later kunnen beginnen aan het schrijven van de resultaten en heb ik mijn planning moeten opschuiven.

Dit was de eerste keer dat ik een scriptie heb moeten schrijven en daardoor was het vooral in het begin veel aftasten naar hoe en wat ik precies moest doen. Bij het schrijven van de masterscriptie kan ik deze ervaring meenemen en weet ik beter wat er verwacht wordt. De volgende keer wil ik meer proberen om de planning in de gaten te houden, zodat het hele project niet zo lang uitloopt.

Literatuurlijst

Abma, T., & R. Veld, in 't. 2001. Vijf beleidswetenschappelijke perspectieven. In Handboek beleidswetenschap, Tineke Abma en Roel Veld, in 't. Amsterdam: Boom [2001]

Bekker, M.P.M., Putters, K., & Van der Grinten, T.E.D. (2004). HIA Evaluation: exploring the relation between evidence and decision-making. A political- administrative approach to health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review.*, 24, 139-149

Bergsma, M. 2003. Betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief georiënteerde operational audits. [Internet] Aangehaald op 26-10-2006. Bereikbaar op <http://www.ii.nl/publicaties/Referaat%20MB%20-%20270255,%20AMA.pdf>

Cresswel, J.W. 2003. Research design. *Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. London: Sage.

Dute, J.C.J. & H.E.G.M. Hermans. 2000. *Regulering van de gezondheidszorg*. Vierde herziene druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. [2000]

Gezondheidsraad. 2004. Antivirale middelen bij een griepandemie, gebruik bij schaarste [Internet] Aangehaald op 21-10-2006. Bereikbaar op www.rivm.nl/infectieziektenbulletin/bul1506/ber_antivirale.html

Emans, B. 2002. Hoofdstuk 3: Taken van de interviewer. Uit: Interviewen. Theorie, techniek en training. Groningen: Wolters-Noordhoff

Gezondheidsraad. 2005. Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een griepandemie. [Internet] Aangehaald op 16-10-2006. Bereikbaar op <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1155>

GGD. 2006. Organisatie. [Internet]. Aangehaald op 7-11-2006. Bereikbaar op <http://www.ggd.rotterdam.nl/index.html?pid=65>

Giesbers H (2003). Passende schaalgrootte van GHOR-regio's. [Internet]. Aangehaald op 27-07-2007. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1705n22203.html

Grinten, T.E.D. van der en J.K. Helderma, 2005, De gezondheidszorg: een (on)draaglijke traagheid van stelselwijziging. In M. Arentsen en W. Trommel, *Moderniteit en overheidsbeleid: Hardnekkige beleidsproblemen en hun oorzaken*, 85-108. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

't Hart, H. et al. (1996). *Hoofdstuk 9: Veldonderzoek*. Uit: 't Hart, H., J. van Dijk, M. de Goede, W. Jansen en J. Teunissen. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.

Jacobi, A. 2006. Medewerker LCI. vragen via de email.

Hemerijck, A. 2003. Vier kernvragen van beleid, in *Beleid en Maatschappij*, 30(1), 3-19
In : Bekkers & Ringeling. *Vragen over beleid. Perspectieven op waardering*. Utrecht: Lemma.
p. 33-48.

Howlett, M. & M. Ramesh. 2003. *Studying public policy. Policy cycles and policy subsystems*, Oxford: Longman, p. 87-117.

IGZ. 2005. Regionale voorbereidingen op influenzapandemie moeten beter [Internet]
Aangehaald op 17-01-2007. Bereikbaar op www.igz.nl/15451/17873/rap_2005-10_Voorbereidingen1.pdf

Jansen, J., Schuit A.J. van der Lucht F. 2002. Gezond gedrag in beleid en praktijk. In: *Tijd voor gezond gedrag*. Bilthoven: RIVM, 2002, p. 29-40

Juckett, G. 2006. *Avian Influenza: Preparing for a Pandemic*
West Virginia University School of Medicine, Morgantown, West Virginia
[Internet] Aangehaald op 23-10 Bereikbaar op:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/utils/fref.fcgi?itool=AbstractPlus-nondef&Prid=5605&uid=16970022&db=pubmed&url=http://www.aafp.org/link_out?pmid=16970022

LCI. 2004. *Beleidsdraaiboek Influenzapandemie*. [Internet] Aangehaald op 16-10-2006.
Bereikbaar op http://www.infectieziekten.info/bestanden/protocollen/010704_Beleidsdraaiboek_influenzapandemie.doc

----- 2005a. Operationeel deeldraaiboek 1. Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid. [Internet] Aangehaald op 16-10-2006. Bereikbaar op

http://www.infectieziekten.info/bestanden/protocollen/Operationeel_draaiboek_AI_deel_1-251005.pdf

-----. 2005b. Operationeel deeldraaiboek 3. Bestrijding influenzapandemie. [Internet] Aangehaald op 6-11-2006. Bereikbaar op <http://www.infectieziekten.info/index.php3?lokatie=http%3A//www.infectieziekten.info/protocol.php3%3Fpagid%3D142>

-----. 2006a. Operationeel deeldraaiboek 1. Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid [Internet] Aangehaald op 6-11-2006. Bereikbaar op <http://www.infectieziekten.info/index.php3?lokatie=http%3A//www.infectieziekten.info/protocol.php3%3Fpagid%3D142>

-----. 2006b. Operationeel deeldraaiboek 2. Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland. [Internet] Aangehaald op 6-11-2006. Bereikbaar op http://www.infectieziekten.info/bestanden/protocollen/DB_Intr_nieuw_humaan_influenzavirus_in_Nederland_juli_06.doc

-----. 2006c. De LCI. [Internet] Aangehaald op 6-11-2006. Bereikbaar op <http://www.infectieziekten.info/index.php3>

Moore, S. 2006. Race against the killer flu. National geographic special. Gekeken op 17-10-2006.

RIVM. 2001. Scenario-ontwikkeling zorgvraag bij een influenzapandemie. [Internet] aangehaald op 16-09-2006. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/217617004.pdf>

-----. 2006a. Over RIVM. [Internet]. Aangehaald op 6-11-2006. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/over-rivm/>

-----. 2006b. Preventie van influenza. [Internet] aangehaald op 17-10-2006. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2466n19764.html

WHO. 2007. <http://www.who.int/about/en/>

WHO. 2005. Ten things you need to know about pandemic influenza. [Internet] Aangehaald op 13-09-2006. Bereikbaar op <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic10things/en/index.html>

----- . 2006. Pandemic influenza draft protocol for rapid response and containment [Internet] aangehaald op 13-09-2006. Bereikbaar op <http://www.virology.nl/http://64.233.183.104/search?q=cache:CQqVfvdYNzoJ:www.kennislink.nl/web/show%3Fid%3D128220+nederlands+influenza+centrum&hl=nl&ct=clnk&cd=7>

Vodegel, M.I.C., & j.R.M. Blekemolen. 2007. 'Griep пандеміе: organisatiegerichte preventie en risicobeheersing.' Preventselect 15 (2):75-78.

Wikipedia-bijdragers. 2006a. Vogelpest, Wikipedia, de vrije encyclopedie, <http://nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Vogelpest&oldid=5416670> (accessed oktober 16, 2006).

Wikipedia-bijdragers. 2006b. H5N1, Wikipedia, de vrije encyclopedie, <http://nl.wikipedia.org/w/index.php?title=H5N1&oldid=5461509> (accessed oktober 23, 2006).

Bijlage 1

Kaart 1.1 behorende bij blz 11

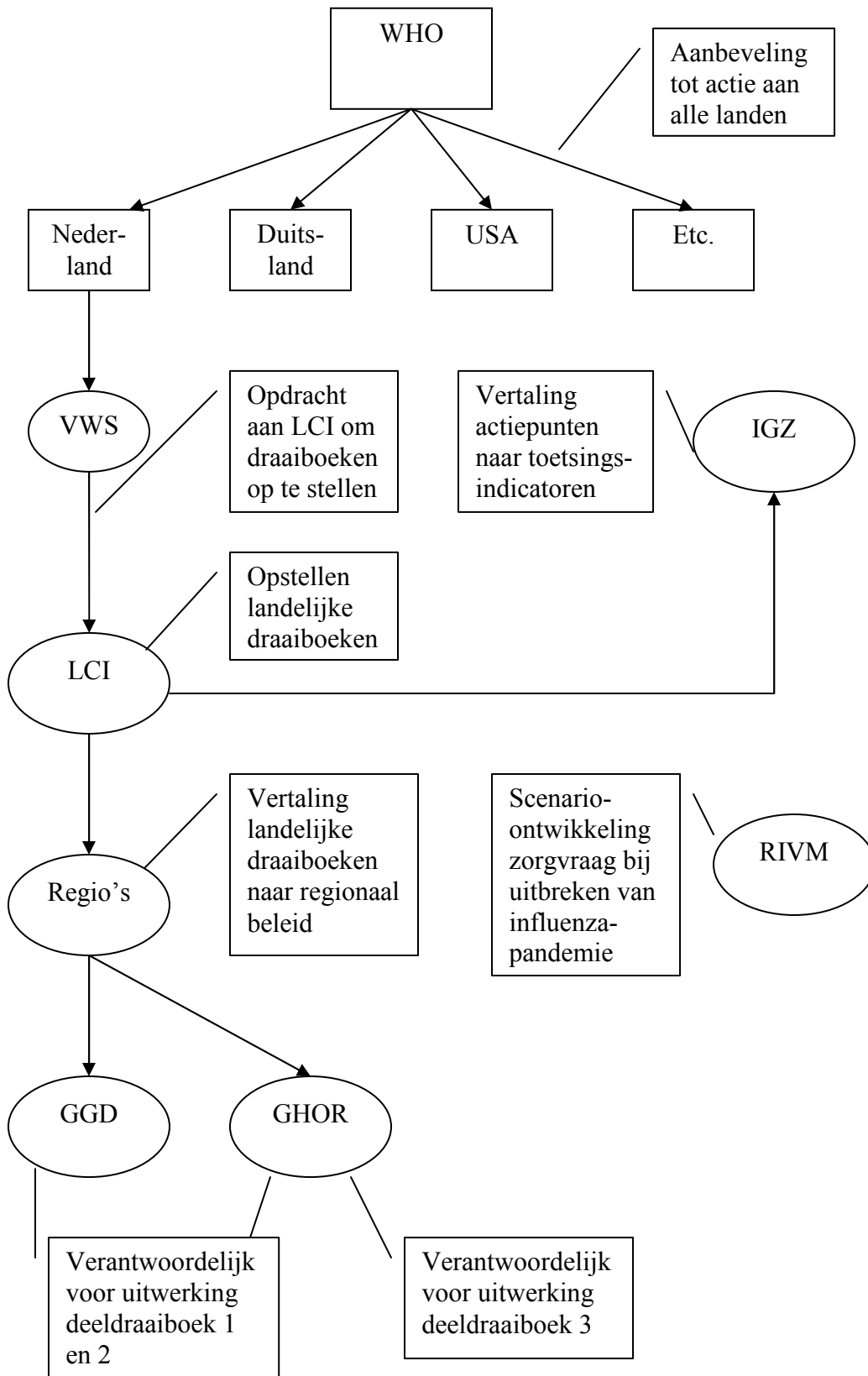


(Nations with confirmed cases of avian influenza A (H5N1) as of July 7, 2006 Juckett 2006)



Kaart 1.2 behorende bij blz. (Giesbers 2003)

Schematisch overzicht organisaties



Bijlage Topiclijst interview LCI

1. Kunt u zich even voorstellen?

.....
.....

2. Kunt u in het kort uitleggen wat het LCI doet?

.....
.....

3. Kunt u uw functie binnen deze organisatie omschrijven?

.....
.....

4. Klopt het dat het lci de opdracht heeft gekregen om de landelijke draaiboeken ter voorbereiding op de influenzapandemie op te stellen?

.....
.....
.....

5. Van wie is deze opdracht afkomstig en waarom is die gegeven?

.....
.....
.....

6. Is er bij het opstellen van de draaiboeken sprake geweest van samenwerking met andere partijen en welke zijn dit?

.....
.....
.....

7. Kunt u misschien iets meer vertellen over het verloop van deze samenwerking en of er bijvoorbeeld meningsverschillen zijn geweest over de invulling van het beleid?

.....
.....
.....

8. Mocht het LCI de draaiboeken naar eigen inzicht opstellen of heeft de opdrachtgever duidelijke eisen gesteld aan de inhoud?

.....
.....
.....

9. Welke eisen werden er vooraf aan gesteld? Was het van te voren bekend dat er drie draaiboeken opgesteld moesten worden en wat daarin moest worden opgenomen?

.....
.....
.....

10. Werd er tijdens het opstellen of naderhand gecontroleerd of de draaiboeken aan de eisen voldeden?

.....
.....
.....

11. Door wie werd dit gecontroleerd?

.....
.....
12. Maken alle landen deze draaiboeken en voldoen die aan dezelfde eisen of is het voor ieder land vrij om te bepalen wat erin wordt opgenomen?
.....
.....
.....

.....
.....
11. Worden er internationale afspraken gemaakt over bijvoorbeeld medicijnen en opvang of over het sluiten van de grenzen en het stil leggen van de handel bij de uitbraak van de pandemie?
.....
.....
.....

.....
.....
13. Zijn er afspraken gemaakt om landen (en dan vooral ontwikkelingslanden) te helpen met bijvoorbeeld de verzorging van zieken? Dragen alle landen hier evenveel aan bij?
.....
.....

.....
.....
14. Heeft het LCI invloed gehad op de uitwerkingen van de draaiboeken door de regio's?
.....
.....
.....

.....
.....
15. Waarom is die invloed er wel of niet?
.....
.....
.....

.....
.....
16. Heeft het LCI gecontroleerd of de regio's aan de eisen voldoen of is dit uitsluitend gedaan door de IGZ?
.....
.....

.....
.....
17. Is het LCI tevreden met de regionale invulling van het beleid zoals het er nu voor staat?
.....
.....
.....

.....
.....
18. Mag ik contact met u opnemen als ik nog meer vragen heb?
.....

Bijlage Topiclijst interview GGD, GHOR en brandweer

Inleiding

1. Kunt u zich misschien even voorstellen?

.....
.....

2. Kunt u uw functie binnen deze organisatie omschrijven?

.....
.....

3. Hoe bent u in contact gekomen met de werkgroep over de preventierichtlijnen voor pandemieën?

.....
.....
.....

4. Van wie is de opdracht afkomstig om de regionale voorbereiding van een pandemie te starten?

.....
.....

5. Wat was uw rol in het proces? En die van uw organisatie?

.....
.....
.....
.....

6. In welke vorm vonden de overleggen plaats?

.....
.....

7. Welke andere partijen zijn hier allemaal bij betrokken geweest? En kunt u misschien namen noemen van andere personen, zodat ik die kan benaderen voor een interview?

.....
.....
.....
.....

8. Kunt u een beschrijving geven van het proces van de totstandkoming van de regionale richtlijnen?

.....
.....
.....
.....

9. Is er bij het opstellen van de regionale richtlijnen intensief gebruik gemaakt van de landelijke draaiboeken?

.....
.....
.....
.....

10. Welke standpunten had of heeft uw organisatie over de inhoud van deze richtlijnen?

.....
.....

.....
.....
11. Welke standpunten hadden de andere deelnemende organisaties? En waren er veel verschillen onderling?

.....
.....
.....

12. Kunt u misschien iets meer vertellen over de samenwerking met de verschillende partijen?

.....
.....
.....

13. Is er sprake geweest van meningsverschillen over inhoudelijke zaken tijdens het vormingsproces?

.....
.....
.....

14. Hoe zijn deze meningverschillen opgelost?

.....
.....
.....

15. Heeft u of een andere organisaties een compromis moeten sluiten over één of meerdere punten? En welke punten waren dit?

.....
.....
.....

16. Hoe wordt ervoor gezorgd dat alle instanties, die betrokken zijn bij deze beleidvorming, op één lijn staan met elkaar?

.....
.....
.....

17. Hadden alle partijen een even grote zeggenschap over de uiteindelijke uitkomst of waren er grote en kleine partijen? Wie krijgt van wie opdrachten?

.....
.....
.....

18. Hoe werd ermee omgegaan als een kleine partij een andere mening had?

.....
.....
.....

19. Zijn er ook medisch inhoudelijke afspraken gemaakt, zoals het verwachte aantal bedden en antivirale middelen?

.....
.....
.....
.....

20. Is hiervoor gebruik gemaakt van de schatting die door het RIVM is gegeven in het rapport: scenario-ontwikkeling zorgvraag bij een influenzapandemie?

.....

21. Hoe door wie wordt bepaald hoe de mogelijkheden en middelen worden verdeeld over de regio?

.....
.....
.....
.....

22. Was voor u de noodzaak van het opstellen van dit beleid duidelijk of vindt u het geen reële dreiging?

.....
.....
.....
.....

23. Is het ergens in de voorbereiding wel eens fout gelopen en waarom?

.....
.....
.....
.....

24. Zou u het bij een volgende samenwerking anders doen en heeft u daar suggesties over?

.....
.....
.....
.....

25. Bent u tevreden met de uitkomst van het proces?

.....
.....
.....
.....

26. Voldoet deze uitkomst ook aan de landelijk uitgegeven draaiboeken?

.....
.....
.....
.....

27. Als ik later nog vragen of onduidelijkheden heb, mag ik dan contact met u opnemen?

.....
.....